



Libertad y Orden

CIRCULAR ÚNICA

(049 02/04/2008)

PARA: UNIVERSO DE VIGILADOS Y USUARIOS DE LA
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

DE: SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD

ASUNTO: INSTRUCCIONES GENERALES Y REMISIÓN DE INFORMACIÓN PARA LA
INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

1. OBJETIVO Y ALCANCE

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

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

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

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

2. ESTRUCTURA

2.1 COMPOSICIÓN

La circular única contiene todas las Circulares Externas y Cartas Circulares expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud. Por lo tanto, todas aquellas que no se encuentren incluidas, se entienden derogadas.

En cuanto a las Circulares Conjuntas, es decir las emitidas con la participación de otra entidad del Estado, las mismas, quedarán vigentes y sólo se derogarán de forma expresa por Circular suscrita conjuntamente por las entidades intervinientes.



2.2 UTILIZACIÓN

Para la correcta utilización de la Circular Única, se deben tener en cuenta las siguientes reglas:

2.2.1 ELEMENTOS

La circular se encuentra compuesta por una tabla de contenido y títulos, integrados por capítulos. Los capítulos se descomponen en numerales y subnumerales hasta de cinco dígitos y luego en literales.

Cada título corresponde a un grupo de sujetos vigilados, de acuerdo con el papel asumido dentro del Sistema y de competencia de la Superintendencia.

El título XX corresponde a los anexos técnicos necesarios para la lectura de la circular, a los cuales se hace remisión expresa en su contenido y parte integrante del texto de la misma. Los anexos coinciden con los formatos que los usuarios deben utilizar para remitir información ante la entidad y cuya codificación se encuentra realizada de la siguiente manera: Los dos primeros dígitos corresponden a la Superintendencia Delegada, los dos siguientes a la dependencia al interior de la Delegada, cuando la hay, y la letra "F" indica que es un formato, seguida de un consecutivo. Para ubicar cada uno de los formatos en el título anexos, éstos se enumeran según el orden en el que aparezcan en la circular.

Los títulos de la circular única son los siguientes:

Título	Tema
Título primero	Reglas Generales a todos los sujetos de vigilancia
Título segundo	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
Título tercero	Generadores de recursos económicos para la salud
Título cuarto	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
Título quinto	Fondo de Solidaridad y Garantía –



	FOSYGA-
Título sexto	Otros actores

Título séptimo	Protección al Usuario y Participación Ciudadana
Título Octavo	Seguridad Técnica y Jurídica para las comunicaciones electrónicas que requieren firma digital
Título Noveno	Anexos técnicos

2.2.2. PRESENTACIÓN

La Circular se presenta en hojas intercambiables, lo cual facilitará su modificación y actualización. En la parte inferior de la nueva hoja intercalada aparecerá la fecha e identificación del acto que se incorpora.

La numeración de las páginas inicia en cada título para facilitar la adición o modificación de temas.

2.2.3 ANTECEDENTES

En la circular aparecerán la parte instructiva de los nuevos actos incorporados, el texto completo de éstos reposará en Secretaría General y copia de él quedará como antecedente en el Grupo de Atención al Usuario y podrá ser solicitado y consultado por cualquier persona en la sede de la Superintendencia.

3. CONSULTA

La circular única podrá ser consultada por los particulares en la página web de la Superintendencia www.supersalud.gov.co

Igualmente, la circular única podrá ser consultada en la Secretaría General de la Superintendencia. Para el efecto, el particular debe hacer su solicitud, se le requerirá un documento de identificación personal y entregará la información solicitada. En caso de necesitar fotocopias, el particular las solicita a la Superintendencia Nacional de Salud, cubriendo los gastos que se generen por dicho concepto, de acuerdo con el valor establecido para tal fin por la entidad y seguirá el procedimiento establecido sobre el particular.

Toda persona podrá, igualmente, recibir las actualizaciones de la circular inscribiéndose para el efecto ante el Grupo de Comunicaciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

4. NORMATIVIDAD CONTENIDA Y MODIFICACIONES REALIZADAS



La circular única contiene las Circulares Externas y Cartas Circulares expedidas hasta el 30 de junio de 2007 y con su expedición, se modifican los temas consignados en cada una de éstas.

TÍTULO PRIMERO **REGLAS GENERALES** Programas publicitarios TÍTULO SEGUNDO

ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE

BENEFICIOS EN SALUD Capítulo primero: **ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD**

Capítulo Segundo: **ENTIDADES ADAPTADAS DE SALUD** Capítulo Tercero: **REGÍMENES DE**

EXCEPCIÓN Y ESPECIALES

Capítulo Cuarto: **EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA** Capítulo Quinto: **SERVICIOS DE**

AMBULANCIA PREPAGADA Capítulo Sexto: **ENTIDADES TERRITORIALES** TÍTULO TERCERO.-

GENERADORES DE RECURSOS ECONÓMICOS PARA LA

SALUD Capítulo Primero: **LOTERÍAS** Capítulo Segundo: **APUESTAS PERMANENTES** Capítulo

Tercero: **OTROS JUEGOS**

1. ETESA

2. OPERADORES DE JUEGOS Capítulo Cuarto:

BEBIDAS ALCOHÓLICAS

1 LICORES, VINOS, APERITIVOS Y SIMILARES

2 CERVEZAS Capítulo Quinto: **INDUMIL** Capítulo Sexto: **CAJAS DE COMPENSACIÓN QUE NO ADMINISTRAN REGIMEN**

SUBSIDIADO



Libertad y Orden

TÍTULO CUARTO.-**INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD**

Capítulo Primero: **INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE**

NATURALEZA PRIVADA Capítulo Segundo: **INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD**

DE NATURALEZA PÚBLICA TÍTULO QUINTO.-**FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA –**

FOSYGA-TÍTULO SEXTO.- **OTROS ACTORES** Capítulo Primero: **ASEGURADORAS**

AUTORIZADAS PARA SEGURO

OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO – SOAT-Capítulo

Segundo: **CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN**

TÍTULO SÉPTIMO.- PROTECCIÓN AL USUARIO Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

TÍTULO OCTAVO.- SEGURIDAD TÉCNICA Y JURÍDICA PARA LAS COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS QUE REQUIEREN FIRMA DIGITAL

TÍTULO NOVENO.-ANEXOS TÉCNICOS

2. Vigencia y derogatoria

La presente circular rige a partir de su publicación en el Diario Oficial y sustituye y deroga todos las Circulares Externas y Cartas Circulares expedidas anteriormente por esta Entidad.

3. Sanciones

El incumplimiento a las instrucciones y remisión de información dispuestas en lapresente Circular Única o las inconsistencias en la información reportada darán lugar a la aplicación de las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, previstas las normas vigentes que sean aplicables.

JOSÉ RENÁN TRUJILLO GARCÍA
Superintendente Nacional de Salud



TÍTULO SEGUNDO

ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS

La Superintendencia Nacional de Salud, en desarrollo de sus funciones legales, principalmente de la facultad para impartir instrucciones, y con el fin de facilitar las acciones de vigilancia, inspección y control, establece a través de la presente circular externa las reglas para efectos de remitir la información por parte de las entidades objeto del presente acto administrativo y adicionalmente instruye sobre otros aspectos.

Respecto de las normas y técnicas contables que se aplican a la información financiera, la Superintendencia Nacional de Salud señala que las disposiciones que se deben observar y adoptar son las consagradas en el Código de Comercio, las Leyes 222 de 1995 y 603 de 2000, el Decreto 2649 de 1993, la Resolución 400 de 2000 de la Contaduría General de la Nación, y sus adiciones y modificaciones, actos administrativos de los cuales se extractaron y adicionaron los conceptos pertinentes en la Circular Externa N° 015 del 20 de abril de 2005, dirigida a las entidades vigiladas de naturaleza pública y en la Resolución N° 1804 del 24 de diciembre de 2004, Plan Único de Cuentas para las Entidades Promotoras de Salud y Entidades de Prepago Privadas, expedidas por este Organismo de Control y el Estatuto Tributario, sin perjuicio de lo dispuesto en normas que

regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De otro lado, esta Superintendencia acatando la Directiva Presidencial 02 de 2000 que corresponde a la Agenda de Conectividad, en cuanto al uso de Internet como medio de contacto del gobierno con la ciudadanía, ha puesto en funcionamiento la entrega de información a través de Internet de manera que las entidades objeto de esta circular deberán implementar los medios necesarios a fin de dar cumplimiento a las instrucciones aquí impartidas.

Igualmente, y en atención a las instrucciones impartidas en la Circular Conjunta 122 SNS 036 JCC de 2001, expedida por este Organismo de Control y la Junta Central de Contadores, los revisores fiscales de los entes vigilados deberán "Emitir con destino a la Superintendencia Nacional de Salud, un informe trimestral sobre la existencia de procedimientos adoptados por la administración para conducir adecuadamente la entidad, al igual que para asegurar su viabilidad financiera, incluido el aseguramiento de su continuidad como empresa en marcha y la capacidad para atender oportunamente las obligaciones y compromisos adquiridos". Este informe deberá ser reportado en las mismas fechas que se han fijado en esta circular para el envío de los estados financieros con corte trimestral y en las condiciones antes señaladas.

La información solicitada deberá allegarse a esta Superintendencia únicamente a través del sitio WEB de esta Entidad en el enlace "Recepción Datos de Vigilados" que para tal fin, ha puesto a disposición de las entidades obligadas al cumplimiento de esta circular, en las fechas y bajo la estructura que se relaciona en el anexo técnico de la presente circular.



En el evento de existir alguna modificación a los estados financieros ya remitidos con los presentados y aprobados por el máximo órgano social será necesario su reenvío a este Despacho, previa solicitud de autorización para retransmitir, efectuada ante la Superintendencia Delegada para la generación y gestión de los recursos económicos para la Salud. Dicha solicitud deberá venir debidamente justificada indicando expresamente las cifras objeto de la modificación y suscrita por el representante legal, contador y revisor fiscal, si fuere el caso.

De otro lado, es importante señalar que en aplicación del artículo 29 del Decreto 1485 de 1994, las entidades promotoras de salud están facultadas para garantizar la prestación de servicios de salud a los afiliados del régimen de excepción, solo a través de los planes adicionales de salud que estén debidamente autorizados por los organismos de control respectivos.

1. Conceptos básicos de Operación

1.1. Red de prestación de servicios

Se define como Red de Prestadores de Servicios el conjunto de instituciones prestadoras de servicios de salud que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y demás lineamientos del sistema de referencia y contrarreferencia establecido por la entidad administradora de plan de beneficios o de la dirección territorial de salud correspondiente; que busca garantizar la calidad de la atención en salud a sus afiliados.

Para garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud, las entidades administradoras, deberán contar con una red de prestadores de servicios de salud suficiente y plural en cada uno de los niveles de atención o grados de complejidad y por entidad territorial, para garantizar la salud a la población afiliada, salvo una imposibilidad debidamente demostrada ante la Superintendencia Nacional de Salud. Toda Entidad Promotora de Salud debe divulgar la red de prestadores de servicios con que cuenta, por lo menos informando, en forma detallada, a cada uno de sus

afiliados, al momento de hacer la afiliación correspondiente, de las instituciones prestadoras de servicios de salud y los niveles de complejidad que atienden.

En consonancia con lo anterior, son las entidades administradoras las responsables de organizar y garantizar la prestación del plan de salud que deben brindar a sus afiliados, no pudiendo delegar esta función en las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, ni subcontratar o de alguna manera, desplazar sus responsabilidades a otros sujetos.

De otro lado, cada una de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que haga parte de esa red, debe tener habilitados los servicios que ofrezca para la prestación de salud y en la entidad Territorial donde pretendan desarrollar su actividad.

La escogencia de la Institución Prestadora de Servicios de salud, dentro de la entidad administradora de salud que haya elegido libremente el afiliado, será voluntaria, sin que sea posible direccionar en sentido alguno tal escogencia.



En cualquier momento en que el afiliado desee cambiar de Institución Prestadora de servicios de Salud, dentro de la red de prestadores de su administradora, lo podrá hacer, informando de su decisión a la EPS correspondiente, y se hará efectivo en el mes subsiguiente al que se hace la manifestación.

Las Entidades Administradoras de Planes de beneficios EPS, EMP y Entidades Territoriales, deberán diseñar estrategias de prestación de servicios que garanticen el acceso de la población afiliada a las actividades, procedimientos e intervenciones contenidos en los cada uno de los planes de atención que ofrecen, de manera que garanticen a sus afiliados adecuada calidad, facilidad de acceso y oportunidad de los servicios de salud brindados por la red de prestadores en caso de requerirlos, así como la libertad de elección del prestador por parte del usuario.

Para lo cual deben contar, con una organización administrativa en cada una de las áreas geográficas donde tiene afiliados, que le permita cumplir con sus funciones de Ley, así como los procesos, procedimientos y actividades para realizar la selección, organización y coordinación del funcionamiento de la red de Instituciones prestadoras de servicios de salud, de manera que se garantice que el afiliado puede acceder fácilmente a las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud de los diferentes niveles de complejidad.

En caso de la atención inicial de urgencia, si la Institución Prestadora de Servicios de Salud que la atiende es de la red de prestadores de servicios de salud de la Entidad Promotora de Salud a la cual se encuentra afiliado el paciente, la atención posterior deberá continuarse prestando en esa institución si el grado de complejidad lo permite, salvo que en casos excepcionales se determine en forma expresa que puede prestarse el servicio en mejores condiciones en otra Institución Prestadora de Servicios de Salud.

La red de instituciones prestadoras de servicios de salud debe ser planeada y organizada de manera que facilite el acceso a todos los servicios de salud que estén incluidos en el plan de beneficios que le corresponde garantizar a cada entidad.

1.2. Atención Inicial de Urgencias

De conformidad con los artículos 48 y 49 de la Constitución Política y su desarrollo legal contenido en el artículo 168 de la ley 100 de 1993 , el artículo 12 del Decreto 783 de 2000, artículo 67 de la Ley 715 de 2001, el artículo 3 del Decreto 2284 de 2003 y el parágrafo del artículo 20 de la Ley

1122 de 2007 todos los habitantes del territorio nacional, independientemente de su capacidad de pago, clase de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud o régimen de excepción tienen derecho recibir la atención inicial de urgencias en cualquier institución prestadora de servicios de salud del país sea pública o privada.

Entiéndase como urgencia la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. (artículo 9 de la Resolución 5261 de 1994)



El médico que atiende al paciente, previa adecuada valoración médica será quien define si la patología que presenta corresponde o no a una urgencia, señalando: a) Las actividades, procedimientos e intervenciones necesarios para la estabilización de los signos vitales del paciente de manera autónoma; b) La realización de un diagnóstico de impresión; c) La definición del destino inmediato de la persona con esta patología de urgencia.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud que de forma independiente tengan adoptada en el servicio de Urgencias, una metodología y definición de clasificación de pacientes, según el grado de urgencia de los síntomas y signos que estos presentan, con el fin de priorizar su atención, (triage o triaje), deben conocer que la aplicación de la misma NO corresponde ni sule a la atención inicial de urgencias y que dicha categorización debe ser realizado por profesional médico entrenado.

Este proceso de clasificación de la prioridad de los pacientes de urgencias no puede estar a cargo de cualquier persona, sino que debe desarrollarse a través de profesionales de la medicina capacitados para ello.

- Teniendo en cuenta que el objetivo de la atención inicial de urgencias es garantizar el derecho a la salud y a la atención de urgencias, a través de una oportuna y efectiva valoración médica de aquellos pacientes que acuden al servicio de urgencias y detectar sus principales problemas de salud y ofrecerle la atención correspondiente a su grado de complejidad; reducir niveles de ansiedad del paciente y su familia; generar confianza en el sistema, concretamente en las Instituciones y en los profesionales de la salud, con el fin de aumentar la satisfacción de los usuarios; optimizar los canales de comunicación con el paciente y/o su familia sobre su situación de salud real durante la espera, en especial en los que presentan patologías leves, que tendrán más tiempo de espera en el servicio; garantizar una buena gestión de los recursos existentes, tanto físicos como humanos; evitar barreras de acceso a la prestación del servicio y garantizar la continuidad e integralidad de la atención del paciente, a través de la coordinación interinstitucional, corresponde a las EPS administrar el riesgo de sus afiliados, a partir de la atención inicial de urgencias con el fin de garantizar el derecho a la salud en conexidad con la vida minimizando las complicaciones y secuelas que pueden generar un negación y/o inoportuna atención de urgencias.

Por consiguiente, ninguna EPS podrá aplicar periodos mínimos de cotización a un paciente con patología de urgencia, y mucho menos desconocer el concepto del médico tratante que la determinó.

Igualmente deberán garantizar que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud adscritas a su red no exijan su autorización para la atención del paciente urgente

La Atención Inicial de Urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas. Para el pago de servicios prestados su realización no requiere contrato ni orden previa y el reconocimiento del costo de estos servicios se efectuará mediante resolución motivada en caso de ser un ente público o pagador.



La atención de urgencias en estas condiciones no constituye hecho cumplido para efectos presupuestales y deberá cancelarse, **teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 13° de la Ley 1122 de 2007 (se debe consultar si el artículo 67° de la Ley 715 de 2001)**

En aquellos eventos en que existan glosas definitivas por parte de las EPS y EPS-S- las partes acudirán a los mecanismos contractuales o legales previstos para la definición de las controversias contractuales surgidas entre las partes.

Se entiende como fecha de radicación de la factura aquella fecha en que la factura es presentada por el proveedor y recibida en la EPS, y para todos los efectos ésta deberá ser la fecha que se tenga en cuenta para los respectivos registros contables que permitan clasificar la edad de la cuenta, y así efectuar los pagos en los plazos establecidos.

Es necesario precisar que cuando se presenten glosas, la fecha de radicación de la factura debe corresponder a la fecha en la que ésta se presentó por primera vez, ajustada a los requisitos establecidos por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a partir de esta fecha correrán los términos establecidos para el pago.

Las facturas que se reciban después del cierre contable, se deberán causar como un gasto no operacional y en el evento que dichas facturas hayan sido provisionadas al cierre del ejercicio, se procederá a cancelar la provisión respectiva y a constituir la obligación real.

Para efecto del reconocimiento de intereses por mora en el pago de acuerdo a los términos pactados con las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, deberán las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud presentar las cuentas de cobro, facturas o reclamaciones a más tardar dentro de los 6 meses siguientes a la fecha de prestación de los servicios de salud o de la ocurrencia del hecho generador de las mismas así como lo establecido en el artículo 7° del Decreto 1281 de 2002.

Capítulo primero: **ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD**

1. Conceptos básicos de Operación

Las Entidades Promotoras de salud tendrán en cuenta los conceptos básicos de operación en cuanto a la red de prestación de servicios y la atención inicial de urgencias en lo aplicable según se establece en la presente circular.

La información sobre la contratación y organización de la Red de prestadores, debe realizarse por parte de las entidades administradoras de acuerdo al plan de beneficios que ofrezca. así la ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, ENTIDADES ADAPTADAS EN SALUD deben reportar información correspondiente a la red de instituciones prestadoras de servicios de Salud con las cuales garantizan la prestación del Plan Obligatorio de Salud POS y planes complementarios en caso de tenerlos.



Las ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD, ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD INDIGENAS, CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR que administran régimen subsidiado: Deben reportar la información correspondiente a la red de instituciones prestadoras de servicios de Salud con las cuales garantizan la prestación del el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S.

La información solicitada sobre red de prestadores de servicios debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma trimestral, dentro de las fechas que se relacionan en el anexo técnico.

2. Suministro de Información

2.1. Información Administrativa

Para el suministro de la información administrativa las EPS tendrán en cuenta las instrucciones impartidas en la presente Circular de conformidad con los temas que se desarrollan a continuación.

2.1.1 Constitución de Entidades Promotoras de salud

2.1.1.1. Solicitud para obtener el certificado de funcionamiento

2.1.1.1.1. Carta de solicitud de autorización y expedición del certificado de funcionamiento.

2.1.1.1.2. Estudio de Factibilidad.

2.1.1.1.3. Relación de la red de prestadores de servicios de salud.

2.1.1.1.4. Acreditar los requisitos técnicos.

2.1.1.1.5. Información administrativa.

La entidad solicitante deberá suministrar como mínimo la siguiente información administrativa:

a. Cuando se trate de una entidad vigilada por otra Superintendencia, deberá anexar copia del respectivo certificado de autorización o funcionamiento, expedido por el correspondiente ente de control.

b. Personería Jurídica reconocida de conformidad con el Decreto 1088 de 1991, Capítulo II, Sección II.

c. Copia de los estatutos donde conste que se ha incorporado el régimen previsto en el Decreto 1485 de 1994 y demás normas que lo modifiquen, aclaren.

d. Hoja de vida de las personas que se han asociado, miembros de Junta Directiva y de las que actúan como administradores y representante legal. Para el suministro de esta



información se tendrá en cuenta el formato que se encontrará en el título de anexos técnicos.

e. Copia del acta de conformación de la Junta Directiva

f. Estructura organizacional identificando las áreas comercial, operativa, técnica, administrativa y de control.

g. Relación funcional entre la sede central, regionales, seccionales y/o sucursales si las

hubiese

2.1.1.2. Requisitos técnicos

Para efectos de acreditar la capacidad técnica y científica para el cabal cumplimiento de las funciones y obligaciones de las Entidades Promotoras de Salud, las entidades en mención deberán cumplir los siguientes requisitos:

2.1.1.2.1. Sistema de información requerido.

Estos sistemas deberán tener la capacidad para operar en forma integrada y permitir la generación de los reportes e informes requeridos por esta Superintendencia y el Sistema de Seguridad Social en Salud, siguiendo las especificaciones técnicas definidas para tal fin.

Los siguientes son los sistemas de información básicos necesarios para el funcionamiento de una Entidad Promotora de Salud:

a. Sistema de Gestión Contable.
b. Sistema para el manejo de afiliados, beneficiarios y subsidiados. Entre otros aspectos deberá contemplar:

b.1. Manejo, registro y retiro de afiliados, beneficiarios y subsidiados

b.2. Plan complementario para los afiliados que los tomen con la Entidad Promotora de Salud u otra entidad.

b.3. Recaudo, registro y manejo de los aportes del sistema cotizante y subsidiado y control de empleadores. Adicionalmente de acreditar que se cuenta con este sistema se debe presentar un plan estratégico para control de empleadores resaltando los recursos y metodología desarrollada para este fin.

b.4. Manejo de acciones de cobranza

b.5. Manejo de novedades laborales, recaudos por cotizaciones e información que permita la compensación con el Fondo de Solidaridad y Garantía.

c. Sistema para el manejo del estado de salud de los afiliados y familias.

d. Sistema que contenga las características socioeconómicas de los afiliados.

e. Sistema de registro y manejo del perfil clínico mínimo de ingreso.

f. Sistema de registro y control de la red de prestadores de servicios de salud.

g. Sistema de atención a usuarios según lo establecido en el título séptimo de la presente circular.



Los anteriores sistemas se deben entender sin perjuicio de los requeridos para el funcionamiento administrativo de la entidad como tal, por ejemplo el sistema de gestión administrativa y financiera.

2.1.1.2.2. Plataforma tecnológica mínima requerida

a. Equipos de Cómputo:

Los equipos de cómputo adquiridos o arrendados por las Entidades Promotoras de Salud deberán posibilitar la capacidad de crecimiento en cuanto a número de usuarios y contar con la capacidad de

migrar hacia los sistemas de cómputo con mayor capacidad o hacia nuevas tecnologías en el evento que se requiera.

En todo caso, la capacidad de equipos deberá ser correspondiente con las proyecciones de afiliados incluidas en los estudios de factibilidad y no podrán estar por debajo de las siguientes especificaciones.

b. Estaciones o terminales.

Las Entidades Promotoras de Salud podrán tener el número que desee de estaciones o terminales de consulta, validación, administración y soporte, para lo cual se debe considerar la capacidad de memoria requerida por cada persona que se tenga trabajando en línea en el sistema de información, no pudiendo ser menor a dos (2) megabytes para consultas desde terminales brutas y de cuatro (4) megabytes de memoria por cada cliente (microcomputador) en una tecnología más compleja (Cliente/servidor).

c. Disco

Los equipos de cómputo deberán poseer la capacidad de almacenamiento en disco requerida para manejar las operaciones propias del negocio de acuerdo con los siguientes estimativos:

c.1. Registro y retiro de afiliados y beneficiarios: por cada cincuenta mil afiliados (50.000), se requiere mínimo de un Gigabyte (1Gb. = mil Megabytes). Los anteriores estimativos no incluyen los requerimientos de memoria principal y almacenamiento en discos de los sistemas operacionales, bases de datos o software específico para el funcionamiento de los equipos de cómputo, sistemas de información o redes.

d. Sistema y equipos de comunicaciones



Las Entidades Promotoras de Salud deberán prever en la plataforma tecnológica seleccionada la capacidad de la misma para soportar la instalación de dispositivos y software de comunicaciones y sistemas de información necesarios, que le permitan a esta Superintendencia entrar a consultar en forma regular la información archivada en los equipos de cómputo de estas.

La plataforma tecnológica deberá facilitar la conexión remota de sus diferentes oficinas en el país, a través de redes de comunicación que le permitan mantener actualizada la información que garantice la adecuada prestación de los servicios.

e. Otros requerimientos técnicos.

e.1. La Superintendencia estará atenta del desarrollo tecnológico y de la adopción de software licenciado.

e.2. Las entidades deberán poseer planes de contingencia y sistemas de respaldo y seguridad que le permitan a la entidad ante un daño grave, destrucción o robo de sus equipos de cómputo, regresar a su normal funcionamiento en un tiempo prudencial.

e.3. Establecer procedimientos de auditoría de sistemas que garanticen el cumplimiento de los parámetros aquí definidos, así como el íntegro y correcto manejo de la información por parte del ente vigilado y de su supervisor.

2.1.1.2.3. Red de Prestadores de Servicios

En la conformación de la red de prestadores de servicios de salud, se deberán atender estándares universales en función de garantizar capacidad instalada de acuerdo a la población afiliada y presupuestos de utilización de servicios estimados para dicha población. Para ello les corresponde presentar:

- a. Relación de la red de prestación de servicios de salud, indicando los servicios de salud que serán contratados.
- b. Relación comparativa de la red prestadora de servicios de salud del nuevo plan con la red de servicios de los planes autorizados y la red del plan obligatorio de salud.
- c. Indicar los mecanismos que serán implementados para garantizar que los prestadores de servicios de salud que hacen parte de la red, se encuentren habilitados para la prestación de los servicios.
- d. La Entidad Promotora de Salud debe verificar que la red de prestación de servicios de salud, cumple con los requisitos legales definidos en la norma las que la modifiquen en los siguientes aspectos:

d.1. Verificar el cumplimiento de la habilitación de los servicios de salud que se vayan a contratar con las instituciones, mediante la declaración de habilitación de los servicios presentada ante la Dirección Territorial de Salud correspondiente.



d.2. Verificar que la institución prestadora de servicios de salud, tenga posesionado el revisor fiscal ante la Superintendencia Nacional de Salud, mediante la presentación de la copia del acta de posesión del revisor fiscal expedida por la Secretaría General de la Superintendencia Nacional de Salud.

d.3. Verificar que las Instituciones Prestadoras de Salud, se encuentren a paz y salvo con el pago de la tasa anual que deben pagar a la Superintendencia Nacional de Salud por concepto del desarrollo de las funciones de supervisión, mediante la presentación de la copia de la resolución de liquidación de la tasa y del último recibo de consignación.

d.4. Verificar que dentro del objeto social de las Instituciones Prestadoras de Salud, se encuentre la Prestación de Servicios de Salud, y en el caso de las Empresas Sociales del Estado, este debe ser único, aspecto que se comprobará mediante la solicitud del registro ante Cámara y Comercio.

d.5. Verificar que la IPS esté al día con el reporte de información que debe enviar a la Superintendencia Nacional de Salud según el título cuarto de la presente Circular; a través del registro de envío publicado en la página web de esta Superintendencia.

d.6. Definir como parte de la relación contractual, las condiciones de atención de los afiliados, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, así como los procesos de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, los indicadores y estándares de calidad que garanticen la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de la atención en salud.

d.7. Verificar que las Instituciones Prestadoras de Salud, garanticen el acceso a la atención en salud para lo cual la consulta médica general no debe ser menor de veinte (20) minutos, así mismo, la atención en salud no puede ser condicionada al pago de los servicios, conforme a la normatividad vigente.

2.1.1.3. Capital mínimo

De acuerdo con el Decreto 1485 de 1994, artículo 5, las Entidades Promotoras de Salud que pretendan obtener la autorización para actuar como tales deberán acreditar que su capital o fondo social no es inferior a 10.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes. Aquellas Entidades

Promotoras de Salud que ofrezcan planes complementarios deberán acreditar un capital similar de manejo independiente para lo cual deberán seguir el mismo procedimiento de autorización aquí definido.

Serán procedentes los aportes en especies, los cuales se podrán efectuar en la forma de inmuebles con destino a la sede, así como de los bienes necesarios para la organización administrativa y financiera de la entidad. Los bienes y el valor de estos serán cuidadosamente evaluados y autorizados por esta Superintendencia. Para efecto del cálculo del capital mínimo los bienes que se aporten en especie solamente se computarán hasta por un valor que en ningún caso podrá superar al 50% del capital mínimo exigido.



Deberá establecerse una separación de cuentas entre el patrimonio destinado a la actividad de la Entidad Promotora de Salud y el patrimonio que tenga por objeto la prestación del servicio, sin que los bienes destinados a la prestación del servicio se puedan computar para efecto del capital mínimo.

2.1.1.4. Estudio de factibilidad

Este estudio debe contener proyecciones que se muevan en un escenario mínimo de dos (2) años.

2.1.1.4.1. Estudio de Mercado:

- a. Zona geográfica que pretenda atender indicando el departamento, municipio o regiones de acuerdo con el censo registrado en 1993, identificando la parte rural y urbana.
- b. Estimado de la demanda actual de afiliados, subsidiados, pensionados, maternas, hijos y desmovilizados de acuerdo con la zona que pretenda abarcar.
- c. Demanda potencial insatisfecha en la zona geográfica que pretenda atender especificando número mínimo y máximo de afiliados de todos los estratos y grupos de riesgo.
- d. Estimado de beneficiarios con pagos moderadores y copagos.

2.1.1.4.2. Estudio Técnico: se deberá anexar lo siguiente:

a. Estimado de producción asistencial por composición etárea para:

a.1. Plan Obligatorio de Salud para Cotizantes y Subsidiados

a.2. Plan Complementario

a.3. Actividades de salud a las Administradoras de Riesgos Profesionales

b. Estimado de las actividades de prevención, educación y promoción de la salud.

2.1.1.4.3. Estudio Financiero. Contendrá lo siguiente:

- a. Necesidades totales de capital, sin perjuicio del mínimo exigido por la ley.
- b. Ingresos estimados por Unidades de Pago por Capitación (UPC), Plan complementario, Plan de Salud para Riesgos Profesionales, Pagos moderadores, Plan Subsidiado.
- c. Gastos y Costos del Proyecto.
- d. Valor presente neto del proyecto.
- e. Tasa interna de retorno de la inversión.
- f. Punto de equilibrio.
- g. Si la entidad venía funcionando durante los dos (2) años anteriores, se deberá anexar igualmente el presupuesto del año inmediatamente anterior debidamente aprobado al igual que los estados financieros a diciembre 31 los años anteriores.
- h. Estimado de las inversiones del margen de solvencia.



2.1.2.5. Instrucciones especiales:

Es pertinente aclarar que las Entidades de Previsión Social y Cajas de Compensación, actualmente existentes que deseen actuar como Entidades Promotoras de Salud están obligadas a solicitar y a obtener previamente de esta Superintendencia el permiso correspondiente, para lo cual deben acreditar el cumplimiento de los requisitos relativos al capital mínimo, capacidad patrimonial, estudio de factibilidad y presupuesto de ingresos y egresos para el primer año de funcionamiento, en los términos definidos en la presente circular.

En la definición de los diferentes procedimientos y sistemas de información se debe atender en lo pertinente, lo definido en la presente Circular.

2.1.2. Modificaciones administrativas

2.1.3. Modificaciones a la capacidad de afiliación

2.1.3.1. Capacidad de Afiliación.

Es el número estimado de afiliados que las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Empresas Solidarias de Salud (ESS) y los Programas de Administración del Régimen Subsidiado de las Cajas de Compensación Familiar (CCF) están en capacidad de atender en condiciones de calidad y oportunidad conforme a su red de prestadores de servicios de salud, su infraestructura administrativa y su capacidad técnico-científica y financiera, garantizando la oportuna y eficiente prestación de los servicios de salud contenidos en el P.O.S. y/o en el P.O.S.-S., en el ámbito geográfico autorizado.

Toda entidad que administre recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud en los regímenes contributivo y/o subsidiado, debe contar con una infraestructura técnica, financiera y administrativa, y con la red de prestadores de servicios de salud que se adecúe a su población afiliada para poder brindar unos servicios con calidad, oportunidad y eficiencia. En la medida que se modifique la afiliación de la población, la entidad debe ajustar su capacidad técnica, financiera, administrativa y de la red de prestadores de servicios de salud. Corresponde a esta Superintendencia, de conformidad con la normatividad vigente, autorizar el aumento, disminución y redistribución de la capacidad de afiliación, respecto a la cobertura geográfica y poblacional.



Ninguna EPS, ESS, CCF o Convenio entre éstas, podrá registrar un número de afiliados efectivos mayor a la capacidad máxima de afiliación autorizada y/o registrada ante la Superintendencia Nacional de Salud. Tal restricción rige tanto para el total autorizado como para la capacidad de afiliación autorizada y/o registrada por municipio. Las EPS, ESS, CCF o Convenio, deberán registrar afiliaciones en todos los municipios en que están autorizadas para operar. Estos criterios serán verificados trimestralmente por la Superintendencia Nacional de Salud o cuando ésta lo estime conveniente.

2.1.3.2. Clases de Modificaciones a la Capacidad de Afiliación.

Para efectos de lo previsto en la presente Circular, las modificaciones a la capacidad de afiliación

autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud, se clasifican en las siguientes clases:

a. Geográfica.

Se presenta una modificación geográfica a la capacidad de afiliación autorizada, cuando una EPS, ESS, CCF o Convenio, pretenda adelantar sus actividades de afiliación y prestación de servicios, en municipios no autorizados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud.

b. Poblacional.

Se presenta una modificación poblacional a la capacidad de afiliación autorizada, cuando una EPS, ESS, CCF o Convenio, pretenda ampliar o disminuir su capacidad de afiliación en uno o más municipios autorizados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud, modificando la capacidad total autorizada.

c. Redistribución de la Capacidad Autorizada.

Se presenta una redistribución de la capacidad de afiliación autorizada, cuando una EPS, ESS, CCF o Convenio, sin aumentar o disminuir la capacidad total autorizada, modifica la capacidad de afiliación en los municipios autorizados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud.

d. Mixta.

Se presenta una modificación mixta a la capacidad de afiliación autorizada, cuando en forma simultánea una EPS, ESS, CCF o Convenio, pretenda adelantar sus actividades de afiliación y prestación de servicios en municipios no autorizados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud y modificar la capacidad en los municipios autorizados, superando la capacidad total autorizada.

2.1.3.3. Contenido de la Solicitud para Modificar la Capacidad de Afiliación.

La solicitud para modificar la Capacidad de Afiliación, deberá ser presentada ante la Superintendencia Delegada para la atención en Salud, conteniendo la información que se señala a continuación, observando estrictamente su orden:



a. Carta firmada por el Representante Legal de la EPS, ESS, CCF o Convenio, solicitando la clase de modificación deseada y relacionando la información remitida, que deberá coincidir con la solicitada en la presente Circular.

b. Relación por departamento y municipio del número potencial de afiliados esperados, informando código departamento, código municipio, capacidad de afiliación actual autorizada y/o registrada, modificación a la capacidad de afiliación solicitada y total con la modificación, conforme al siguiente cuadro:

c. Relación de la red potencial de prestadores de servicios de salud por municipio, conforme a los formatos 12 al 16 de la Circular Externa 001 de 1996 o las que la adicionen o modifiquen, o manifestar que tal información se encuentra a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud conforme al Oficio No xx de fecha xx. Se debe tener presente que dicha red de prestadores de servicios de salud sea adecuada a su población afiliada para poder brindar unos servicios con calidad y oportunidad, y que debe disponerse, como mínimo, de prestadores del primer nivel de atención en cada municipio.

d. Estimativo de la producción asistencial por municipio (número de actividades por servicios), conforme al formato establecido en el título de anexos técnicos.

e. Descripción del sistema de referencia y contrarreferencia que utilizará la entidad por municipio, para:

e.1. Referir a los afiliados a las IPS de II, III y IV nivel de atención para servicios contenidos en el POS ó POS-S, según el caso.

e.2. Referir a los afiliados a las IPS de II, III y IV nivel de atención para servicios no contenidos en el POS-S.

f. Proyecciones y requisitos financieros exigidos en las normas vigentes, conforme al siguiente orden:

f.1. Ingresos estimados para los próximos cuatro (4) trimestres por UPC-C, UPC-S, Cuotas Moderadoras, Copagos, PAC's y otros ingresos, relacionados con la modificación solicitada.

f.2. Gastos y costos estimados para los próximos cuatro (4) trimestres, relacionados con la modificación solicitada.

f.3. Estimativo del margen de solvencia y sus inversiones, para los cuatro (4) próximos trimestres, en el caso de las EPS y las ESS.

f.4. Balance General y Estado de Resultados esperados para los próximos cuatro (4) trimestres, agregando la modificación solicitada, conforme al formato existente para tal fin en el anexo técnico.

f.5. Las ESS deberán acreditar el patrimonio mínimo exigido por cada 5.000 afiliados potenciales, el cual no deberá ser inferior a: $\{[(\text{capacidad de afiliación actual} +$

Carrera 13 No. 32-76 PBX 3300210 Ext. 3101 ¹⁹ www.supersalud.gov.co – Bogotá
Colombia



ampliación solicitada) / 5.000] x 100SMMLV}. Para el efecto, se debe anexar el Balance General con corte al trimestre inmediatamente anterior a la fecha de la solicitud de la modificación, debidamente refrendado por el contador de la Empresa y su Revisor Fiscal.

g. Ampliación en la estructura organizacional, acorde con la modificación solicitada, conforme al siguiente orden:

g.1. Apertura de nuevas sedes regionales, departamentales o municipales.

g.2. Relación funcional entre la sede central y las nuevas sedes.

g.3. Extensión del sistema de información requerido a las nuevas sedes.

g.4. Sistema de atención a usuarios (orientación, citas, quejas, etc.) por municipios.

Cuando se trate de una redistribución de la capacidad autorizada, la solicitud deberá contener solo los requerimientos efectuados en los literales del a al f.

2.1.3.4. Regímenes de Modificaciones a la Capacidad de Afiliación.

Para efectos de racionalizar y agilizar los trámites en esta materia, la aprobación de las distintas modificaciones a la capacidad de afiliación, estará sujeta a dos regímenes de autorización.

2.1.3.4.1. Régimen de Autorización General.

Bajo este régimen, las EPS's podrán efectuar las siguientes modificaciones a su capacidad de

afiliación:

a. Geográfica: cuando se adicionen municipios de departamentos que hayan sido autorizados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud, siempre y cuando la variación de la capacidad total autorizada no sea superior al 70% ni supere los 100.000 afiliados potenciales.

b. Poblacional: cuando se aumente la capacidad de afiliación en los municipios previamente autorizados hasta en un 100%, sin que dicha ampliación sea superior a 100.000 afiliados potenciales.

c. Poblacional: cuando se disminuya la capacidad de afiliación en los municipios autorizados hasta en un 50%, sin que dicha disminución a) esté por debajo del número efectivo de afiliados en cada municipio que se disminuye más un 20%; b) no se trate de un municipio donde sólo existe una entidad de aseguramiento por régimen del SGSSS, o que implique disminución de la capacidad de oferta del Sistema; y, c) la capacidad total de la entidad no quede por debajo de los mínimos afiliados exigidos por la normatividad vigente.

d. Redistribución: cuando se aumente y disminuya la capacidad de afiliación en los municipios autorizados, sin modificar la capacidad total autorizada, hasta en un 50%

Carrera 13 No. 32-76 PBX 3300210 Ext. 3101 ²⁰ www.supersalud.gov.co – Bogotá
Colombia



por municipio, sin que la disminución a) esté por debajo del número efectivo de afiliados en cada municipio que se disminuye más un 20%; y, b) no se trate de un municipio donde sólo existe una entidad de aseguramiento por régimen del SGSSS, o que implique disminución de la capacidad de oferta del Sistema.

e. Mixta: siempre y cuando cumpla con las características señaladas para las modificaciones geográfica y poblacional. En este evento, la restricción de 100.000 nuevos cupos de afiliación integrará la ampliación de cobertura en los municipios autorizados y la de los nuevos municipios de los departamentos previamente autorizados.

Bajo este régimen, las ESS's, las CCF's y los Convenios para la administración del régimen subsidiado, podrán efectuar las siguientes modificaciones a su capacidad de afiliación:

f. Poblacional: cuando se aumente la capacidad de afiliación en los municipios previamente autorizados hasta en un 80%, sin que dicha ampliación sea superior a 50.000 afiliados potenciales.

g. Poblacional: cuando se disminuya la capacidad de afiliación en los municipios autorizados hasta en un 50%, sin que dicha disminución a) esté por debajo del número efectivo de afiliados en cada municipio que se disminuye más un 20%; b) no se trate de un municipio donde sólo existe una entidad de aseguramiento por régimen del SGSSS, o que implique disminución de la capacidad de oferta del Sistema; y, c) la capacidad total de la entidad no quede por debajo de los mínimos afiliados exigidos por la normatividad vigente.

h. Redistribución: cuando se aumente y disminuya la capacidad de afiliación en los municipios autorizados, sin modificar la capacidad total autorizada, hasta en un 50% por municipio, sin que la disminución a) esté por debajo del número efectivo de afiliados en cada municipio que se disminuye más un 20%; y, b) no se trate de un municipio donde sólo existe una entidad de aseguramiento por régimen del SGSSS, o que implique disminución de la capacidad de oferta del Sistema.

Para legalizar las modificaciones respectivas, los Representantes Legales de las EPS's, ESS's, CCF's y

Convenios, deberán registrar y radicar en la Superintendencia Nacional de Salud con diez (10) días de anticipación a su operación, la información solicitada en los literales a al c y g al h de la presente Circular. Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud podrá en cualquier momento verificar que las modificaciones efectuadas se ajustan a los requisitos señalados y podrá imponer las sanciones máximas que le facultan las normas y someter a la entidad a todos los controles previos previstos por esta Superintendencia, si la entidad no acató las instrucciones de la presente Circular o no cumplió alguno de los requisitos. Para proceder en los términos previstos en esta Circular, las E.P.S's, E.S.S's., CCF's y Convenios, deberán:

- i. No estar incurso en alguna causal de disolución o liquidación, conforme a las normas que rijan su forma organizativa.
- j. No estar incurso en alguna causal de revocatoria o suspensión del certificado de autorización, conforme al artículo 230 de la Ley 100 de 1993.
- k. Estar dando cumplimiento en tiempo, a todos los requerimientos efectuados por esta Superintendencia Nacional de Salud en sus Circulares Externas y Cartas Circulares.
- l. No tener investigaciones en curso en la Superintendencia Nacional de Salud.



2.1.3.4.2. Régimen de Autorización Previa.

Las EPS's, ESS's, CCF's y Convenios, deberán solicitar autorización previa a la Superintendencia Nacional de Salud para efectuar modificaciones a su capacidad de afiliación, en los siguientes casos:

- a. Cuando así lo disponga la Superintendencia Nacional de Salud.
- b. Cuando no se cumplan todos los requisitos establecidos para acceder al régimen de autorización general.
- c. Cuando no se cumplan los criterios señalados para las clases de modificaciones establecidas para el régimen general o se vaya a modificar la capacidad de afiliación en una clase no prevista para el régimen general.
- d. Cuando la entidad, programa o alguno de sus administradores haya sido sancionado por violación a normas legales o reglamentarias, durante los seis (6) meses anteriores a la fecha en que se pretende entrar a operar la modificación de la capacidad de afiliación.
- e. Cuando la entidad, programa o alguno de sus administradores esté sujeto a investigación administrativa o sometido a algún plan de desempeño o al cumplimiento de instrucciones especiales.
- f. Cuando la entidad o programa, registre un índice de rotación de cuentas por pagar superior a 120 días, calculado sobre el informe financiero del trimestre inmediatamente anterior reportado a la Superintendencia Nacional de Salud, considerando: $((\text{Gastos Médicos por Pagar} \times n) / \text{Costos Médicos})$; $n = 90, 180, 270, 360$, según el trimestre reportado.

2.1.3.5. Registro de capacidad de afiliación por municipio.

Las EPS's, ESS's, CCF's y Convenios, que quieran acogerse al régimen de autorización general y que registren una autorización nacional o por departamentos, deberán presentar dentro de los dos (2) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Circular, ante la Dirección General para Entidades Promotoras de Salud y Entidades de Prepago, la distribución de dicha capacidad por régimen (contributivo y/o subsidiado) y por municipios y distritos, utilizando el formato previsto en el numeral 2 de la presente Circular.

2.2. Información financiera 2.2.1. Estados financieros de periodos intermedios



Las Entidades Promotoras de Salud presentarán con cortes trimestrales (marzo 31, junio 30, septiembre 30), la información financiera y administrativa, de acuerdo con el archivo plano definido en el anexo técnico que hace parte integral de la presente circular.

Para el caso de los archivos, que no son definidos en el anexo técnico, se reportarán en otros formatos (Word, Excel, acrobat o similares) según las características de la información.

FECHA DE CORTE	FECHA DE REPORTE
31 de marzo	30 de abril
30 de junio	31 de julio
30 de septiembre	31 de octubre

Adicionalmente, deberán remitir certificación de los estados financieros, de conformidad con las normas establecidas.

2.2.2. Estados financieros básicos

Para la presentación de estados financieros de fin de ejercicio que coinciden con el último trimestre, se precisa el contenido mínimo de la información financiera y administrativa que deben remitir las entidades promotoras del régimen contributivo, en archivo plano definido en el anexo técnico que hace parte integral de la presente circular.

Se excluye a las entidades de carácter público a las cuales se dirige el presente capítulo, de la presentación del estado de cambios en la situación financiera.

Adicionalmente debe remitirse la misma información señalada en el numeral 1 del capítulo II de esta Circular, denominados archivo tipo 01 y 07 a 027 de Estados Financieros de Periodos Intermedios.

Para la presentación de estos estados financieros, se establece como fecha de presentación el 25 de febrero del año siguiente al término del período contable.

Junto con los estados financieros y como parte integrante de los mismos, deben presentarse las notas a los estados financieros comparadas con el período inmediatamente anterior. Las Notas a los estados financieros corresponden al ente económico; no obstante las mismas deben incluir las relacionadas con cada uno de sus programas de salud.

2.2.3. Informes Adicionales Los estados financieros remitidos deben complementarse con los documentos de que tratan los artículos 46 y 47 de la Ley 222 de 1995, este último modificado por la Ley 603 de 2000, definidos en los archivos anexos de la presente circular



2.2.4. Estados Financieros Consolidados.

En cumplimiento del artículo 30 de la Ley 222 de 1995, las entidades destinatarias de este capítulo, que sean matrices o controlantes deberán remitir certificado de Cámara de Comercio, donde conste

la inscripción de control o grupo empresarial. Igual remisión deberá hacerse cuando se presente modificación a estas situaciones, conforme lo señala el párrafo segundo del mencionado artículo.

Además de los estados financieros solicitados en los numerales anteriores, las matrices o controlantes objeto de esta circular, deberán remitir la información correspondiente a los estados financieros de propósito general consolidados en forma comparativa con el ejercicio anterior, así como la información relacionada con las sociedades subordinadas, a 31 de diciembre del último año, tanto de las filiales como subsidiarias.

Adicionalmente, el representante legal y el contador de la matriz o controlante deberán certificar la información solicitada en los anteriores incisos, y acompañarla del dictamen del revisor fiscal de la misma. Igualmente, certificarán que los estados financieros de propósito general consolidados a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior, fueron sometidos a consideración del máximo órgano social. En caso de grupo empresarial remitirán copia del informe especial de que trata el artículo 29 de la Ley 222 de 1995.

2.2.5. Publicación de los Estados Financieros

La Superintendencia Nacional de Salud en cumplimiento de sus facultades otorgadas en el numeral 12 del artículo 14 del Decreto 1018 de 2007, ordenará la publicación de los estados financieros, sin que en manera alguna ésta se sujete a la realización de la asamblea general de accionistas o junta de socios ni constituye aprobación de los mismos, competencia exclusiva del órgano colegiado de la vigilada.

El Balance General y el Estado de Resultados a 31 de diciembre de cada año, comparados a igual fecha del año anterior, deberán ser publicados en forma independiente por cada uno de los programas que tenga la entidad, en un periódico de amplia circulación nacional, dentro de los diez (10) días siguientes contados a partir de la fecha en que se expida la orden por parte de esta Superintendencia, de acuerdo con las especificaciones definidas en los archivos tipo 02 y 03 y remitir la publicación a la Superintendencia Delegada para la generación y gestión de los recursos económicos para salud de esta Superintendencia dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la misma.

Ahora bien, si el máximo órgano social de la entidad vigilada, contraviniendo las claras disposiciones legales al respecto, no aprueba los estados financieros dentro de los términos legales, esta Superintendencia podrá convocar a reunión extraordinaria de junta de socios o asamblea con el propósito de someter a aprobación los estados financieros y en cualquier caso, ordenará la publicación acogiendo los parámetros antes señalados,



2.3. Información Administrativa

2.3.1 Información administrativa y estadística.

La información de carácter general de la Entidad Promotora de Salud, deberá ser remitida en los archivos tipo 21, 22 y 23. Adicionalmente, cuando se presenten modificaciones a esta información allegarán certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio del lugar de domicilio principal o el documento que haga sus veces para aquellas vigiladas que por su naturaleza jurídica no estén obligadas a este registro; con excepción de aquellas que surten este

trámite ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Cuando la entidad efectúe reformas que conlleven la modificación de los estatutos sociales, deberá informar detalladamente tal hecho a la Superintendencia Delegada para la generación y gestión de recursos económicos para salud y remitir copia auténtica de la escritura pública contentiva de la reforma así como el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio respectiva, o el documento que haga sus veces para aquellas entidades que por su naturaleza jurídica no estén obligadas a este registro, donde conste la inscripción de la reforma, en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles siguientes a la ocurrencia de la modificación.

Es importante tener en cuenta que dichas reformas estatutarias, en ningún caso, podrán contravenir las normas vigentes que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Igualmente, las entidades que administren el régimen contributivo, deberán reportar en los mismos plazos en que se remite la información financiera, la relacionada con la póliza para el reaseguro de los riesgos derivados de la atención de las enfermedades calificadas como de alto costo, para lo cual diligenciarán los archivos tipo 24 y 25.

2.4. Patrimonio Mínimo

El valor reflejado en la cuenta Revalorización del Patrimonio, a 31 de diciembre de 2004, debe ser objeto de capitalización, previo el cumplimiento de los requisitos exigidos por la ley para este proceso, a más tardar al cierre de la vigencia del año 2005.

El monto del patrimonio que deben acreditar las Entidades Promotoras de Salud que administren el Régimen Contributivo deberán acreditar y mantener un capital mínimo de diez mil (10.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV). Si la EPS administra también el régimen subsidiado en total deben determinar y acreditar un patrimonio mínimo equivalente a veinte mil (20.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV).

Para efectos de dar cumplimiento a lo antes señalado, deberá tenerse en cuenta lo previsto en los Decretos 574 y 1698 de 2007



2.5. Planes de Atención Complementaria en Salud (PACS).

2.5.1. Información de solvencia financiera

Las Entidades Promotoras de Salud que, adicionalmente al régimen contributivo, pretenda prestar o estén autorizados para ofrecer planes de atención complementaria de salud, deberán acreditar, para soportar la operación en la prestación de estos planes un monto de patrimonio adicional a las exigencias de su respectivo régimen, de cuatro mil (4.000) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes, de conformidad con el artículo 2º del Decreto 800 de 2003.

2.5.2. Autorización publicidad de los planes

2.6. Deficiencia del patrimonio mínimo.

Cuando la Superintendencia Nacional de Salud determine que el patrimonio mínimo de las entidades destinatarias de este capítulo se encuentre por debajo de los límites mínimos establecidos en las disposiciones legales correspondientes, solicitará las explicaciones del caso y expedirá una orden a

dicha entidad para que cubra la deficiencia dentro del término prudencial que se le señale en la misma.

En consecuencia, la vigilada que se encuentre en estas circunstancias con anterioridad a la fecha de corte de la información contenida en esta circular, deberá informar a este Organismo de Control, en los cinco (5) días hábiles siguientes a que se haya identificado tal situación, señalando las medidas previstas por el máximo órgano social para subsanar la deficiencia.

2.7. Compensación

Las Entidades Promotoras de Salud deberán registrar y mantener una base de datos que permita identificar oportunamente las cotizaciones por cobrar del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Una vez establecida la validación de la base de datos con las respectivas autoliquidaciones, las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) deben reconocer la cartera morosa (para el caso de dependientes, será por patrono o empleador y para el caso de los independientes por cotizante), registrando la misma por tercero en la cuenta de orden denominada: Deudores de Control – Deudores POSC – Régimen Contributivo.

La entidad que registre intereses de mora a cargo de los respectivos empleadores y trabajadores independientes por el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud deberá causar los mismos en la cuenta de orden denominada Deudores POS-C y una vez recaudados dichos intereses, se procederá a su giro a las respectivas cuentas del Administrador Fiduciario.

2.7.1. Contabilización del recaudo de la cotización

El documento soporte para dicho registro son las autoliquidaciones presentadas por los cotizantes, y el valor de las UPC adicionales. Su contabilización deberá ser la siguiente:



a. El valor total de aportes del período declarado se deberá causar y registrar, dependiendo del caso particular, en las cuentas denominadas Cotizaciones a Compensar y UPC Adicional Recaudada.

b. Las incapacidades pagadas y descontadas en la autoliquidación deberán registrarse en la cuenta denominada incapacidad por enfermedad general descontadas en autoliquidación (DB). Este registro deberá realizarse por beneficiario.

c. Las licencias de maternidad pagadas y descontadas de las autoliquidaciones se contabilizarán en la cuenta denominada licencias de maternidad por cobrar. Este registro deberá realizarse por beneficiario.

d. Los intereses de mora se registrarán en la cuenta denominada: Interés de Mora y Sanciones.

e. El Saldo a favor de períodos anteriores, con el total a pagar a favor del cotizante o patrono, se deberá registrar con cargo a la cuenta denominada Acreedores Varios – Otros, en razón a que con anterioridad se debió haber registrado una autoliquidación.

f. Si el resultado del total a pagar de la autoliquidación es positivo, se registrará en la cuenta denominada Caja ó Bancos – Cotizaciones, según sea el

caso.

g. Si el resultado del total a pagar de la autoliquidación es negativo, se registrará con abono a la cuenta denominada: Acreedores Varios – Otros.

Contabilización de los recaudos cuando se realiza la conciliación bancaria:

En razón a que el artículo 182 de la Ley 100 de 1993, establece que las cotizaciones que recaudan las EOC son del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que las mismas se deberán recaudar en cuentas independientes del resto de rentas y bienes de la entidad, las partidas conciliatorias de ingreso en estas cuentas, se deberán registrar de la siguiente forma, cuando no se hayan identificado plenamente en el mes en que se recaudó:

Aquellas partidas que en la conciliación bancaria se hayan identificado como ingresos a bancos, se deberán registrar en la cuenta denominada Cotizaciones a Compensar; en la medida que se vayan identificando estos valores se podrán clasificar en las diferentes subcuentas de la cuenta antes mencionadas, según sea el caso; ó en su defecto serán incluidas en las diferentes declaraciones de giro y compensación, de conformidad con el proceso descrito en el literal anterior.

2.7.2. Registro Contable del Proceso de Compensación

El registro contable del proceso de compensación solamente se podrá efectuar sobre las cotizaciones y UPC adicionales incluidas en la guía del proceso de giro y compensación, aprobadas por el administrador fiduciario.

2.7.2.1 Valor total de las cotizaciones



Corresponde a las cotizaciones recaudadas en bancos y descontadas en las autoliquidaciones por concepto de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad previamente registradas y causadas conforme a las instrucciones impartidas en la presente circular, por lo que la operación se deberá registrar en las Cuentas por Pagar al Fosyga – Cotizaciones a Compensar, debiendo registrar todo el proceso de liquidación de la compensación en las Cuentas por Pagar Fosyga - subcuenta de compensación, la cual tiene connotación de una cuenta corriente que arroja un resultado superavitario o deficitario para el administrador fiduciario.

2.7.2.2. Valor de solidaridad

El monto que resulta de aplicar a los ingresos y/o salario base de cotización y el recaudo de la UPC adicionales el porcentaje establecido por ley para solidaridad, correspondiente a las cotizaciones del 8% y 12.5% de la guía del proceso de giro y compensación respectiva, registrando la obligación en las Cuentas por Pagar al Fosyga

– Subcuenta Solidaridad, igualmente descargando el valor en las Cuentas por Pagar al Fosyga – Subcuenta de Compensación.

2.7.2.3 Valor de Promoción y Prevención

El valor de promoción y prevención (según el porcentaje establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud) de la cotización del 8% y 12.5% de la guía, se registrará en la cuenta que tiene la connotación de cuenta corriente por cuanto al final del registro de las operaciones de la guía del proceso de compensación arroja un resultado superavitario o deficitario en las Cuentas por Pagar al Fosyga – Subcuenta Promoción y Prevención, descargando dicho valor de las Cuentas por Pagar al Fosyga – Subcuenta de Compensación.

2.7.2.4 Provisión para incapacidades

El valor correspondiente al porcentaje autorizado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para el pago de incapacidades por enfermedad general se deberá contabilizar en la cuenta denominada Cuentas por Pagar al Fosyga – Fondo – Incapacidad por Enfermedad General (IEG) descontando dicho valor de las Cuentas por Pagar al Fosyga – Subcuenta de Compensación.

2.7.2.5 Licencias de maternidad o paternidad

El valor de licencias de maternidad/paternidad cobradas por las Entidades Obligadas a Compensar en la guía del proceso de giro y compensación, las cuales deberán diferenciarse como deducidas y no deducidas de las autoliquidaciones, se deberá registrar en las cuentas por cobrar Fosyga – licencias de maternidad por cobrar y las Cuentas por Pagar al Fosyga – Subcuenta de Compensación.

2.7.3 Resultados del proceso de compensación

2.7.3.1. Valor a reconocer por Unidad de Pago por Capitación



Es el valor que reconoce el Sistema a las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), por concepto de Unidades de Pago por Capitación diaria, vigente en el mes por el cual se compensa según estructura de costos, grupo etéreo y zona definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, para garantizar la atención en salud de los afiliados compensados, correspondiente a la cotización del 8% y 12.5%, debiendo registrar el ingreso en la cuenta UPC – Régimen Contributivo y las Cuentas por Pagar al Fosyga – Subcuenta de Compensación.

Este ingreso solo se puede causar una vez sea aprobada la declaración de giro y compensación por el administrador fiduciario del FOSYGA.

2.7.3.2 Liquidación de promoción y Prevención – Valor a reconocer por promoción y prevención

Es el valor correspondiente a la UPC diaria para actividades de promoción y prevención definida y reconocida por el CNSSS, se deberá registrar en la cuenta denominada Otros Ingresos Operacionales – Promoción y Prevención y las Cuentas

por Pagar al Fosyga – Subcuenta Promoción y Prevención.

2.7.3.3 Valor a girar a la subcuenta de compensación registros glosados

Corresponde al valor del recaudo de la subcuenta de compensación de los afiliados glosados, como resultado de la validación del proceso de compensación, de acuerdo con la participación de la cotización, valor que se debe registrar en las Cuentas por Pagar al Fosyga – Cotizaciones a Compensar, descargando de las Cuentas por Pagar al Fosyga – Subcuenta de Compensación.

2.7.3.4 Valor a girar UPC por aportes miembros adicionales

Son las sumas superiores a la UPC y que corresponden al afiliado adicional, una vez se valide la información presentada. Las entidades obligadas a compensar deberán girar el valor restante a la subcuenta de compensación del Fosyga a través del proceso de compensación, para lo cual deberá registrar en la cuenta UPC adicional recaudada y las Cuentas por Pagar al Fosyga – Subcuenta de Compensación.

2.7.3.5 Valor a Cobrar UPC y UPC Adicional sobre giro de registros glosados y de saldos no compensados

El valor que por estos conceptos se reconoce a las entidades obligadas a compensar sobre el giro previo de recaudos por registros glosados y de saldos no compensados, se deberá registrar en la cuenta UPC – Régimen Contributivo ó UPC Adicional – Régimen Contributivo según corresponda y las Cuentas por Pagar al Fosyga – Subcuenta de Compensación.

2.7.3.6 Valor a cobrar Provisiones - Incapacidad por Enfermedad General sobre giro de recursos por registros glosados y de saldos no compensados

Es el valor que por estos conceptos se reconoce a las Entidades Obligadas a Compensar sobre el giro previo de recaudos por registros glosados y de saldos no

Carrera 13 No. 32-76 PBX 3300210 Ext. 3101 ²⁹ www.supersalud.gov.co – Bogotá
Colombia



compensados, para lo cual se deberá registrar el valor en la cuenta Fondo – Incapacidades por enfermedad General y las Cuentas por Pagar al Fosyga – Subcuenta de Compensación.

De los anteriores registros se obtendrá un resultado final de la subcuenta de compensación, el cual será superavitario o deficitario. Para el primer caso se deberá debitar la Cuenta por Pagar al Fosyga – Subcuenta de Compensación, y acreditar el resultado por el giro en la cuenta bancaria de recaudos de la cotización. Para el caso deficitario se deberá acreditar las cuentas por pagar al Fosyga – Subcuenta de compensación y debitar las Cuentas por cobrar Fosyga – Subcuenta de Compensación.

2.7.3.7 Total Subcuenta de Solidaridad

2.7.3.7.1 Valor a girar subcuenta de solidaridad registros glosados

Se deberá registrar el valor en las Cuentas por Pagar al Fosyga – Subcuenta Solidaridad y las Cuentas por Pagar al Fosyga – Cotizaciones a Compensar.

2.7.3.7.2 Valor a girar por aportes miembros adicionales

Se deberá registrar el valor en la cuenta UPC adicionales recaudadas y las Cuentas por Pagar Fosyga Subcuenta de Solidaridad.

2.7.3.7.3 Valor a girar por ajuste aporte subcuenta de solidaridad sobre giros de recursos por registros glosados

Se deberá registrar el valor en las Cuentas por Pagar al Fosyga – Subcuenta Solidaridad y Cuentas por Pagar al Fosyga – Cotizaciones a Compensar.

2.7.3.7.4 Valor a girar por ajuste aporte subcuenta solidaridad sobre giros de saldos no compensados

Se deberá registrar en las Cuentas por Pagar al Fosyga – Subcuenta Solidaridad y las Cuentas por Pagar al Fosyga – Cotizaciones a Compensar.

El resultado de la sumatoria de la subcuenta de solidaridad, deberá ser girado de bancos cotizaciones a la subcuenta de solidaridad del Fosyga y registrar las Cuentas por pagar al Fosyga – Subcuenta de Solidaridad.

2.7.3.8 Valor a Girar subcuenta de promoción y prevención registros glosados

Es el valor del recaudo correspondiente a la subcuenta de promoción y prevención de los afiliados glosados como resultado de la validación del proceso de compensación, de acuerdo con la participación en la cotización. Las entidades obligadas a compensar deberán registrar el valor en las Cuentas por Pagar al Fosyga – Subcuenta Promoción y Prevención y las Cuentas por Pagar al Fosyga – Cotizaciones a Compensar.



2.7.3.9 Valor a cobrar UPC y UPC adicional sobre giro de recursos por registros glosados y de saldos no compensados (Subcuenta de Promoción Prevención)

Es el valor que por estos conceptos se reconoce a las entidades obligadas a compensar sobre el giro previo de recaudos por registros glosados y de saldos no compensados. Las Entidades Promotoras de Salud registrarán un ingreso en la cuenta Otros Ingresos Operacionales – Promoción y Prevención y la Cuenta por Pagar al Fosyga – Subcuenta Promoción y Prevención.

De los anteriores registros en la subcuenta de promoción y prevención, se conocerá un resultado final superavitario o deficitario, registrando para el primer caso un debito a la cuenta por pagar Fosyga – Subcuenta de promoción y prevención y acreditando las cuentas recaudadoras por el giro al Administrador por esta Subcuenta. Para el caso deficitario, se registrara un crédito a la cuenta por pagar Fosyga – Subcuenta de promoción y prevención y un debito a la cuenta por cobrar – Subcuenta de promoción y prevención.

Una vez aprobada la declaración de giro y compensación por parte del administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA y realizados los giros a las diferentes subcuentas, la entidad podrá girar los recursos a que tiene derecho por concepto de valor reconocido por UPC, valor provisión para

incapacidades, valor de promoción y prevención y valor de licencias de maternidad/ paternidad incluidas en la guía del proceso de giro y compensación, trasladando de las cuentas de recaudo de cotizaciones a las cuentas propias de las entidades o cuentas comerciales los valores respectivos.

Este procedimiento se surte siempre y cuando de estos traslados se descuente el valor deducido en autoliquidaciones (Incapacidades por enfermedad general y/o licencias de maternidad), en razón a que estos recursos corresponden al pago de prestaciones económicas que el Sistema ya ha reconocido para las incapacidades por enfermedad general a través de la provisión para incapacidades y el valor de las licencias de maternidad/paternidad que estarán a cargo de las entidades promotoras de salud obligadas a compensar, hasta tanto no sean aprobadas y reconocidas por el administrador fiduciario de los recursos del Fosyga, en próximos procesos de compensación.

2.7.3.10 Disposición de recursos en el resultado provisional de la declaración de giro y compensación (medida excepcional autorizada por el Ministerio de la Protección Social)

Una vez el Ministerio de la Protección Social autorice a las EPS la comunicación de un resultado provisional de las declaraciones de giro y compensación, por los registros que las EOC hayan presentado, previo el giro de los recursos a la subcuenta de solidaridad, se procederá a realizar los siguientes registros contables.

El valor correspondiente a la subcuenta de solidaridad se girará de las cuentas de cotizaciones, registrando una contrapartida a la subcuenta de solidaridad, valor que estará pendiente de legalizar hasta tanto no se comuniquen el resultado definitivo del

Carrera 13 No. 32-76 PBX 3300210 Ext. 3101 ³¹ www.supersalud.gov.co – Bogotá
Colombia



proceso de compensación, por lo cual se hará un control por guía de proceso de compensación.

Consecuentemente, podrá trasladar el valor comunicado en el resultado provisional, de las cuentas bancarias de recaudo de cotizaciones a las cuentas bancarias comerciales o propias de la EPS, el resultado provisional.

Cuando se haya comunicado el resultado final del proceso de compensación, para el giro de los recursos a que tiene derecho la EPS, deberá tener en cuenta los valores que apropió del resultado provisional y aplicar la siguiente ecuación de flujo de recursos:

Al valor que el fosyga reconoce por concepto de doceava (1/12) del valor de la unidad de pago por capitación UPC vigente, (+) más el monto de la cotización obligatoria definido por el CNSSS con destino a la promoción y prevención, (+) más el monto de la cotización obligatoria determinado por el CNSSS para que asuman y paguen las incapacidades originadas por enfermedad general de los afiliados cotizantes, (+) más el valor de las licencias de maternidad y/o paternidad incluidas en la declaración, se le resta (-) el valor de los descuentos en las autoliquidaciones incluidas en la guía de declaración, menos (-) el valor apropiado y traslado a las cuentas de la EOC producto del resultado provisional aceptado anteriormente por el MPS.

Si el resultado es positivo, la entidad podrá trasladar dicho valor a sus cuentas propias o comerciales, pero si el resultado es negativo la entidad deberá reintegrar este valor a las cuentas de recaudo, por cuanto corresponde a cotizaciones apropiadas en exceso, del resultado provisional.

En relación con el resultado provisional de compensación sobre cotizaciones giradas al Fosyga sin compensar (registros glosados y saldos no compensados), podrán solicitar el giro de estos recursos

al Fosyga con cargo a la cotizaciones sin compensar giradas al Fosyga con anterioridad, por lo anterior podrán registrar dicha reclamación registrando dicho valor una vez se reciba del Consorcio los valores, ingresando a Bancos cuentas comerciales y como contrapartida la cuenta de Subcuenta de compensación.

En relación con el resultado provisional del proceso de compensación y, en el evento en que los recursos sean insuficientes, para completar la suma que con la comunicación del resultado provisional pueden apropiar las EOC, estas podrán incluir en dicha comunicación el valor que el Fosyga deberá girar a las EOC por concepto de los registros glosados y saldos no compensados. Para este caso sólo se podrá registrar contablemente dicha operación al recibo de los recursos, registrando en bancos cuentas comerciales de la EOC y su contrapartida en la subcuenta de compensación, registro que se deberá tener en cuenta para el resultado y registro definitivo de la respectiva guía de declaración de giro y compensación definitiva, derivada del resultado provisional.

En virtud de las declaraciones de giro y compensación presentadas al Fosyga y que corrigen las glosadas no aprobadas y no ajustadas a guías y que fueron presentadas con anterioridad a la vigencia del Decreto 2280 de 2004, y en razón a que estas fueron presentadas en aplicación del Decreto 1013 de 1998, se deberá realizar los ajustes contables pertinentes que corresponden a la declaración que reemplaza en su totalidad a la inicialmente presentada.



Es procedente aclarar que para el registro de las declaraciones del proceso de declaración de giro y compensación de corrección, se podrá ajustar la apropiación del flujo de recursos del resultado de la corrección aprobada por el fosyga y, por consiguiente, el ajuste de los respectivos registros contables conforme a lo definitivamente aprobado.

2.7.3.11 Giro de los saldos no compensados

En el caso en que las Entidades Obligadas a Compensar informen sobre el giro de saldos no compensados en la guía del proceso de giro y compensación, y una vez el administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA diligencie el módulo de confirmación de consignaciones efectuadas - saldos no compensados, confirmando el recaudo efectivo del valor de estos recursos, deberá registrar el valor en las cuentas por pagar Fosyga – cotizaciones a compensar y la cuenta por pagar al Fosyga – saldo no compensado por pagar, registrando un auxiliar por cada uno de los conceptos descritos en la guía, como corte de saldos no compensados, debiendo cancelar esta cuenta una vez se giren los recursos de las cuentas de recaudo de las cotizaciones.

2.7.3.12. Giro de diferencias matemáticas

En el caso en que las entidades promotoras de salud obligadas a compensar (EOC) informen sobre el giro de diferencias matemáticas en la guía del proceso de giro y compensación, y una vez el administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA diligencie el modulo confirmando las consignaciones efectuadas – diferencias, confirmando el recaudo efectivo del valor de estos recursos, deberá debitar las cuentas por pagar Fosyga – cotizaciones a compensar y en la cuenta por pagar Fosyga – Otros, debiendo cancelar esta cuenta cuando se giren los recursos a las diferentes subcuentas, de recaudo de las cotizaciones.

2.7.3.13 Solicitud de reintegro de recursos

En el caso en el que las Entidades Promotoras de Salud Obligadas a Compensar soliciten el reintegro de recursos que no corresponden a cotizaciones o UPC adicionales y que fueron girados

previamente como saldos no compensados, y una vez el administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA diligencie el módulo: valores a reintegrar por parte del FOSYGA a las entidades promotoras de salud obligadas a compensar, e informe sobre el giro de los valores a reintegrar, el cual deberá hacerse efectivo una vez estas entidades acepten la guía resultado del proceso, registrarán un débito al banco a las cuentas propias o comerciales y un crédito a la cuenta que corresponda de los recursos identificados por la entidad.

2.7.3.14 Giro de los Recursos del punto de cotización de solidaridad del régimen contributivo



Las entidades promotoras de salud obligadas a compensar deberán girar mensualmente a la subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA – el valor correspondiente al punto de solidaridad en las fechas establecidas.

Si en las fechas que se definan, existen recaudos no identificados, se girará una doceava de éste, señalando el mes en que fue recaudado, sin perjuicio de los ajustes que deban efectuarse posteriormente una vez hayan sido identificados o aclarados los recaudos.

En las cuentas de las Entidades Obligadas a Compensar, no podrán permanecer recursos del punto de solidaridad que no hayan sido girados al Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA – en las fechas establecidas.

En los casos en los cuales se registre mora en el giro de los recursos del punto de cotización de solidaridad del régimen contributivo, se causarán intereses equivalentes a la tasa de interés moratorio establecidos por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN.

2.7.3.15 UPC Adicionales

El valor total de recaudo en la guía del proceso de giro y compensación por concepto de UPC adicionales, se contabilizará de la siguiente forma: El valor total de recaudo UPC adicionales, se registrará en las cuentas por pagar FOSYGA - UPC adicionales recaudadas y las cuentas por pagar FOSYGA – subcuenta de solidaridad, (este registro ya está incluido en la subcuenta de solidaridad como valor de solidaridad por aportes miembros adicionales). Así mismo registrará en la cuenta de ingresos administración del régimen de seguridad social en salud - otros ingresos operacionales, por concepto de los recursos de promoción y prevención recaudados por estas UPC adicionales y a la cuenta de ingresos administración del régimen de seguridad social en salud – unidad de pago por capitación adicional régimen contributivo UPC.

2.7.3.16 Incapacidades por Enfermedad General

Registra el valor o saldos pendientes por aplicar o descontar correspondientes a las incapacidades por enfermedad general establecidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Fondo de Incapacidades por Enfermedad General: Registra el valor reconocido por el Sistema General de Seguridad Social en Salud para que las EOC paguen las prestaciones económicas derivadas de las incapacidades por enfermedad general de naturaleza crédito.

Incapacidades por Enfermedad General Descontadas de las Autoliquidaciones: Registra el valor por concepto de autoliquidaciones descontadas en las autoliquidaciones, con naturaleza débito cuyo valor descuenta los recursos que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las EPS o EOC, las cuales se deben registrar por beneficiario.



Incapacidad por Enfermedad General Pagadas: Registra el valor de naturaleza débito de las incapacidades pagadas por la EPS o EOC.

La Superintendencia Nacional de Salud verificará que los saldos a favor del SGSSS, no sean aplicados a ingresos del ejercicio, por conceptos de los recursos dejados de pagar o reconocer a los beneficiarios.

2.7.4. Recobros por cumplimiento de sentencias judiciales y recobros por no POS autorizados por el Comité Técnico-científico (CTC)

Las Empresas Promotoras de Salud del régimen contributivo y régimen subsidiado, deberán registrar los recobros por estos conceptos, utilizando uno de los siguientes métodos:

1. Registrar los recobros en la cuenta, Otras Cuentas Deudoras de Control, hasta tanto exista el reconocimiento de la reclamación por parte del Administrador Fiduciario o la Entidad ante la cual se presente el recobro.

Una vez sean reconocidas, se podrán reclasificar en cuentas de balance, en la subcuenta de deudores del Sistema, con contrapartida en ingreso operacionales, cuenta: administración del régimen de seguridad social en salud, subcuenta: otros ingresos operacionales.

Reconocidas, esto es, las que han surtido el estudio citado en el artículo 13 de la Resolución 3797 de 2004, y no han incurrido en las causales de rechazo contempladas en el artículo 14 de la misma resolución NURC 80241-133609 CONSULTAS

2. Registrar los recobros en la subcuenta Deudores del Sistema - Recobro por Cumplimiento de Sentencias Judiciales o Recobros NO POS CTC, con contrapartida en Ingreso Operacional, cuenta Administración del Régimen de Seguridad Social en Salud, subcuenta – Otros Ingresos Operacionales, al momento de la radicación del recobro ante el consorcio, siempre y cuando en ese momento se haya anexado copia de la decisión judicial o el acta del comité y documento en el que conste el pago del servicio NO POS prestado. En este caso se procederá a realizar las provisiones según las alternativas descritas a continuación:

1. La provisión se estimará al cierre de cada mes aplicando el porcentaje aceptado fiscalmente para las provisiones, de acuerdo con el sistema general de cartera por edades según el siguiente cuadro, o el sistema individual del 33% para carteras mayores de 360 días.

RECOBROS % ACEPTADO FISCALMENTE

De 1 a 90 días	0%
De 91 a 180 días	5%
De 181 a 360 días	10%
De más de 360 días	15%



2. La provisión se estimará al cierre de cada mes en un monto que resulte del análisis del comportamiento de la cartera y sus condicionantes, en estudios técnicos apropiados que realice la EPS

La entidad reclamante que se acoja a este último método enviará a esta Superintendencia una certificación suscrita por el representante legal y el revisor fiscal de la vigilada en la que conste el porcentaje y los estudios técnicos utilizados y la respectiva provisión. El envío de esta información a la Superintendencia Nacional de Salud hará parte integral de la información que reportan las entidades destinatarias de esta circular.

2 La provisión se estimará al cierre de cada mes, por un valor al menos equivalente al promedio ponderado de las glosas definitivas realizadas durante el año inmediatamente anterior sobre las cuentas revisadas. Se entiende por glosa definitiva aquella que no puede ser objeto de reclamación por la vía administrativa.

La entidad reclamante que se acoja a este último método enviará a esta Superintendencia una certificación suscrita por el representante legal y el revisor fiscal de la vigilada en la que conste el porcentaje y los estudios técnicos utilizados y la respectiva provisión. El envío de esta información a la Superintendencia Nacional de Salud hará parte integral de la información que reportan las entidades destinatarias de esta circular.

2.8. Método de participación patrimonial

Es el procedimiento contable por el cual una persona jurídica o sucursal de sociedad extranjera registra su inversión ordinaria en otra, constituida en su subordinada o controlada, inicialmente al costo ajustado por inflación (siempre y cuando la matriz este sometido a la inspección, vigilancia y control de otro organismo diferente a éste y le obligue a la aplicación de los ajustes por inflación), para posteriormente aumentar o disminuir su valor de acuerdo con los cambios en el patrimonio de la subordinada subsecuentes a su adquisición, en lo que le corresponda según su porcentaje de participación.

Las contrapartidas de este ajuste en los estados financieros de la matriz o controlante deberán registrarse en el estado de resultados y/o en la cuenta 32 Superávit de Capital, para lo cual se creará la cuenta 3215 denominada CREDITO MERCANTIL, conservando la misma composición de su contrapartida, cuenta 1605, Intangibles, de la Resolución 1804 de 2004, expedida por esta Superintendencia.

Todas aquellas entidades matrices o controlantes y cada una de las subordinadas que posean inversiones en sociedades que son subordinadas o están controladas por su matriz, deberán contabilizar sus inversiones por el Método de Participación Patrimonial, registrando individualmente la contabilización de cada una de las inversiones.

Deben contabilizarse por el método de participación patrimonial, las inversiones permanentes en subordinadas, de acuerdo con los principios básicos de contabilidad de general aceptación, siempre y cuando cumplan los siguientes presupuestos de aplicación:



- a. La matriz o controlante tenga el poder de disponer de los resultados de la subordinada en el período siguiente.
- b. La matriz o controlante no tenga la intención de enajenar la inversión dentro de los doce (12) meses siguientes al corte respectivo. Se entenderá que existe la intención seria e inequívoca de enajenar dicha inversión cuando la decisión de enajenación haya sido tomada por el órgano competente y ello conste en las actas de reuniones correspondientes, y
- c. La subordinada no tenga ninguna restricción para la distribución de sus utilidades.

El método de participación patrimonial debe ser aplicado al cierre del ejercicio de la matriz o controlante, del mes que se esté tomando como base para la elaboración de estados financieros extraordinarios o cuando sea requerido por este Organismo de Control.

Los cambios en las subsidiarias deberán reflejarse en la matriz o controlante a través de las filiales, para lo cual la matriz o controlante debe impartir las instrucciones pertinentes para que todas sus subordinadas apliquen el método de participación patrimonial ajustándose a un cronograma que le permita finalmente entregar oportunamente sus estados financieros.

La base de cálculo para el ajuste de la inversión es la diferencia entre las cuentas del patrimonio de la subordinada, correspondiente al período corriente con las del inmediatamente anterior. Tal base debe clasificarse en resultados del ejercicio y otras partidas patrimoniales.

De los resultados del ejercicio deben excluirse las utilidades o pérdidas originadas por operaciones entre las subordinadas y la matriz o controlante, que aún no hayan sido realizadas por ésta a través de ventas a terceros. Las utilidades o pérdidas aún no realizadas deben reconocerse en Cuentas de Orden, código 839595, -Diversas y deberán ser objeto de revelación en notas a los estados financieros. También deben excluirse las utilidades que corresponden al capital preferente, es decir, los aportes con dividendo garantizado.

El porcentaje de participación debe calcularse dividiendo el total del capital suscrito y pagado o capital social poseído por la matriz o controlante en la subordinada, entre el total del capital suscrito y pagado o capital social de esta última, excluyendo de una y otra base el capital correspondiente a los aportes con dividendo preferencial y sin derecho a voto.

Antes de calcular dicho porcentaje, el capital de la subordinada, así como la participación de la matriz o controlante, deben incrementarse en lo que corresponda a los aportes irrevocables, tales como dividendos pagaderos en acciones, que a pesar de haber sido decretados por la subordinada aún no estén reflejados en la cuenta de capital suscrito por estar pendiente el cumplimiento de requisitos legales.



Lo que corresponda a aportes preferenciales sin derecho a voto, recibirán el tratamiento de las demás inversiones permanentes, de acuerdo con las normas contables sobre la materia.

2.8.1. Procedimiento de registro de los cambios patrimoniales en las subordinadas

2.8.1.1. Originados en resultados

Los incrementos o decrementos en el patrimonio de la subordinada originados en sus resultados, una vez depurados conforme a lo dispuesto en la base de cálculo para el ajuste de la inversión, aumentan o reducen el último costo ajustado registrado de la inversión por la matriz o controlante, con abono o cargo a ingresos o gastos, según sea el caso.

2.8.1.2. Originados en otras partidas patrimoniales

Las variaciones originadas en partidas patrimoniales distintas de sus resultados, en el porcentaje de participación que posea la matriz, sean éstas positivas o negativas, deben registrarse como un aumento o reducción del último costo ajustado de la inversión, con abono o cargo al Superávit Método de Participación, según sea el caso. A estas variaciones debe restarse el valor de los ajustes por inflación que aplicó la controlante a la inversión durante el período.

En todo caso, en el primer período de aplicación del método el monto de los ajustes por inflación que deben ser excluidos del total de la variación patrimonial, corresponde a la acumulación de los mismos desde el momento en que se adquirió el control y el cierre del período o al corte de los

estados financieros de períodos intermedios o extraordinarios.

En caso de no existir un saldo suficiente dentro del Superávit Método de Participación registrado por parte de la matriz o controlante, el mayor valor de las disminuciones patrimoniales deberá reconocerse como pérdida, afectando directamente los resultados de la matriz o controlante, la cual no podrá ser objeto de recuperación en períodos futuros.

2.8.1.3. Originados en egresos

Las participaciones o dividendos recibidos de la subordinada en efectivo que correspondan a períodos en los que se aplicó el método de participación patrimonial, reducen el costo de la inversión, hasta el monto en que su costo fue afectado. En caso contrario, se reconocen como ingresos del período en el cual se decretan.



Los dividendos o participaciones correspondientes a aportes preferenciales sin derecho a voto, deberán registrarse de acuerdo con las normas contables sobre causación de ingresos.

2.8.1.4. Ajuste a valor intrínseco.

De conformidad con lo establecido en el artículo 61 del Decreto 2649 de 1993, las inversiones cuyo registro haya sido efectuado por el método de participación patrimonial, serán objeto de ajuste al valor intrínseco.

Si el valor de la inversión, una vez aplicado el método de participación patrimonial, fuere inferior al valor intrínseco, la diferencia debe registrarse en la cuenta de Valorización de Inversiones, con su correspondiente contrapartida en el Superávit por Valorizaciones. En caso contrario tal diferencia deberá registrarse como una provisión.

2.8.1.5. Abandono del método de participación.

La matriz o controlante debe cesar en la aplicación del método de participación patrimonial, cuando:

a. La subordinada deje de serlo o no cumplan cualquiera de los presupuestos de aplicación del método, antes señalados.

b. En estos casos se regresará al método del costo y el valor registrado de la inversión a partir de la fecha en la cual la matriz o controlante no continúa con el uso del método de participación; sin embargo, los dividendos o participaciones recibidos de la subordinada en efectivo, que correspondan a utilidades que previamente la matriz hubiese reconocido bajo el método de participación patrimonial, deberán registrarse como menor valor de la inversión.

c. Del registro de pérdidas recurrentes o de disminuciones patrimoniales no originadas en resultados, el valor de la inversión en la subordinada llegare a cero. Si posteriormente la subordinada obtiene utilidades, la matriz o controlante reiniciará la utilización del método de participación patrimonial en esas utilidades, sólo después de que su participación en ellas sea igual a su participación en las pérdidas netas no reconocidas en ejercicios anteriores. Entre tanto, se procederá a reconocer el valor de las pérdidas dentro de Cuentas de Orden, código 839595. Diversas, originadas en el exceso de las mismas con respecto al valor de la inversión contabilizada por el método de participación.

2.8.1.6. Revelaciones.

En el estado de resultados deberá presentarse en renglones separados las utilidades o pérdidas producto de la aplicación del método de participación, y en nota a los estados financieros revelar tales situaciones. Igualmente deberá incluirse la siguiente información adicional:



a. Descripción general de las inversiones contabilizadas por el método de participación, indicando razón social de las subordinadas (filiales y subsidiarias) objeto de la aplicación del método, porcentajes de participación, así como la composición patrimonial de las mismas al cierre del ejercicio objeto de la aplicación y ejercicio anterior, discriminando por cada una de las cuentas su denominación y valor.

b. Cuando existan inversiones ordinarias permanentes con las que no apliquen el método de participación, deberán indicar de cada una de ellas la razón social completa y participación, señalando la justificación para la no aplicación del método.

c. Informar de manera sucinta el efecto de la aplicación del método de participación en la estructura de los estados financieros de la matriz (activos, patrimonio y resultados).

2.9. Crédito Mercantil Adquirido.

El Crédito Mercantil Adquirido, debe registrarse, siempre y cuando se cumplan los supuestos básicos establecidos en los presupuestos de aplicación, determinado en el Método de Participación Patrimonial.

Para el efecto, las matrices o controlantes deben reconocer el Crédito Mercantil Adquirido, en cada subordinada, en los siguientes casos:

a. Al momento de efectuar la inversión, siempre y cuando con ella adquiera el control del ente económico.

b. Al momento de incrementar su participación en el capital del ente económico, si el inversionista ya tenía el control del mismo.

En todo caso, en el evento de efectuar varias adquisiciones en una misma sociedad durante un período contable, el inversionista deberá totalizar el crédito mercantil originado desde la fecha en que adquirió el control en las mismas, a efectos de proceder a su amortización como si el intangible hubiere sido adquirido en un solo momento. Para determinar el número de meses de amortización durante el período inicial, debe ponderarse el monto del intangible originado en cada adquisición, de acuerdo con el número de meses transcurridos entre la fecha de ocurrencia de cada uno y el cierre del ejercicio.

Para la contabilización, al momento de efectuar el registro de la inversión, debe procederse a clasificar el monto del desembolso en lo que corresponda al valor de la inversión y al crédito mercantil adquirido.

Para efectos de determinar la suma que debe contabilizarse como crédito mercantil, al valor pagado por cada acción o cuota parte de interés social deberá restársele el valor intrínseco de las mismas, tomado al corte del mes inmediatamente anterior a la fecha de la transacción, el cual deberá ser informado al inversionista y estar debidamente certificado por el revisor fiscal.

No está sujeto a reconocimiento contable, como crédito mercantil negativo, cuando el inversionista tiene o adquiere el control pagando un precio inferior al valor intrínseco.



En este caso el valor de la negociación se registrará como costo, y el ajuste de la inversión al valor intrínseco, se contabilizará en cuentas cruzadas de valuación.

Tampoco está sujeto a reconocimiento contable el crédito mercantil formado, aunque esté sustentado en estudios técnicos elaborados por profesionales idóneos.

Con base en el tiempo razonablemente estimado para la obtención de los beneficios económicos futuros, el cual en todo caso no puede ser superior a cinco (5) años, debe procederse a la amortización del intangible, de acuerdo con métodos de reconocido valor técnico.

La entidad matriz o controlante, para efectos de la evaluación periódica, al cierre de cada ejercicio contable o al corte del mes que esté tomando como base para la preparación de estados financieros extraordinarios, deberá evaluar el crédito mercantil originado en cada inversión, a efectos de verificar su procedencia dentro del balance general. En caso de concluirse que el crédito mercantil adquirido no generará beneficios económicos en otros períodos, debe procederse a la amortización total de su saldo en el respectivo período, revelando las razones que fundamentaron tal decisión.

De igual manera, si con base en los resultados obtenidos, el controlante concluye que el beneficio económico esperado ya fue logrado, debe proceder a la amortización del crédito mercantil en el respectivo período.

-Revelación

Las entidades deben reflejar en notas a los estados financieros, los siguientes aspectos relacionados con el crédito mercantil adquirido:

- a. Inversión que lo originó, indicando el valor de la adquisición y el valor intrínseco certificado.
- b. Monto total del crédito mercantil adquirido y criterios utilizados para su determinación.
- c. Tiempo estimado para la amortización.
- d. Método contable de amortización.
- e. Valor acumulado de la amortización.
- f. Contingencias que puedan ajustar o acelerar su amortización.

2.10. Aspectos fiscales

Los ingresos o gastos derivados de la aplicación del método de participación patrimonial debe tratarse fiscalmente de acuerdo con las normas sobre la materia aplicables a cada contribuyente.



Los impuestos diferidos originados por el uso del método de participación deben ser reconocidos con sujeción a lo previsto en los artículos 67 y 78 del Decreto 2649 de 1993.

3. MARGEN DE SOLVENCIA

Para efectos de la aplicación del contenido de la presente Circular, debe entenderse que la obligación periódica de acreditación del margen de solvencia se refiere a todas las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo y subsidiado, cualquiera sea su forma legal: las de carácter privado, las públicas bien sean empresas industriales o comerciales del Estado,

sociedades de economía mixta, establecimientos públicos o cualquier otra forma de organización administrativa, así como las adaptadas, las transformadas, las empresas de medicina prepagada y las de servicios de ambulancia prepagados. Este margen de solvencia se aplica a dichas entidades en razón de la administración que efectúan de los recursos del régimen contributivo y/o del subsidiado, así como de la venta de los planes adicionales de salud entre los que se encuentran los planes de medicina prepagada y los planes de atención complementaria.

El Decreto 1281 de 2002 regula los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación efectiva de los servicios de salud a la población del país.

El Decreto 050 de 2003 regula el flujo financiero de los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, desde el origen de cada una de las fuentes que lo financian hasta su pago y aplicación para garantizar el acceso efectivo de la población a los servicios de salud y otros aspectos relacionados con el manejo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Decreto 3260 de 2004 adopta medidas para la optimización del flujo de los recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y deroga algunos de los artículos contenidos en el Decreto 050 de 2003.

El Decreto 574 de 2007 define y adopta las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de Entidades de Salud del Régimen contributivo y Entidades Adaptadas.

El Decreto 1698 de 2007 modifica el Decreto 574 de 2007, que define las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de Entidades de Salud del Régimen contributivo y Entidades Adaptadas.

La Ley 1122 de 2007 por la cual hace algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en especial el artículo 13° que establece el flujo y protección de los recursos de las EPS-S de los regímenes contributivo y subsidiado y define los pagos de los servicios a los Prestadores de Servicios de Salud habilitados.

3.1. MARGEN DE SOLVENCIA – REGIMEN CONTRIBUTIVO



El Margen de Solvencia debe entenderse como la diferencia positiva que como mínimo debe haber entre el nivel de activos y las obligaciones de una entidad, tendiente a garantizar el cumplimiento de las obligaciones asumidas por ésta, aún en condiciones adversas de la actividad económica y propender por un prudente manejo de los recursos financieros y de los riesgos inherentes a la actividad de las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo y Entidades Adaptadas, en el cumplimiento del monto mínimo establecido para el margen de solvencia, la constitución y mantenimiento de las reservas técnicas y la inversión permanente en moneda nacional.

3.1.1. MONTO DEL MARGEN DE SOLVENCIA

Consecuencias del incumpliendo del margen de solvencia:

El artículo 230 de la Ley 100 de 1993, establece la revocatoria o suspensión del certificado de funcionamiento concedido a una EPS, entre otros casos cuando las entidades dejen de cumplir cualquiera de los requisitos establecidos para el otorgamiento de la autorización, por su parte el

artículo 180 de la misma Ley determina como uno de los requisitos que deben cumplir las EPS para su autorización la acreditación periódica del margen de solvencia que asegure la liquidez y solvencia de la entidad; en consecuencia, en lo que se refiere al margen de solvencia, la suspensión o revocatoria del certificado de funcionamiento de una EPS se dispondrá cuando no se acredite periódicamente el margen de solvencia que asegure la liquidez y solvencia de la entidad.

3.2. MARGEN DE SOLVENCIA – REGIMEN SUBSIDIADO

El Margen de Solvencia debe entenderse como la liquidez que deben tener las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S), cualquiera que sea su forma legal, para responder en forma adecuada y oportuna por sus obligaciones con terceros, sean estos proveedores de bienes ó prestadores de servicios de salud o los usuarios.

Se entiende por liquidez la capacidad de pago que tienen las entidades para cancelar, en los términos contemplados en el numeral d) del artículo 13° de la Ley 1122 de 2007, las cuentas de los proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o usuarios. El incumplimiento en los pagos de obligaciones con terceros conllevará a la aplicación de las medidas establecidas en el decreto 882 de 1998 y el artículo 5° del Decreto 506 de 2005 que hace

La Administradora de Régimen Subsidiado solamente podrá suscribir un contrato con cada ente territorial para cada período de contratación, para tal fin, el Representante Legal y el Revisor Fiscal de la respectiva ARS deberá allegar a la Superintendencia Nacional de Salud la certificación que conste que la entidad ha dado observancia a lo establecido en este párrafo. Esta certificación deberá ser remitida con el reporte correspondiente al segundo trimestre de cada año.



Cuando las EPS- S presenten incumplimiento en el Margen de Solvencia o hayan sido sancionadas mediante acto administrativo por incumplimiento de éste, las entidades podrán acreditar el pago de sus deudas en mora a través del correspondiente documento suscrito por el Representante Legal, Revisor Fiscal y Contador acompañado de los soportes que así lo demuestren, a fin de solicitar ante la Superintendencia Nacional de Salud la autorización para reasumir el ejercicio de las actividades suspendidas la cual se otorgará mediante acto administrativo emanado por parte del ente de control.

El artículo 230 de la Ley 100 de 1993, establece la revocatoria o suspensión del certificado de funcionamiento concedido a una EPS, entre otros casos cuando las entidades dejen de cumplir cualquiera de los requisitos establecidos para el otorgamiento de la autorización, por su parte el artículo 180 de la misma Ley determina como uno de los requisitos que deben cumplir las EPS para su autorización la acreditación periódica del margen de solvencia que asegure la liquidez y solvencia de la entidad; en consecuencia, en lo que se refiere al margen de solvencia, la suspensión o revocatoria del certificado de funcionamiento de una EPS se dispondrá cuando no se acredite periódicamente el margen de solvencia que asegure la liquidez y solvencia de la entidad.

De otra parte, de conformidad con lo previsto en el Decreto 515 de 2004, por la cual se define el Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado ARS, modificado con la 1122 de 2007 Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, el capítulo III condiciones de permanencia estableció en el artículo 8° las condiciones de capacidad financiera y el artículo 5° del Decreto 506 del 25 de febrero del 2005 estableció que el Superintendente Nacional de Salud podrá disponer la revocatoria o suspensión del certificado de funcionamiento o la revocatoria de habilitación de una Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, cualquiera sea el régimen que administre o la naturaleza jurídica de la entidad, en cualquier momento que se establezca alguna de las causales a que se refieren los artículos 230° y 153° numeral 4 de la Ley

100 de 1993 o las que se determinen en las disposiciones legales, reglamentarias o estatutarias vigentes, mediante providencia debidamente motivada, previo un derecho de contradicción el cual tendrá como mínimo un período para la defensa de cinco (5) días hábiles.

3.2.1. DEFINICIONES

Obligaciones con Terceros: Se considera que son obligaciones con terceros las cuentas por pagar referidas a los conceptos que se describen a continuación:

Proveedores de bienes y servicios: cuentas por pagar a quienes suministren insumos o productos, **servicios públicos, arrendamientos y mantenimiento entre otros** utilizados o requeridos por la EPS, EAS, **ARS (EPS, ESS, EPSI, CCF y UT)**, EMP y SAP para la normal y oportuna prestación del servicio en salud.

Prestadores de servicios de salud: cuentas por pagar a los Prestadores de Servicios, derivada de la atención en salud prestada a los afiliados y usuarios de las EPS, EPS-S, **conforme a los contratos de capitación, evento, atención integral**

Carrera 13 No. 32-76 PBX 3300210 Ext. 3101 ⁴⁴ www.supersalud.gov.co – Bogotá
Colombia



o la combinación de cualquier forma de éstas, atención inicial de urgencias, alto costo y promoción y prevención .

Usuarios: cuentas por pagar a los afiliados y usuarios de las EPS, EPS-S por concepto de reembolsos por pagos de servicios en salud **y medicamentos** a cargo de las EPS, EPS-S- Así como de las prestaciones económicas a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (**Incapacidades –Enfermedad General y Licencias de maternidad**).

El literal d) del artículo 13° de la Ley 1122 del 09 de enero de 2007 establece los Pagos:

Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura

3.2.2. FECHA ESTABLECIDA PARA EL PAGO O PLAZO CONVENIDO

Las entidades podrán convenir la modalidad de contratación y el pago de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13° de la Ley 1122 de 2007, tales como la capitación, evento, global prospectivo o grupo diagnóstico; en todo caso deberán establecer la forma de presentación de las facturas, los términos para el pago de los servicios una vez éstas se presenten, y un procedimiento para la resolución de objeciones y glosas a las cuentas.

Cuando no exista contrato o en los contratos no se establezcan los términos para el pago, deberá

observarse lo dispuesto en el artículo 13° de la Ley 1122 de 2007.

4. Entidades Promotoras de Salud indígenas

De conformidad con la Ley 89 de 1890 y el Decreto 1088 de 1993 los cabildos o asociaciones indígenas en representación de sus territorios, pueden conformar asociaciones cuyo objeto sea fomentar proyectos de salud de sus correspondientes comunidades.

Las Empresas Promotoras de Salud constituidas por Cabildos o Asociaciones Indígenas, actualmente autorizadas para operar como administradoras del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro del marco normativo contenido en el literal g) del artículo 181 y el artículo 215 de la Ley 100 de 1993, el numeral 1 del artículo 5o. del Decreto 1804 de 1999 y el Decreto 330 de 2001, podrán continuar

Carrera 13 No. 32-76 PBX 3300210 Ext. 3101 ⁴⁵ www.supersalud.gov.co – Bogotá
Colombia



como administradoras siempre y cuando cumplan con el régimen legal que les es aplicable en las citadas disposiciones y las instrucciones contenidas en la presente circular.

Para el efecto deben tener en cuenta que la Ley 100 de 1993 y el Decreto 1804 de 1999 les resultan aplicables integralmente, salvo las disposiciones excepcionales contenidas en el Decreto 330 de 2001.

Para todos los efectos, se considera que una Entidad Promotora de Salud del régimen subsidiado que viene operando es de carácter indígena, siempre y cuando haya sido constituida por cabildos o autoridades indígenas y su población indígena afiliada sea como mínimo del 60%; lo anterior sin perjuicio de la exigencia normativa que contiene el literal d) del artículo 1o. del Decreto 330 de 2001.

4.1. Instrucciones que deben cumplir las empresas solidarias de salud para constituirse o transformarse en EPS - indígena administradora del régimen subsidiado

Las Empresas Solidarias de Salud podrán transformarse en Entidades Promotoras de Salud, EPS Indígena para la administración del régimen subsidiado, siempre y cuando cuenten con acto de creación del cabildo o autoridad indígena y el número de afiliados mínimo aquí previsto y cumplan con las exigencias legales previstas en el Decreto 1804 de 1999, el Decreto 330 de 2001 y las instrucciones de la presente circular.

Las Empresas Solidarias de Salud constituidas por Cabildos o Asociaciones indígenas actualmente autorizadas como administradoras del régimen subsidiado que se transformen en EPS indígenas, deberán comunicar de manera escrita el cambio de su naturaleza a los afiliados y demás personas naturales o jurídicas públicas o privadas con las que se relacionen; además deberá cumplir con las obligaciones y responsabilidades de cualquier naturaleza contraídas con anterioridad al proceso de transformación, en especial, garantizar la continuidad de los servicios de salud y el pago a los proveedores de bienes y prestadores de servicios de salud.

No habrá lugar a la transformación cuando quiera que la Superintendencia haya ordenado la cesión de los contratos en virtud de lo establecido por el Decreto 882 de 1998 o la entidad tenga patrimonio negativo.

Las Empresas Solidarias de Salud constituidas por Cabildos o Asociaciones Indígenas actualmente autorizadas para operar o las que en el futuro se autoricen para administrar el Régimen Subsidiado

del Sistema General de Seguridad Social en Salud como EPS Indígena, deberán cumplir con las reglas, obligaciones y requisitos establecidos en los artículos 1o. al 4o. y 13 al 21 del Decreto 2357 de 1995, el Decreto 1804 de 1999 con las salvedades establecidas por el Decreto 330 de 2001, cumpliendo los siguientes requisitos:

1. Tener una personería jurídica expedida por el órgano competente y estar organizada como Entidad Promotora de Salud de carácter indígena. Para tales efectos el Ministerio del Interior expedirá el certificado de registro en donde aparezca con claridad el nombre completo de la entidad, su representante legal, ubicación geográfica, domicilio principal, fecha de constitución y órganos de Dirección y Administración.
2. Poseer una razón social que la identifique como Entidad Promotora de Salud Indígena del Sistema General de Seguridad Social en Salud; para ello adicionará a su razón social la sigla "EPS Indígena".
3. Establecer de manera expresa en sus estatutos que su naturaleza es la de ser una Entidad Promotora de Salud de carácter indígena que administra recursos de régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
4. Tener como objeto social garantizar y organizar la prestación de los servicios incluidos en el POS-S, para afiliar, carnetizar y administrar el riesgo en salud de su población beneficiaria de subsidios en salud de sus comunidades correspondientes.
5. Poseer una organización administrativa y financiera de recursos humanos y técnicos, para lo cual deberá acreditar el organigrama de la entidad, manuales de funciones y el sistema contable, que le permita responder de manera adecuada con los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
6. Presentar relación de la cobertura geográfica y poblacional por departamento y distritos en donde opere o pretenda operar.
7. Contar con un soporte informático que le permita operar en forma oportuna, una base de datos actualizada de sus afiliados y sus características socioeconómicas, respaldado por un soporte tecnológico y los organigramas y flujogramas de los procesos correspondientes.
8. Acreditar un Sistema de Garantía de Calidad que le permita garantizar una atención integral, oportuna y con calidad a sus afiliados, conformado por su red prestadora de servicios de salud, sistema de referencia y contrarreferencia, auditoría médica, sistema de atención al usuario y póliza de enfermedades de alto costo.
9. Acreditar y mantener un capital social equivalente a 250 salarios mínimos mensuales legales vigentes por cada 5.000 afiliados (amparados por contrato); este capital social podrá estar compuesto por los aportes de las comunidades, las donaciones debidamente solemnizadas y los excedentes que logre capitalizar.
10. Las EPS Indígenas que pretendan operar por primer vez como administradora del régimen subsidiado dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán acreditar un capital social no inferior a 250 smlv al momento de solicitar la autorización, tomando como base una proyección mínima de 5.000 afiliados, el cual tendrá que ser actualizado de acuerdo con el número exigido por las normas legales. Los bienes que se aporten en especie solamente se computarán hasta por un valor que en ningún caso podrá superar al 50% del capital mínimo exigido, y su valor será tomado del registro en los libros de contabilidad.
11. Constituir una cuenta contable y financiera a nombre de la EPS Indígena, independiente del resto de las rentas y bienes de la Asociación de Cabildos y/o Autoridades Tradicionales Indígenas. En ningún caso los recursos de la ARS EPS Indígena podrán confundirse o utilizarse para objetivos distintos a los previstos por el régimen de Seguridad Social en Salud.
12. Las EPS indígenas que por primera vez pretendan actuar como administradora del régimen subsidiado les será aplicable el procedimiento señalado por el artículo 6o. del Decreto 1804 de 1999; dicho procedimiento no les será exigible cuando se realice proceso de incorporación.
13. Las entidades que resulten de fusiones, asociaciones o incorporaciones entre EPS indígenas, no podrán dejar de cumplir las obligaciones que se derivan de los contratos de aseguramiento y prestación de servicios suscritos por las Empresas Solidarias de Salud liquidadas o absorbidas.
14. Si la EPS-Indígena pretendiere actuar en el régimen contributivo deberá acreditar los requisitos contenidos en el Decreto 1485 de 1994 y demás normas que lo adicionen



o modifiquen.

4.2. Instrucciones para la administración de los recursos del régimen subsidiado por las EPS indígenas

Las EPS Indígenas actualmente autorizadas o las que pretendan operar el régimen subsidiado deberán acreditar ante la Superintendencia Nacional de Salud, que cumplen con los requisitos legales que les son aplicables y lo dispuesto por el capítulo II de la presente circular.

Las EPS indígenas deberán acreditar un número mínimo de 50.000 afiliados indígenas, sin que los afiliados no indígenas excedan el 10% del total de afiliados

Para efectos de que puedan cumplir con el número de afiliados previsto, las EPS indígenas deberán demostrar ante la Superintendencia que a la fecha cuentan como mínimo con 50.000 afiliados de los cuales el 80% es población indígena

Las EPS Indígenas para operar como administradoras del régimen subsidiado previamente deben contar con la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud y estar inscritas por el ente territorial correspondiente, en cumplimiento del Decreto 2357 de 1995 y el Decreto 1804 de 1999; recordando que las modificaciones de la capacidad de afiliados deben ceñirse a lo establecido en el artículo 7o. del Decreto 046 de 2000.

La EPS Indígena se abstendrá en todos los casos a afiliar personas pertenecientes a las comunidades indígenas que deban de acuerdo con la ley cotizar al régimen contributivo, salvo cuando la EPS correspondiente haya obtenido la autorización de la Superintendencia para operar dicho régimen; la contravención a lo aquí dispuesto dará lugar a la revocatoria de la autorización para actuar como EPS Indígena.



Las EPS indígenas podrán para poder cumplir con las exigencias legales, asociarse, fusionarse o incorporarse a otra, de acuerdo con las normas que les resultan aplicables y que sean compatibles con las decisiones de sus respectivas comunidades.

Para ello deberán tener en cuenta que la asociación que realicen varias EPS Indígenas comporta el desaparecimiento como administradoras del régimen subsidiado de salud de las entidades que se asocian y que, al hacerlo, dan origen a una nueva Empresa que es la que recibirá autorización de funcionamiento como EPS por parte de esta Superintendencia.

La fusión generará la integración de las empresas solidarias, de forma que unas entidades se absorben por otra, caso en el cual las primeras desaparecen. La entidad absorbente conservará su personalidad jurídica y autorización de funcionamiento como EPS-S, sin perjuicio del cumplimiento de los requisitos que deba adoptar para operar en el régimen subsidiado, de conformidad con lo dispuesto por la Ley 100 de 1993 y el Decreto 1804 de 1999.

Los procesos de fusión o asociación no facultan a los afiliados de las empresas absorbidas o liquidadas, para ejercer su derecho de libre elección de ARS, dado que la nueva EPS indígena o la absorbente, según el caso, se subroga en los derechos de las que se liquidan o absorben, durante el plazo restante del periodo de contratación. Desde luego, los afiliados podrán trasladarse a otra ARS, manifestando su voluntad dentro de los plazos establecidos para el efecto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

4.3. Obligaciones adicionales de las EPS Indígenas

Para poder cumplir con el número de afiliados y el capital social dentro de los plazos señalados en los artículos 1o. y 4o. del Decreto 330 de 2001 y la presente Circular, las EPS-S de carácter indígena deberán presentar un plan de ajuste ante la Superintendencia Delegada para la atención en salud, a más tardar dentro de los seis

(6) meses siguientes a la expedición de esta Circular, en la que se señalen las estrategias gerenciales para alcanzar las metas allí previstas y el cronograma para efectuar cada una de ellas. El incumplimiento de dicho Plan dará lugar a la suspensión del certificado de funcionamiento hasta que el mismo se verifique, sin perjuicio de las demás sanciones pecuniarias a que haya lugar.

Esta disposición aplica únicamente para las entidades que a la fecha de expedición de la presente Circular, cuenten con un número inferior de 50.000 afiliados.

Una vez evaluados y verificados los requisitos correspondientes, la Superintendencia registrará en debida forma a las EPS Indígenas en la forma como lo establece el artículo 7o. del Decreto 330 de 2001.

5. Otras Disposiciones



REQUISITOS PARA LA RECEPCION DE FACTURAS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR

Teniendo en cuenta lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud instruye a las EPS-C y EPS-S lo siguiente:

El año o ejercicio contable, es el mismo año calendario que comienza el 1º de Enero y termina el 31 de Diciembre.

El cumplimiento en materia contable del principio de causación el cual establece la obligatoriedad de reconocer los hechos económicos en el periodo que se realicen y no solamente cuando sea recibido o pagado el efectivo o su equivalente.

Igualmente el cumplimiento de la expedición de las facturas cuando se realicen o presten los servicios y deben contener la fecha en que estos fueron prestados.

En consecuencia la Superintendencia Nacional de Salud, determina como prácticas ilegales o no autorizadas los procedimientos administrativos implementados por las, **EPS-C, -EPS-S**, IPS y ESE que vulneren las normas contables de conformidad con lo anteriormente señalado y ordena se suspenda de inmediato la exigencia a los proveedores y prestadores de servicios de salud de expedir facturas con fecha del año siguiente cuando los servicios han sido prestado durante el año inmediatamente anterior.

PLAZO PARA LA PRESENTACIÓN DE CUENTAS DE COBRO Y FACTURAS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

Todas las cuentas de cobro y facturas a las **EPS-C, EPS-S**, deberán presentar dentro de los plazos contractuales. En ningún caso, este plazo puede ser superior a seis (6) meses contados a partir de la fecha de prestación de los servicios, de conformidad con lo establecido en el artículo 7° del Decreto-ley 1281 de 2002.

RECURSOS DE LA LIQUIDACION DE LOS CONTRATOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO

Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, deberán trimestralmente reportar a la Superintendencia Nacional de Salud, la información relacionada con la liquidación de los contratos de administración de recursos del régimen subsidiado suscritos con los respectivos entes territoriales, para lo cual deberá diligenciar el formato xxxxxxxx

Cuando las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado EPS-S de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 3260 de 2004, no solicite el giro directo de los recursos en el caso del numeral 1 del presente artículo, no podrá acogerse a lo previsto en el parágrafo del artículo 2° del Decreto 882 de 1998.



EFFECTOS DE LA MORA DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO

Las EPS-S registren mora superior a siete (7) días calendario, habiendo recibido oportunamente los recursos por UPC-S, la entidad territorial podrá abstenerse de renovar los contratos y/o firmar nuevos contratos.

En el caso en que la mora corresponda a dos (2) períodos de pago dentro de la misma vigencia contractual y la cual equivalga como mínimo al 5% del pasivo corriente de la EPS-S, la entidad territorial dará por terminado el contrato de administración de recursos del régimen subsidiado.

PROCEDIMIENTO INTERNO PARA LA ACREDITACION DEL MARGEN DE SOLVENCIA

Para acreditar el margen de solvencia requerido para asegurar la liquidez de la EPS-S en los términos de la normatividad vigente, es necesario:

a). Cuantificar el monto mensual de gastos representados por las obligaciones con terceros, es decir por concepto de las cuentas por pagar a proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o los usuarios (adquisición de bienes **y servicios** – compra de equipos, materiales y suministros e impresos y publicaciones, medicamentos y adquisición de servicios, con fundamento en la información contable como fuente única de información confiable y útil para efectos de evaluar y hacer seguimiento a las entidades en la acreditación del margen de solvencia.

b). Establecer los procedimientos y mecanismos de control necesarios que le permitan disponer de la información individual por cada factura recibida de los proveedores, teniendo en cuenta las fechas de radicación, los plazos convenidos para el pago, las fechas de pago, los conceptos y los valores pagados y que a la vez le permitan **Clasificar por edad**, con base en las fechas de vencimiento, las cuentas por pagar a las que se ha hecho referencia

c). Realizar mensualmente el flujo detallado de efectivo, que le permita establecer los pagos de las obligaciones y los ingresos con los cuales atenderán estos pasivos y deben acreditar el margen de solvencia sólo con aquellos criterios aquí establecidos, que sean imputables exclusivamente al mismo.

PUBLICACION DE LOS NOMBRES DE ENTIDADES CON AFILIACIONES SUSPENDIDAS.

La Superintendencia Nacional de Salud, podrá informar a los usuarios del SGSSS a través de medios de comunicación de amplia circulación nacional, los nombres de las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, a las cuales se les han impuesto las medidas dispuestas en el artículo 2º y/o artículo 3º del decreto 882 de 1998 y los Decretos 574 y 1698 de 2007. Todo lo anterior, sin perjuicio de las demás acciones que pueda ejercer el ente de inspección, vigilancia y control.



19. REPORTE DE INFORMACION

Con el fin de acreditar el Margen de Solvencia, las EPS- EPS-S, deberán enviar trimestralmente a la Superintendencia Nacional de Salud la información debidamente diligenciada en **los formatos de los estados financieros, con observancia de las instrucciones respectivas, contenidas en esta Circular. La información corresponde al acumulado al corte del trimestre a reportar.** Todo lo anterior, sin perjuicio de a) la obligación de informar dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes al haberse detectado el incumplimiento del artículo 13º de la Ley 1122 de 2007 y b) que la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones podrá solicitarle a las EPS, EPS-S, la acreditación del margen de solvencia en cualquier momento.

Debe señalarse que la firma del Revisor Fiscal certifica que los libros de contabilidad están al día y que en ellos se encuentran registradas todas las operaciones, que éstas últimas se ajustan a las normas vigentes sobre margen de solvencia y en especial certifica que la información contenida en el formato respectivo fue extraída de los registros y soportes contables como única fuente de información confiable y útil para efectos de la evaluación y seguimiento que este ente de control debe efectuar a las entidades vigiladas. De lo contrario se tendrá como no presentada la certificación del margen de solvencia.

La presentación de los formatos, implicará que los mismos fueron diligenciados y suscritos por el representante legal, revisor fiscal de la entidad, el Contador y/o Jefe de Contabilidad.

Si se omitieren las firmas a que se ha hecho referencia, la información se tendrá como no presentada.

20. FECHAS DE REPORTE

Las EPS, EPS-S, diligenciarán los formatos anexos a la presente y los remitirán, atendiendo lo siguiente:

TRIMESTRE	PERIODO CON CORTES A:	FECHA DE PRESENTACION
I	31 DE ENERO, 28 DE FEBRERO y 31 DE MARZO	30 de abril
II	30 DE ABRIL, 31 DE MAYO y 30 DE JUNIO	31 de julio

III	31 DE JULIO, 31 DE AGOSTO y 30 DE SEPTIEMBRE	31 de octubre
IV	31 DE OCTUBRE, 30 DE NOVIEMBRE y 31 DE DICIEMBRE	25 de Febrero del año siguiente al término de período contable



NOTA: Cuando la fecha de presentación coincida con un día no laborable, el cumplimiento deberá efectuarse el día siguiente hábil y en ningún caso la Superintendencia Nacional de Salud otorgará prorroga para su presentación.

Autorización de Posesión del Revisor Fiscal Principal y/o Suplente, reelección

La ley 100 de 1993, en sus artículos **228** y **232**, adoptó como trámite obligatorio la posesión de revisores fiscales de entidades promotoras de salud y de prestadores de servicios de salud ante la Superintendencia Nacional de Salud, el cual se entiende surtido con la autorización de posesión en los términos del artículo **28** del Decreto 2150 de 1995¹.

Los requisitos para surtir el trámite legal anteriormente relacionado, fueron precisados por la Superintendencia Nacional de Salud en la Circular Externa número **078** de 1998 y en la Circular Conjunta número **122 – 036** de 2001 (SNS – Junta Central de Contadores), los cuales deben ser actualizados y unificados en una nueva circular, que sintetice la información y ponga a disposición gratuita los anexos requeridos con miras a optimizar y agilizar la actuación administrativa, en desarrollo de los principios de economía, celeridad, publicidad, moralidad y eficacia propios de la administración pública.

Requisitos de quien pretenda ser elegido Revisor Fiscal Principal y/o Suplente.

La elección o reelección del revisor fiscal principal y/o suplente, supone que la persona natural o jurídica elegida o reelegida, cumple con todos los requisitos legales para su designación.

Así, para los eventos en que se pretenda la elección de una persona natural como revisor fiscal principal o suplente, esa persona debe tener la condición de contador público y no tener sanciones que afecten el ejercicio de la profesión. La calidad de contador público y la inexistencia de sanciones, deben acreditarse con la tarjeta profesional y con los antecedentes disciplinarios de la Junta Central de Contadores, que serán consultados por la Superintendencia previo el pago de los derechos correspondientes por parte del solicitante.

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

Cuando se pretenda la elección de una persona jurídica como revisor fiscal principal o suplente, la persona debe estar debidamente constituida, tener su respectivo registro ante la Junta Central de Contadores y no tener sanciones que afecten el ejercicio de la contaduría. La persona jurídica designada debe actuar a través de personas naturales, quienes también deben ser contadores, no tener sanciones que afecten el ejercicio de la

profesión y no ejercer la revisoría fiscal (directamente o en representación de firmas de revisoría fiscal) en más de cinco (5) sociedades por acciones. Tanto la persona jurídica como los contadores designados por esta, deben aportar copia del registro o tarjeta profesional y el recibo de pago de los derechos correspondientes para consultar los antecedentes disciplinarios ante la Junta Central de Contadores.



La persona jurídica elegida como revisor fiscal y los contadores públicos designados para actuar en su representación, desempeñan el cargo como un todo indivisible e indisoluble. Una persona jurídica no podrá ser designada como revisor fiscal ni ejercer el cargo, cuando esta o los contadores designados para el ejercicio de la revisoría fiscal, estén incurso en inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de intereses.

Condiciones de Elección o Reelección del Revisor Fiscal Principal y/o Suplente.

El período del revisor fiscal principal y/o suplente debe ser el que expresamente señalen los estatutos, de manera que la elección o reelección no puede hacerse por un lapso diferente al ordenado en los mismos.

A la asamblea general de accionistas, junta de socios, asamblea general de asociados o máximo órgano de dirección de cualquiera de las personas jurídicas vigiladas relacionadas en el numeral 1 de la presente circular, corresponde la **elección** o **reelección** del revisor fiscal principal y/o suplente, siguiendo rigurosamente las facultades establecidas por los estatutos y las leyes que rigen la naturaleza jurídica de la correspondiente persona jurídica. La decisión de elección o reelección del revisor fiscal principal y/o suplente, debe constar en un acta debidamente firmada por el presidente y secretario del máximo órgano de dirección.

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

Para la **elección** o **reelección** del revisor fiscal principal y/o suplente es necesario contar con el voto de la mayoría absoluta de los miembros del máximo órgano de dirección, en los términos del artículo **204** del Código de Comercio. Tratándose de personas jurídicas no sometidas a la ley comercial, será aplicable la disposición señalada en el artículo **204** del Código de Comercio, salvo que, en normas legales especiales o en los estatutos de la respectiva persona jurídica, se dispongan reglas diferentes sobre quórum

Carrera 13 No. 32-76 PBX 3300210 Ext. 3101 ⁵⁴ www.supersalud.gov.co – Bogotá
Colombia



deliberatorio y decisorio para la elección del revisor fiscal principal y/o suplente.

Ante la ausencia temporal o definitiva del revisor fiscal principal, la revisoría fiscal la

asumirá el revisor fiscal suplente que se encuentre debidamente elegido y posesionado ante la Superintendencia Nacional de Salud.

En los eventos en que no exista revisor fiscal suplente y, por vencimiento del período o por cualquier otra causa, cesen las funciones del revisor fiscal principal, o en los eventos en que existiendo revisor fiscal principal y suplente, finalice el período estatutario de la revisoría fiscal o cesen las funciones de los dos por cualquier otra causa, los estatutos de la persona jurídica deben prever el término en que debe hacerse la correspondiente **elección** o **reelección**, término que, siguiendo los pronunciamientos de la Corte Constitucional⁶, no podrá ser superior a treinta (30) días, contados a partir del vencimiento del período de la revisoría fiscal o de la ocurrencia de la circunstancia que ponga fin al ejercicio del cargo de revisor fiscal principal y/o suplente.

En el evento en que los estatutos no prevean término para **elección** o **reelección** del revisor fiscal principal y/o suplente, el máximo órgano de dirección debe adoptar la decisión en un plazo que no podrá exceder los treinta (30) días, contados a partir del vencimiento del período de la revisoría fiscal o de la ocurrencia de la circunstancia que pone fin al ejercicio del cargo⁷.

Para la **reelección** es necesario que el revisor fiscal principal y/o suplente haya sido posesionado por la Superintendencia Nacional de Salud para el período inmediatamente anterior y que la reelección se haya producido dentro del término establecido en el párrafo anterior. Vencido este término no hay lugar al trámite de **reelección**, de manera que, sin perjuicio de las sanciones correspondientes por incumplimiento de los términos, solo procede la **elección** de revisor fiscal principal y/o suplente, debiéndose surtir nuevamente el trámite de autorización de posesión ante la Superintendencia.

Tal como se prevé a continuación, es deber del representante legal de la persona jurídica vigilada, presentar a la Superintendencia Nacional de Salud la solicitud de autorización de posesión del revisor fiscal elegido o informar sobre la reelección, según el caso, cumpliendo los requisitos de la posesión y adjuntando los documentos respectivos relacionados en los anexos de esta circular. Corresponde al revisor fiscal revisar el cumplimiento de la anterior obligación, vigilando los trámites de la elección o reelección del revisor fiscal.

En el evento de que el trámite solicitado sea la reelección del revisor fiscal legalmente posesionado ante Superintendencia Nacional de Salud, deberá ser remitida la correspondiente solicitud de reelección a más tardar dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que sea designado por el máximo órgano de dirección so pena de entenderse interrumpido el periodo de ejercicio en el

Carrera 13 No. 32-76 PBX 3300210 Ext. 3101 ⁵⁵ www.supersalud.gov.co – Bogotá
Colombia



cargo; y por ende se deberá iniciar un nuevo trámite para ser posesionado como si fuera por primera vez.

Posesión del Revisor Fiscal Principal y/o Suplente.

Las personas jurídicas vigiladas obligadas a surtir la posesión de quien ha sido elegido revisor fiscal principal y/o suplente, deben considerar que **no** puede ejercer la revisoría

fiscal quien, habiendo sido elegido, no ha obtenido la debida autorización de posesión por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, autorización que en ningún caso se considera retroactiva.

Por consiguiente, efectuada la **elección** de un nuevo revisor fiscal principal y/o suplente, el **representante legal** de la persona jurídica vigilada debe presentar la solicitud de autorización de posesión ante la Superintendencia Nacional de Salud. Para facilitar y agilizar el desarrollo de la actuación administrativa, corresponde al representante legal de la persona jurídica vigilada hacer su solicitud de autorización de posesión diligenciando el **Anexo No 1** que se suministra con la presente circular, adjuntando los documentos normativamente requeridos, relacionados en el **Anexo No 2**.

Cuando se trate de **reelección** no se requerirá nueva autorización de posesión del revisor fiscal principal y/o suplente. Sin embargo, el **representante legal** de la persona jurídica vigilada debe informar de la reelección a la Superintendencia Nacional de Salud, diligenciando y adjuntando los documentos señalados en el **Anexo No 3**.

En el evento en que solo sea **reelegido** uno de los dos cargos, sea el revisor fiscal principal o el revisor fiscal suplente, solo el reelegido cumplirá con los trámites de la reelección. El otro cargo deberá proveerse con la elección, cumpliendo con los requisitos exigidos para la autorización de posesión.

Con el propósito de garantizar la permanencia de la revisoría fiscal y agilizar la respuesta de la administración, la solicitud de autorización de posesión del revisor fiscal principal y/o suplente elegido, o la información sobre la reelección, debe ser presentada a la Superintendencia Nacional de Salud por el **representante legal** de la persona jurídica vigilada, en un plazo no mayor a **diez (10) días** contados a partir del momento en que el máximo órgano de dirección decida sobre la correspondiente elección o reelección.

La documentación para solicitud de autorización de posesión de revisor fiscal principal y/o suplente o la información sobre reelección, debe ser radicada directamente en la Oficina de Correspondencia de la Superintendencia Nacional de Salud, en el horario de 9:00 a. m., a 4:00 p. m., o remitirse por correo postal a la Secretaría General de la Superintendencia Nacional de Salud, ubicada en la Carrera 13 No 32-76 Piso 8o de Bogotá, D. C.



Estudio de la documentación

En virtud de la delegación contenida en la Resolución número **575** de 2003⁸, corresponde al Secretario General de la Superintendencia Nacional de Salud estudiar y resolver sobre la solicitud de autorización de posesión de revisores fiscales elegidos, o sobre la reelección, según sea el caso.

Atendiendo las disposiciones del Código Contencioso Administrativo, recibida la solicitud de autorización de posesión de revisor fiscal (principal y/o suplente) o la información relacionada con la reelección, el Secretario General de la Superintendencia verificará el cumplimiento de los requisitos necesarios para resolver de fondo. No podrán tramitarse las solicitudes o informes de elección o reelección que se presenten sin el lleno de los documentos requeridos normativamente, relacionados en los anexos de la presente circular.

Sobre la solicitud de autorización de posesión o sobre el informe de reelección, se

resolverá en un plazo de quince (15) días hábiles siguientes al recibo de la documentación. Si faltaren documentos o existieren fallas en la información solicitada, se requerirá al representante legal de la persona jurídica vigilada a través de cualquier medio, incluyendo mecanismos electrónicos para que se subsanen tales fallas. Por tal razón, es imprescindible que reporte en el Anexo número 1 y/o Anexo número 4 una dirección de correo electrónico válida a la cual pueda enviarse el requerimiento mencionado.

Si el interesado no se pronuncia dentro de los dos (2) meses siguientes a la comunicación en que se le pide subsanar las fallas, se entenderá que ha desistido de la solicitud procediéndose a ordenar el archivo, sin perjuicio de que el interesado presente posteriormente una nueva solicitud.

Anexos para los trámites de Posesión y Reelección de Revisor Fiscal Principal y/o Suplente.

Considerando la necesidad de agilizar y simplificar la actuación dirigida a estudiar y autorizar la posesión del revisor fiscal principal y/o suplente elegido, o el informe sobre la reelección, se ponen a disposición gratuita del público en general y, específicamente, de las personas jurídicas obligadas a solicitar la autorización de posesión del revisor fiscal principal y/o suplente ante la Superintendencia Nacional de Salud, los siguientes anexos:

Anexo No 1. Solicitud de autorización de posesión de revisor fiscal principal y/o suplente ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Anexo No 2. Relación de documentos para solicitar la autorización de posesión del revisor fiscal principal y/o suplente ante la Superintendencia Nacional de

Carrera 13 No. 32-76 PBX 3300210 Ext. 3101 ⁵⁷ www.supersalud.gov.co – Bogotá
Colombia



Salud.

Anexo No 3. Carta suscrita por la persona jurídica designada como revisor fiscal, indicando el nombre de los contadores que actuarán en su representación.

Anexo No 4. Relación de documentos para informar la reelección del revisor fiscal ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Anexo No 5. Hoja de vida contador público.

Responsabilidades

La persona jurídica vigilada obligada a tener revisor fiscal posesionado ante la Superintendencia Nacional de Salud, es responsable por el cumplimiento de las obligaciones recogidas en la presente circular.

Es deber de los miembros de la asamblea general de accionistas, junta de socios, asamblea general de asociados o máximo órgano de dirección de la persona jurídica vigilada, cumplir con la oportuna elección y/o reelección del revisor fiscal principal y/o suplente, garantizando la idoneidad del revisor fiscal, la verificación del cumplimiento de los requisitos y el análisis sobre la inexistencia de incompatibilidades e inhabilidades para

el ejercicio del cargo.

Es deber del representante legal y del revisor fiscal principal y suplente de la persona jurídica vigilada, informar a la Superintendencia Nacional de Salud sobre la renuncia, destitución, vencimiento del período o cualquier otra circunstancia que ponga fin al ejercicio del cargo como revisor fiscal, como también, informar sobre la elección o reelección del revisor fiscal principal y/o suplente.

Es deber del representante legal de la persona jurídica vigilada, presentar la solicitud de autorización de posesión del revisor fiscal elegido o informar sobre la reelección, según el caso, cumpliendo los requisitos y diligenciando los Anexos de esta circular, adjuntando los documentos allí relacionados.

Corresponde al revisor fiscal principal y suplente, ejercer el cargo previa autorización de posesión, incluyendo en sus funciones la revisión permanente del período de su cargo y la vigilancia al cumplimiento de los trámites de la elección o reelección. Será sancionado el ejercicio del cargo sin la correspondiente autorización de posesión, compulsando las respectivas copias a la Junta Central de Contadores.

Teniendo en cuenta el carácter de orden público que involucra el ejercicio de la revisoría fiscal, el incumplimiento de los términos e instrucciones impartidas en

Carrera 13 No. 32-76 PBX 3300210 Ext. 3101 ⁵⁸ www.supersalud.gov.co – Bogotá
Colombia



la presente circular dará lugar, previa solicitud de explicaciones, a imponer a la persona jurídica vigilada, a los representantes legales, miembros del máximo órgano de dirección, empleados y revisor fiscal principal o suplente, las sanciones establecidas en la ley, incluyendo la imposición de multas sucesivas de hasta mil (1000) salarios mínimos legales mensuales vigentes (artículo **233** Ley 100 de 1993 y demás normas concordantes).

Capítulo Segundo: **ENTIDADES ADAPTADAS DE SALUD**

Las ENTIDADES ADAPTADAS EN SALUD deben reportar información correspondiente a la red de instituciones prestadoras de servicios de Salud con las cuales garantizan la prestación del Plan Obligatorio de Salud POS y planes complementarios en caso de tenerlos, de conformidad con los parámetros establecidos en el anexo técnico correspondiente.

1. Información financiera

Las Entidades Adaptadas remitirán la información financiera de acuerdo con los plazos y requerimientos señalados en el anexo técnico.

En la parte de Compensación tomarán en cuentas las normas que le sean aplicables de lo determinado en el capítulo primero del presente título y cumplimiento con la remisión de la respectiva información de conformidad con lo establecido en el anexo técnico.

Capítulo Tercero: **REGÍMENES DE EXCEPCIÓN Y ESPECIALES**

Las entidades que administran los regímenes de excepción reportarán la información correspondiente a la red de prestación de servicios, de conformidad con las normas que le regulan la materia pero con observancia de los parámetros establecidos en el anexo técnico

correspondiente.

Así mismo remitirán al información sobre la base de datos de los beneficiarios al correspondiente sistema, de acuerdo con los criterios técnicos determinados en el anexo técnico.

Así mismo reportarán la información correspondiente al giro al foyga del 1.5% que ordena la ley 1122 de 2007, de acuerdo con los plazos y parámetros establecidos en el anexo técnico.

Capítulo Cuarto: **EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA Y SERVICIOS DE AMBULANCIA PREPAGADA**

Las EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA reportarán la información correspondiente a la red de instituciones prestadoras de servicios de Salud con las cuales garantizan la prestación de los planes de Medicina Prepagada que tiene autorizados de acuerdo con los parámetros establecidos en e anexo técnico de la presente circular.



Libertad y Orden

La información solicitada sobre red de prestadores de servicios debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma trimestral, dentro de las fechas que se relacionan en el anexo técnico.

El monto de patrimonio mínimo para las empresas de medicina prepagada y de servicios de ambulancia prepagados, se determina con base en las siguientes rubros:

Cuenta	Valor
Capital Social (*)	XXXXXX
Reserva Legal	XXXXXX
Prima en Colocación de Acciones	XXXXXX
Patrimonio Mínimo antes de deducir pérdidas	\$ XXXXXX
Menos: Pérdidas acumuladas a la fecha de corte	XXXXXX
Patrimonio Mínimo	\$ XXXXXX

(*) El capital social es equivalente a: capital suscrito y pagado o capital asignado a un programa o fondo social mutual.

Las entidades y programas de medicina prepagada con un número menor a seis mil

(6.000) usuarios deberán determinar y acreditar un patrimonio mínimo equivalente a

10.000 Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes a la fecha que se este reportando. Para un número de usuarios superior al indicado, el monto será el establecido en el Decreto 1570 de 1993, así:

Rango del usuario	SMLMV *
M ás de 6.000	12.000
" " 25.000	14.000
" " 75.000	16.000

" " 150.000	18.000
" " 250.000	22.000

* Salario Mínimo Legal Mensual Vigente.

El monto de capital de las entidades de medicina prepagada en funcionamiento antes de la entrada en vigencia del Decreto 1570 de 1993, en ningún caso será inferior a cinco mil (5.000) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

El número de usuarios que deben tener en cuenta las Empresas de Medicina Prepagada para dar cumplimiento a esta exigencia de patrimonio mínimo, será el que registre la entidad a la fecha de entrada en vigencia de la presente circular. Las entidades que cambien de rango de usuarios, actualizarán su patrimonio mínimo de acuerdo a su nuevo número de usuarios en el siguiente reporte de información.

Cuando las empresas de medicina prepagada pretendan prestar servicios de ambulancia prepagados, acreditarán adicionalmente el patrimonio previsto en el Decreto 308 de 2004.



De conformidad con el Decreto 308 de 2004, el patrimonio mínimo exigido para una entidad, programa o dependencia de servicio de ambulancias prepagado que se encuentre en funcionamiento, será mínimo de dos mil (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes, en proporción a sus beneficiarios y número de ambulancias, así:

Rango de Beneficiarios	Número ambulancias	Patrimonio en SMMLV
Menos de 5000	2	2.000
Más de 5.000 y hasta 15.000	3	3.000
Más de 15.000 y hasta 25.000	4	3.500
Más de 25.000 y hasta 50.000	5	4.000
Más de 50.000 y hasta 100.000	7	5.000
Más de 10.000 y hasta 170.000	9	5.500
Más de 170.00 y hasta 250.000	10	6.000
Más de 250.000	11 e incorporar 2 más por cada 80.000 afiliados	6.000 mas 1.000 por cada 80.000 afiliados

Capítulo Sexto: ENTIDADES TERRITORIALES

Los GOBERNADORES y ALCALDES de los Municipios descentralizados, remitirán la información correspondiente a la red de instituciones prestadoras de servicios de Salud con las cuales garantizan la prestación de los servicios de salud a la población a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda

(Vinculados) y los servicios de salud mental, de conformidad con el nivel de atención que le corresponda.

Los datos correspondientes a los contratos vigentes suscritos con las IPS (públicas y/o privadas) se encuentran determinados en el anexo técnico correspondiente al presente título y debe ser de cabal cumplimiento por parte de los responsables de la información.

La información solicitada sobre red de prestadores de servicios debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma trimestral, dentro de las fechas que se relacionan en el anexo técnico.

1. Información financiera La información financiera que deben remitir las entidades territoriales se registrará por lo establecido en el anexo técnico correspondiente con observancia plena de los plazos determinados para cada caso.



2. INFORMACIÓN SOBRE RENTAS CEDIDAS

2.1. LOTERÍAS Y APUESTAS PERMANENTES - CHANCE

La información que se relaciona a continuación corresponde a la que debe ser diligenciada y remitida por parte de las Secretarías de Salud Departamentales, Direcciones Territoriales de Salud, Institutos Seccionales de Salud; Fondos Departamentales de Salud y Secretaría Distrital de Salud Bogotá. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

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

Formulario	Periodicidad	Plazo
Reporte de Pagos	Mensual	10 primeros días calendario de cada mes

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información. El anexo y los manuales se pueden consultar en la página web www.supersalud.gov.co de la Superintendencia Nacional de Salud.

2.2. OTROS JUEGOS DE SUERTE Y AZAR

La información que se relaciona a continuación corresponde a la que debe ser diligenciada y remitida por parte de las Secretarías de Salud Municipales y

Secretaría Distrital de Salud Bogotá. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

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

Formulario	Periodicidad	Plazo
Reporte de Pagos	Mensual	10 primeros días calendario de cada mes

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información. El anexo y los manuales se pueden consultar en la página web www.supersalud.gov.co de la Superintendencia Nacional de Salud.



2.3. IVA CEDIDO A SALUD

2.3.1. La información que se relaciona a continuación corresponde a la que debe ser diligenciada y remitida por parte de las Secretarías de Salud Departamentales, Direcciones Territoriales de Salud, Institutos Seccionales de Salud; Fondos Departamentales de Salud y Secretaría Distrital de Salud Bogotá. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

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

Formulario	Periodicidad	Plazo
Reporte de Pagos	Mensual	10 primeros días calendario de cada mes

1 En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información. El anexo y los manuales se pueden consultar en la página web www.supersalud.gov.co de la Superintendencia Nacional de Salud.

2 El Secretario de Salud y/o Director o Jefe del Fondo Departamental de Salud, dentro de los diez (10) días calendario siguientes al finalizar cada semestre, remitirá una relación de los dineros recibidos, inversión ejecutada o proyectos adelantados por el departamento en el sector salud con los recursos provenientes de las rentas del monopolio de licores, indicando la modalidad, las fechas en que fueron realizados y los conceptos.

2.3.2. La información que se relaciona a continuación corresponde a la que debe ser diligenciada y remitida por parte de las Secretarías de Hacienda relacionada

con el IVA cedido a salud. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

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

a) Las tarifas adoptadas en la entidad territorial deberán ser remitidas, dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de expedición del acto administrativo, al correo electrónico licores@supersalud.gov.co o al fax 2833432 de Bogotá.

b) Los plazos establecidos son:

Formulario	Periodicidad	Plazo
Actualización Entidades	Mensual	10 primeros días calendario de cada mes
Cobros al Fondo Cuenta	Mensual	



Reporte de Producción	Mensual	
Declaraciones y Pagos	Mensual	
Reporte de Actuaciones	Mensual	

c) La Secretaría de Hacienda Distrital de Bogotá sólo deberá reportar los formularios denominados “Cobros al Fondo Cuenta”, “Declaraciones y Pagos” y “Reporte de Actuaciones”, correspondientes a cervezas y sifones.

d) En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información. El anexo y los manuales se pueden consultar en la página web www.supersalud.gov.co de la Superintendencia Nacional de Salud.

e) Una vez esta Superintendencia ponga en conocimiento de las Secretarías de Hacienda Departamentales las inconsistencias detectadas en la liquidación y pago del IVA, de conformidad con la información reportada en los capítulos I y II de este aparte, deberán dar inicio a los procesos tributarios a más tardar dentro del mes siguiente.

f) Las Secretarías de Hacienda deberán informar al departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina los productos que fueron despachados para consumo en la Isla, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al envío, indicando:

Productor;

Nombre de los productos, presentación y cantidad, por cada producto y presentación enviado; y

Fecha del envío.

g) La Secretaría de Hacienda del departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina deberá informar, al respectivo departamento, los productos que ingresaron a la Isla, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al recibo, indicando:

Productor;
Nombre de los productos, presentación y cantidad, por cada producto y presentación
enviado; y
Fecha del ingreso.

- h) Las respectivas Secretarías de Hacienda darán inicio a los procesos tributarios cuando surjan diferencias entre los productos enviados para consumo en el departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y los efectivamente ingresados, a más tardar dentro del mes siguiente.

2.4. MONOPOLIO DE LICORES - SECRETARÍAS DE HACIENDA DEPARTAMENTALES

La información que se relaciona a continuación corresponde a la que debe ser diligenciada y remitida por parte de las Secretarías de Hacienda sobre las Rentas del Monopolio de Licores Destilados, así:



- 1 Dentro de los diez (10) días calendario siguientes al finalizar cada semestre, los montos recaudados, en el semestre inmediatamente anterior, por rentas del monopolio de licores, detalladas por cada concepto, a saber, Impuesto al Consumo y/o Participación Porcentual, Excedentes de la Licorera Departamental, Derechos de Explotación y las demás que se originen como producto del ejercicio del monopolio.
- 2 Dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la aprobación del presupuesto los montos incorporados en el presupuesto del departamento con destino a la financiación de los servicios de salud y educación, discriminando por cada rubro específico de gasto, la fuente de financiación, de manera que se pueda identificar la aplicación efectiva de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio, al igual que los demás recursos que se destinan a salud.
- 3 Dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes al cierre de cada vigencia fiscal los montos efectivamente ejecutados el sector salud por rentas del monopolio de licores discriminando por cada rubro específico de gasto la fuente de financiación, de manera que se pueda identificar la aplicación efectiva de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores, de conformidad con los conceptos de gasto establecidos en el Decreto 4692 de 2005 y demás normas vigentes.

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

TÍTULO TERCERO: GENERADORES DE RECURSOS

CAPÍTULO PRIMERO – 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 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

Carrera 13 No. 32-76 PBX 3300210 Ext. 3101 ⁶⁵ www.supersalud.gov.co – Bogotá Colombia



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. LOTERÍA TRADICIONAL

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

Descripción	Periodicidad	Plazo
Informe de Ventas y Sorteos	Por cada sorteo	7 días calendario, siguientes a la realización del sorteo
Informe de premios obtenidos por el público _		
Premios pagados en el mes	Mensual	10 primeros días de cada mes
Resultado de los Sorteos	Por cada sorteo	Dentro de la hora siguiente a la realización del sorteo
Reporte de	Por cada	Treinta (30)



Descripción	Periodicidad	Plazo
Billetes vendidos	sorteo	minutos antes del sorteo del primer premio
Informe de Transferencias	Mensual	10 primeros días de cada mes
Estados financieros	Anual	10 de abril de cada año
Contrato de concesión de Apuestas Permanentes	Cada vez que se suscriba un nuevo contrato	10 días después de firmado el contrato

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.

Para el repote de la información, se debe tener en cuenta:

1 Los Estados Financieros deben enviarse de acuerdo con las características técnicas establecidas en el anexo técnico y, adicionalmente, remitirla en medio impreso, las correspondientes notas a los estados financieros, la certificación de los mismos y el dictamen del Revisor Fiscal.

2 En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información los cuales pueden ser consultados en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud. www.supersalud.gov.co.

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:

Acto administrativo del plan de premios debidamente expedido.

Número de series

Billetes emitidos

Número de fracciones por billete

Fracciones emitidas

Valor billete

Valor fracción

Valor total de la emisión

Tipo de premio

Código del premio, según tabla suministrada

Número consecutivo

Cantidad

Valor bruto premio por fracción

Valor bruto del premio por billete



1.1. ESTUDIOS DE MERCADO

1.1.1. Objetivo General

El estudio de mercado que deben realizar las entidades concedentes del juego de apuestas permanentes o chance, en aplicación de los artículos 23 de la Ley 643 de 2001 y el numeral 12 del artículo 25 de la Ley 80 de 1993 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 se pretende 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.

De igual forma, 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.

1.1.2. Contenidos mínimos de los criterios del Estudio de mercado

Con el propósito de dar claridad sobre las características o contenidos mínimos que cada uno de los criterios antes mencionados a continuación se detallará los elementos que deberá cumplir cada uno de éstos.

1.2.2.1. 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:

- 1 Modalidad o modalidades de juegos de suerte y azar, sustitutos del juego de apuestas permanentes o chance, incluyendo la informalidad.
- 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.

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.

4. El perfil de los jugadores, el cual deberá determinar al menos las siguientes características:

a. Porcentaje de la población que utiliza el juego.

b. Participación por sexo.

c. Edad a la que empieza a jugar.

Participación por edad.

Participación por estrato social.

Participación por nivel educativo.

Participación por ocupación.

Juegos de Suerte y Azar preferidos por la población encuestada.

10. Número de días al mes en que el jugador participa en juegos de suerte y azar.



11. Días de la semana en que prefiere participar en juegos de suerte y azar.

12. 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.

1.2.2.2. 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:

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, teniendo en cuenta que dentro de la metodología de proyección empleada se incorpore el comportamiento demográfico de la entidad territorial correspondiente, la configuración de su Producto Interno Bruto y la ingerencia de este en la determinación de dichas variables, reseñando la fuente de información empleada. Para el efecto, deberá discriminar adicionalmente el valor total de las apuestas destinadas a incentivos autorizados de acuerdo al ordenamiento jurídico vigente;

2. El perfil de los jugadores, el cual deberá determinar al menos las siguientes características:

a. Porcentaje de la población que utiliza el juego.

b. Participación por sexo.

c. Edad a la que empieza a jugar.

d. Participación por edad.

e. Participación por estrato social.

f. Participación por nivel educativo.

g. Participación por ocupación.

h. Número de cifras con las que apuesta.

i. Número de días al mes, en que el apostador participa en el juego.

j. Días de la semana en que prefiere participar en el juego.

k. Valor de la apuesta promedio por formulario actual y la esperada para el período que se intenta proyectar.

l. Número de formularios demandados por cada una de las modalidades: manual y sistematizado.

m. Lugares preferidos para jugar: Puesto fijo, vendedor ambulante, indiferente.

n. Si cuando juega en puesto fijo, prefiere el juego sistematizado o el manual.

- o. Lotería o sorteo preferido para jugar.
 - p. Nivel de confianza en relación con el pago de premios;
- 2 La elasticidad del juego con respecto a las demás modalidades de juegos de suerte y azar que operan en la respectiva entidad territorial;
- 3 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;
- 4 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;
- 5 Las fortalezas y debilidades del juego de apuestas permanentes o chance mediante la estructuración de su matriz DOFA;
- 6 El valor mensual y anual, por concepto de derechos de explotación, que debe generar el juego de apuestas permanentes durante el término de duración de la respectiva concesión, incluyendo los recursos adicionales que aportaría el nicho potencial del juego.



1.2.2.3 Plan estratégico de mercadeo

Como consecuencia del análisis y valoración de las variables obtenidas a partir de lo previsto en esta Circular, 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.

1.2.2.4. Cubrimiento

La muestra objeto del estudio de mercado deberá ser lo suficientemente

Carrera 13 No. 32-76 PBX 3300210 Ext. 3101 ⁷¹ www.supersalud.gov.co – Bogotá
Colombia



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.

1.2.2.5. Metodología del estudio

Con el fin de realizar los objetivos específicos, 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 los siguientes

instrumentos de medición:

- a) Encuestas a la población;
- b) Encuestas a grupos focales o cualquier otra forma de análisis cualitativo;
- c) Los registros diarios de apuestas y/o de los formularios utilizados, incluyendo la cantidad de operaciones de colocación de apuestas permanentes efectuadas a través del mecanismo de explotación sistematizado en línea y en tiempo real.

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.

1.2.2.6. Encuesta 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 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. Las encuestas deben comprender al menos los siguientes elementos:

1. Diseño técnico. El diseño técnico debe contener:

- a) **Población objetivo.** Son todas las personas con capacidad adquisitiva, mayores de 18 años, residentes en la respectiva entidad territorial.

Para estimar este factor debe tomarse como referencia el censo practicado

Carrera 13 No. 32-76 PBX 3300210 Ext. 3101 ⁷² www.supersalud.gov.co – Bogotá
Colombia



por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, en el año 1993, 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.

- b) **Período de análisis.** El estudio de mercado deberá indagar sobre el comportamiento y las preferencias de juego de los encuestados dentro de los quince (15) 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. 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.

a) **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 capital, si este es el evento y de los demás municipios que integran el respectivo departamento. En los municipios 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; para estos efectos deberá tomarse en cuenta la información que sobre el particular suministre la oficina de planeación del municipio 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.

1.2.2.7. Correlación de las variables solicitadas

La correlación de las variables previstas en el capítulo de la presente circular 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.



1.2.2.8. Realización del estudio

Las Empresas Industriales y Comerciales del Estado y las Sociedades de Capital Público Departamental encargadas de la administración del juego de apuestas permanentes o chance de conformidad con la Ley 643 de 2001, deberán 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 los artículos 23 y 24 de la Ley 643 de 2001, teniendo especial cuidado en garantizar la efectividad de los principios que rigen la contratación estatal.

Los interesados en realizar el estudio deberán demostrar experiencia suficiente en la materia y, preferiblemente, acreditar como objeto social o actividad económica principal la investigación y análisis de mercados. Para tal efecto, la Empresas Industriales y Comerciales del Estado y las Sociedades de Capital Público Departamental, deberán contratar con la debida antelación la realización del estudio de mercado, en cumplimiento del principio de planeación, estipulado en la, Ley 80 de 1993.

La respectiva entidad administradora del juego de apuestas permanentes o chance podrá efectuar directamente el mencionado estudio de mercado, siempre y cuando cuente dentro de su estructura organizacional, con los recursos humanos y técnicos adecuados, en términos de experiencia y capacidad operativa, para efectuar el estudio correspondiente cumpliendo los objetivos y condiciones previstos en la presente circular.

En el evento de acudir a la contratación de terceros para la realización del estudio, los interesados deberán demostrar experiencia suficiente en la materia y, preferiblemente, acreditar como objeto social o actividad económica principal la investigación y análisis de mercados.

1.2.3. Contenido del estudio

El estudio de mercado deberá contener:

- 1 Un informe detallado en el cual se incluyan los resultados de todas las variables solicitadas en los ordinales 2o, 3o y 4o de la presente circular y su respectivo análisis, así como las conclusiones generales y específicas del mismo;
- 2 La base de datos del estudio 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;
- 3 Los instrumentos de medición utilizados: Encuestas, entrevistas, análisis de los registros diarios de apuestas y/o de los formularios, etc., y; los procedimientos efectuados para su aplicación.



Superintendencia Nacional de Salud
República de Colombia

4.2.2. Remisión del estudio

Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la entrega o presentación del estudio de mercado, por parte del contratista o de la propia entidad concedente, esta deberá remitirlo a la Dirección General para el Control de las Rentas Cedidas de la Superintendencia Nacional de Salud en medio magnético y vía correo electrónico.

4.2.3. Revisión del estudio de mercado

5. 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, con el 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.

- 1 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 Dirección General para el Control de las Rentas Cedidas de esta Superintendencia, 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 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.
- 3 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.

8.2.2. 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 el monopolio 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.

8.2.3. Estudio de mercado y rentabilidad del contrato de concesión para la operación del juego de apuestas permanentes o chance

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 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 periodo 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 e incluirse expresamente en la minuta del contrato de concesión correspondiente.



10.2.2. Operaciones en línea y tiempo real

11. 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.

Para estos efectos, se entenderá por operaciones de colocación de apuestas permanentes la relación de cada una de las apuestas realizadas para cada sorteo, con identificación del número o los números apostados y del valor apostado, así como del valor total de los ingresos brutos percibidos por el respectivo concesionario producto de la operación del juego de apuestas permanentes o chance en una determinada jurisdicción territorial.

La explotación sistematizada del juego de apuestas permanentes o chance, es el mecanismo de operación del juego en virtud del cual un colocador de apuestas registra a través de un equipo de cómputo, terminal o dispositivo de comunicación móvil la apuesta realizada por el jugador, de la cual queda constancia expresa en el formulario oficial, el cual a su turno debe reunir condiciones de seguridad que impidan su adulteración o falsificación.

Por su parte, se entiende por apuesta en línea y en tiempo real el procedimiento informático y tecnológico en virtud del cual se efectúa una apuesta en un punto de venta fijo o móvil a través de un mecanismo sistematizado e inmediatamente aquella se registra esta es reportada a un sistema de información centralizado en las instalaciones de la entidad concedente. Esto supone que la transacción correspondiente no puede ser almacenada en la respectiva terminal o equipo móvil para su posterior procesamiento.

12. 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

Carrera 13 No. 32-76 PBX 3300210 Ext. 3101 ⁷⁷ www.supersalud.gov.co – Bogotá Colombia



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.

12.2.2. Pago primer anticipo y giro de los derechos de explotación a los servicios de salud o a la entidad que haga sus veces

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 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.

14.2.2. 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.



El envío de los informes que deben presentar a esta Superintendencia los vigilados a quienes se dirige la presente circular, es responsabilidad de los representantes legales y de los funcionarios del orden territorial, a quienes se dirige la presente circular. De igual manera, los contadores y revisores fiscales serán responsables en el evento que se suministren datos contrarios a la realidad y/u ordenen, toleren, hagan o encubran falsedad en la información remitida a esta Superintendencia en los términos que señalan los artículos 10 de la Ley 43 de 1990, 207 y siguientes del Código de Comercio y 43 de la Ley 222 de 1995.

La Superintendencia, en cumplimiento de la presente circular, exigirá que los archivos reportados incluyan la firma digital de los representantes legales o funcionarios designados, para el caso de las entidades territoriales, para lo cual los sujetos vigilados deberán obtener, de conformidad con la Ley 527 de 1999, un certificado digital expedido por una organización debidamente autorizada por la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC). Para esta obligación se informará previamente, de acuerdo con los requisitos que determine y comunique oportunamente esta Superintendencia.

CAPÍTULO SEGUNDO – OPERADORES DEL JUEGO DEL JUEGO DE APUESTAS PERMANENTES – CHANCE

1. NORMATIVIDAD APLICABLE

La Ley 643 de 2011 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 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. 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



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 Información	Periodicidad	Plazo
Reporte de derechos de explotación	Mensual	5 días siguientes al vencimiento del plazo para declarar
Estados Financieros	Anual	10 de abril de cada año

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.

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

El envío de los informes que deben presentar a esta Superintendencia los vigilados a quienes se dirige el capítulo de la presente circular, es responsabilidad de los representantes legales y de los

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

La Superintendencia, en cumplimiento de la presente circular, exigirá que los archivos reportados incluyan la firma digital de los representantes legales o funcionarios designados, para el caso de las entidades territoriales, para lo cual los sujetos vigilados deberán obtener, de conformidad con la Ley 527 de 1999, un certificado digital expedido por una organización debidamente autorizada por la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC). Para esta obligación se informará previamente, de acuerdo con los requisitos que determine y comunique oportunamente esta Superintendencia.



CAPÍTULO TERCERO – 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:

- . 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.

- . 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.

- . 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, videobingos, 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 dispuesta en la Ley 643 de 2001 para cada modalidad.

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.

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.

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 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 de abril de cada año

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.

2 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

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	Mensual	10 primeros días de



Descripción Tipo De Información	Periodicidad	Plazo
operadores		cada mes
Transferencias a salud	Mensual	10 primeros días de cada mes

Estados financieros	Anual	10 de abril de cada año
---------------------	-------	-------------------------

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.

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

El envío de los informes que deben presentar a esta Superintendencia los vigilados a quienes se dirige la presente circular, es responsabilidad de los representantes legales y de los funcionarios del orden territorial, a quienes se dirige la presente circular. De igual manera, los contadores y revisores fiscales serán responsables en el evento que se suministren datos contrarios a la realidad y/u ordenen, toleren, hagan o encubran falsedad en la información remitida a esta Superintendencia en los términos que señalan los artículos 10 de la Ley 43 de 1990, 207 y siguientes del Código de Comercio y 43 de la Ley 222 de 1995.

La Superintendencia, en cumplimiento de la presente circular, exigirá que los archivos reportados incluyan la firma digital de los representantes legales o funcionarios designados, para el caso de las entidades territoriales, para lo cual los sujetos vigilados deberán obtener, de conformidad con la Ley 527 de 1999, un certificado digital expedido por una organización debidamente autorizada por la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC). Para esta obligación se informará previamente, de acuerdo con los requisitos que determine y comunique oportunamente esta Superintendencia.

CAPÍTULO CUARTO – 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

Carrera 13 No. 32-76 PBX 3300210 Ext. 3101 ⁸⁴ www.supersalud.gov.co – Bogotá
Colombia



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 ningún monopolio podría establecerse sino 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 4 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**, sí 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 esa industrias y actividades, si el monopolio no conviene, conforme a lo dispuesto en esta Ley.” Negrilla fuera de texto.

Y el artículo 63 ibídem estableció que:



“**En desarrollo del monopolio sobre la producción, introducción y venta de licores destilados, los departamentos podrán celebrar contratos de intercambio con personas de derecho público o de derecho privado y todo tipo de convenio** que, dentro de las normas de contratación vigentes permita agilizar el comercio de estos productos.

Para la introducción y venta de licores destilados, nacionales o extranjeros, sobre los cuales el departamento ejerza el monopolio, será necesario obtener previamente su permiso, que sólo los otorgará una vez 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 4 dispuso que sobre el impuesto nacional de consumo de bebidas alcohólicas, cedido a los departamentos, éstos 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 2001¹, 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

¹ Corte Constitucional, Sentencia C-1191 del 15 de noviembre de 2001, Magistrado Ponente Dr. RODRIGO UPRIMNY YEPES.



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 1º 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 1º y 2º, estableció el impuesto sobre las ventas, entre otros, para los licores de producción nacional, y en el artículo 8º 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 causara dentro del territorio de la entidad beneficiaria, de conformidad con la autorización consagrada en el artículo 8º del Decreto 3288 de 1963. Cesión que fue ratificada por el artículo 1º 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 periodo 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.

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 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 primero 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.”

1.3.2.Cervezas y Sifones

El impuesto al consumo de cervezas y sifones, de conformidad con la Ley 223 de 1995 y demás normas concordantes, es de propiedad de la Nación y su producto se encuentra

cedido a los Departamentos y al Distrito Capital, en proporción al consumo en sus jurisdicciones.

El hecho generador está constituido por el consumo de cervezas y sifones en el territorio nacional y, en el caso de los productos nacionales, el impuesto se causa en el momento en que el productor los entrega en fábrica o en planta para su distribución, venta o permuta en el país, o para publicidad, promoción, donación, comisión o los destina a autoconsumo.

La tarifa vigente, de conformidad con las Leyes 223 de 1995 y 863 de 2003, es el 51% y se distribuye así:

- Ocho (8) puntos porcentuales que corresponden al impuesto sobre las ventas, el cual se destina a financiar el segundo y tercer nivel de atención en salud,
- Tres (3) puntos porcentuales como IVA que se consignan a favor del Tesoro Nacional, y
- Cuarenta (40) puntos porcentuales que corresponden al Impuesto al Consumo.

El período gravable de este impuesto es mensual y los productores están en la obligación de declarar, ante las correspondientes Secretarías de Hacienda Departamentales o del Distrito Capital, según el caso, dentro de los quince (15) días calendario siguientes al vencimiento de cada período gravable. En el mismo plazo deben pagar directamente a los Fondos Departamentales o Direcciones Seccionales de Salud y/o al Fondo Distrital de Salud el porcentaje

Carrera 13 No. 32-76 PBX 3300210 Ext. 3101 ⁹¹ www.supersalud.gov.co – Bogotá Colombia



destinado al sector.

1.3.3. Fondo Cuenta de Impuestos al Consumo de Productos Extranjeros

El Fondo Cuenta fue creado, mediante el artículo 224 de la Ley 223 de 1995, como una cuenta especial dentro del presupuesto de la Corporación Conferencia Nacional de Gobernadores (hoy Federación Nacional de Departamentos) para depositar allí los recaudos por concepto de los impuestos al consumo de productos extranjeros.

El Decreto 2024 de 1996 estableció que el recaudo de los impuestos al consumo de licores, cervezas y cigarrillos extranjeros se haría, a partir del primero de marzo de 1997, a través del Fondo Cuenta.

Mediante la Resolución 01 de 1996, proferida por la Asamblea de Gobernadores y el Alcalde del Distrito Capital, se reglamentó lo relativo a la administración, la destinación de los rendimientos financieros y la adopción de los mecanismos para dirimir las diferencias que surjan por la distribución de los recursos del Fondo Cuenta.

Entre las obligaciones del Fondo Cuenta se encuentra la de distribuir y girar los dineros recaudados por Impuesto al Consumo, dentro de los primeros quince (15) días calendario de cada mes, a los departamentos y al Distrito Capital, en proporción al consumo en cada uno de ellos; para lo cual el

Secretario de Hacienda remite una relación detallada de los productos importados introducidos al departamento o al Distrito Capital en el mes, según las declaraciones presentadas por los responsables.

. Proceso de Giro a los Departamentos²

Las Secretarías de Hacienda Departamentales y del Distrito Capital están en la obligación de remitir a Federación Nacional de Departamentos, dentro de los últimos cinco (5) días calendario de cada mes, una relación detallada de las declaraciones presentadas de los productos importados introducidos, durante el mes, al departamento o al Distrito Capital, según el caso.

El Fondo Cuenta de Impuestos al Consumo de Productos Extranjeros, con base en las anteriores relaciones, distribuye y gira los dineros recaudados, dentro de los primeros quince (15) días calendario de cada mes, a los departamentos y al Distrito Capital, en proporción al consumo en cada uno de ellos.

El Fondo Cuenta de Impuestos al Consumo de Productos Extranjeros está en la obligación de girar directamente a los Fondos de Salud Departamentales y del Distrito Capital los recursos destinados a salud.

² Ley 223 de 1995, artículo 217.



1.4. ESTADOS FINANCIEROS

La Ley 10 de 1990 en el artículo 39 establece unas obligaciones especiales para los sujetos pasivos de impuestos con destinación a los servicios de salud, entre las que se encuentra la de presentar los estados financieros, dictaminados por un contador público o una firma de auditoría, debidamente autorizada, anualmente, o cuando así lo solicite, en cualquier tiempo, la Superintendencia Nacional de Salud o la dirección seccional o local del sistema de salud.

La Ley 222 de 1995, por la cual se modificó el Código de Comercio, en su artículo 34 estableció que las sociedades deben cortar sus cuentas, a fin de cada ejercicio social y por lo menos una vez al año, así como preparar y difundir los estados financieros de propósito general, debidamente certificados, y difundirlos junto con la opinión profesional correspondiente, según el caso.

Igualmente, facultó a las entidades gubernamentales que ejercen inspección, vigilancia o control, para exigir la preparación y difusión de estados financieros de períodos intermedios, en caso de ser necesario.

Ahora, el artículo 36 ibídem dispone que los estados financieros están acompañados de sus notas, con las cuales conforman un todo indivisible. Los estados financieros y sus notas se prepararán y presentarán conforme a los principios de contabilidad generalmente aceptados.

Adicionalmente, en los artículos 37 y 38 se definen los estados financieros certificados y los dictaminados, siendo los primeros aquellos en los que el representante legal y el

contador público, bajo cuya responsabilidad se prepararon, certifican que han verificado previamente las afirmaciones contenidas en los mismos, conforme al reglamento, y que las cifras se han tomado fielmente de los libros.

Los estados financieros dictaminados son estados certificados, por el Representante Legal y el Contador, que se acompañan de la opinión profesional del Revisor Fiscal o, a falta de éste, del Contador Público independiente que los hubiere examinado de conformidad con las normas de auditoría generalmente aceptadas.

Los estados financieros dictaminados deben ser suscritos por el Revisor Fiscal o Contador Público independiente, anteponiendo la expresión "ver la opinión adjunta" u otra similar, para que el sentido y alcance de su firma sea el que se indique en el dictamen correspondiente.

Los estados financieros certificados y los dictaminados, de conformidad con el artículo 39 de la Ley 222 de 1995, se presumen auténticos. Adicionalmente, el artículo 43 de la citada ley establece que serán sancionados penalmente

Carrera 13 No. 32-76 PBX 3300210 Ext. 3101 ⁹³ www.supersalud.gov.co – Bogotá
Colombia



quienes a sabiendas suministren datos a las autoridades o expidan constancias o certificaciones contrarias a la realidad, ordenen, toleren, hagan o encubran falsedades en los estados financieros o en sus notas.

1.5. COMPETENCIAS Y OBLIGACIONES DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES

El Decreto 1542 de 1998, dispone que:

“ARTICULO 1o. De conformidad con los artículos 356, 357 y 359 de la Constitución Política, **las participaciones establecidas en la Constitución y en la ley en favor de las entidades territoriales con destino al sector salud, tienen una destinación específica. Las autoridades locales y los demás servidores públicos del nivel territorial que tengan a su cargo la distribución y utilización de dichos recursos responderán penal, fiscal y disciplinariamente cuando éstos se apliquen a fines distintos de los previstos en la Constitución y la ley.**” Negrilla fuera de texto.

La Ley 715 de 2001, por la cual se dictaron normas orgánicas en materia de recursos y competencias, le estableció al sector salud de cada departamento, entre otras, las siguientes funciones y reglas:

- Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud.
- Adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.

- Adecuar y orientar su estructura administrativa, técnica y de gestión, para el ejercicio de las competencias asignadas, que deberán cumplirse con recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud y con recursos propios.
- Disponer de un sistema que genere información periódica sobre el manejo presupuestal y contable de los recursos destinados a salud.

Con la expedición de la Ley 788 de 2002 el IVA cedido al sector salud, por licores, vinos, aperitivos y similares, quedó incorporado dentro de la tarifa del impuesto al consumo, o dentro de la tarifa de la participación, según el caso, y se liquida como un único impuesto o participación, por tanto, los Departamentos son los competentes para adelantar las funciones de administración y control del tributo.



En relación con la fiscalización del IVA generado en las cervezas de producción nacional y extranjera se tiene que la Ley 788 ídem dispuso que a las autoridades tributarias de los Departamentos y el Distrito Capital les compete la fiscalización, liquidación oficial y discusión del impuesto al consumo.

2. INSTRUCCIONES

Con el fin de asegurar la efectividad en la obtención del recurso y la oportunidad del recaudo, giro y transferencia de las rentas del monopolio de licores destilados, así como del IVA destinado al sector salud y en aras de hacer expedito el mecanismo que permita verificar la oportunidad en el recaudo, giro y transferencia de los recursos provenientes del impuesto sobre las ventas cedido a salud, este despacho imparte las siguientes instrucciones:

2.1. PRODUCTORES DE LICORES, VINOS, APERITIVOS Y SIMILARES NACIONALES

Los formularios que se relacionan a continuación corresponden a los que deben ser diligenciados y remitidos por parte de los productores de licores, vinos, aperitivos y similares nacionales, 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.

Formulario	Periodicidad	Plazo
Licores Resto del País	Quincenal	10 primeros días calendario de cada mes
Licores Cundinamarca	Quincenal	
Exportaciones	Mensual	
Inventario de Insumo Envases	Mensual	
Inventario de Insumo Etiquetas	Mensual	
Inventario de Productos Terminados	Mensual	
Inventario de Alcoholes	Mensual	
Ventas a San Andrés	Mensual	

Reenvíos	Quincenal	
Descontables	Quincenal	
Estados Financieros	Anual	10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.
Registro Sanitario Invima	Mensual	10 primeros días calendario de cada mes, cuando se realicen modificaciones o se tramiten nuevos registros



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

2.2. PRODUCTORES DE CERVEZAS Y SIFONES

Los formularios que se relacionan a continuación deberán ser diligenciados y remitidos por parte de los productores de cervezas y sifones nacionales, cualquiera que sea su naturaleza jurídica. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

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

Formulario	Periodicidad	Plazo
Liquidación	Mensual	10 primeros días calendario de cada mes
Ventas a San Andrés	Mensual	
Reenvíos	Mensual	
Inventario de Productos Terminados	Mensual	
Estados Financieros	Anual	10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.

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

2.3. FONDO CUENTA DE IMPUESTOS AL CONSUMO DE PRODUCTOS EXTRANJEROS

Los formularios que se relacionan a continuación corresponden a los que deben ser diligenciados y remitidos por parte de la Federación Nacional de Departamentos – Fondo Cuenta de Impuestos al Consumo de Productos Extranjeros. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular sólo 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.

Formulario	Periodicidad	Plazo
Giros Realizados	Mensual	10 primeros días calendario de cada mes
Cobros Efectuados	Mensual	
Importaciones	Mensual	
Estados Financieros	Anual	10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.

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.

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

3 GENERALIDADES

3.1. SEGUNDO ENVÍO DE INFORMACIÓN

Esta opción sólo podrá ser utilizada por aquellas entidades que por motivos especiales se vean obligadas a modificar los reportes inicialmente enviados y sólo podrá ser utilizada una vez por cada reporte enviado. El trámite debe hacerse a través de comunicación escrita firmada por el representante legal o los funcionarios del orden territorial, a quienes se dirige la presente circular, en la cual solicite, de una parte, la eliminación explicando claramente los motivos y la información que debe ser borrada y, de otra parte, la autorización para retransmitirla. (Remitida al fax 2833432 de Bogotá)

Una vez la Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Generadores de Recursos de Salud autorice la eliminación y retransmisión, le será enviada una comunicación vía fax o correo electrónico, y a partir de ese momento podrá ingresar la información corregida, sin perjuicio del cumplimiento de los plazos establecidos en la presente circular.

3.2. ACTUALIZACIÓN DE DATOS

En la medida en que se realicen cambios en la representación legal de la entidad,

Carrera 13 No. 32-76 PBX 3300210 Ext. 3101 ⁹⁷ www.supersalud.gov.co – Bogotá
Colombia



los funcionarios del orden territorial, a quienes se dirige la presente circular; dirección; razón social y revisoría fiscal estos datos deben ser actualizados por escrito ante la Superintendencia de Nacional de Salud. (Vía correo electrónico licores@supersalud.gov.co o al fax 2833432 de Bogotá).

En caso de que la empresa posea productos nuevos que no aparezcan en las tablas del sistema, el

representante legal o los funcionarios del orden territorial, a quienes se dirige la presente circular, deberán efectuar la solicitud por correo electrónico a esta entidad, licores@supersalud.gov.co, para que sea asignado el código correspondiente. El mensaje deberá contener nombre completo del productor, producto, grados alcoholimétricos, presentaciones autorizadas, número de resolución y registro sanitario.

El envío de los informes que deben presentar a esta Superintendencia los vigilados a quienes se dirige la presente circular, es responsabilidad de los representantes legales y de los funcionarios del orden territorial, a quienes se dirige la presente circular. De igual manera, los contadores y revisores fiscales serán responsables en el evento que se suministren datos contrarios a la realidad y/u ordenen, toleren, hagan o encubran falsedad en la información remitida a esta Superintendencia en los términos que señalan los artículos 10 de la Ley 43 de 1990, 207 y siguientes del Código de Comercio y 43 de la Ley 222 de 1995.

La Superintendencia, en cumplimiento de la presente circular, exigirá que los archivos reportados incluyan la firma digital de los representantes legales o funcionarios designados, para el caso de las entidades territoriales, para lo cual los sujetos vigilados deberán obtener, de conformidad con la Ley 527 de 1999, un certificado digital expedido por una organización debidamente autorizada por la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC). Para esta obligación se informará previamente, de acuerdo con los requisitos que determine y comunique oportunamente esta Superintendencia.

CAPÍTULO QUINTO. INDUMIL

La información solicitada en el anexo técnico de la presente circular debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma mensual con fecha de corte el día 30 de cada mes y con fecha límite de entrega el último día calendario del mes siguiente a la fecha de corte.

Los archivos que se envíen deben cumplir totalmente con la estructura y características que se describen en este anexo técnico.

CAPÍTULO SEXTO. CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR QUE NO ADMINISTRAN REGIMEN SUBSIDIADO



La información solicitada debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma mensual con fecha de corte el día 30 de cada mes y con fecha límite de entrega el último día calendario del mes siguiente a la fecha de corte.

TÍTULO IV

INSTITUCIONES PRIVADAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

El párrafo del artículo 185 de la Ley 100 de 1993 establece que las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán tener un sistema contable que les permita registrar los costos de los

servicios que ofrecen; así mismo, los artículos 27 y 39 del Decreto 2649 de 1993 definen los estados de costos y los costos en la prestación de servicios.

Por lo anterior, este Despacho imparte las siguientes instrucciones relacionadas con el reporte de datos a la Superintendencia, por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza privada.

La información de carácter administrativo y financiero objeto de esta circular debe ser reportada por el representante legal de las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud de naturaleza privada que sean personas jurídicas.

Capítulo Primero:

INSTITUCIONES PRIVADAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PRIVADA

1. DATOS A REPORTAR

1.1. Información general y de tipo financiero

Las instituciones deberán enviar, en las condiciones aquí determinadas, los siguientes archivos que se establecen en el anexo técnico de la presente circular, los cuales contienen: Datos generales, Información de sucursales y agencias, Balance general, Estado de resultados, Deudores (grupo de cuentas 13) y Pasivos externos

Se debe tener en cuenta que cuando la IPS reportante tenga sucursales o agencias, la información debe ser remitida en forma consolidada.

1.2. Archivos adjuntos



Los archivos relacionados en el numeral cuatro (4) en la columna "Archivos Adjuntos" deberán ser enviados, únicamente, al correo electrónico de la Superintendencia Nacional de Salud, cuando su autenticidad se garantice con la firma digital de que trata el numeral cinco (5) de esta circular. Cuando ese no sea el caso (y no se haya vencido el plazo previsto, en el mismo numeral, para el cumplimiento de esa obligación), esos archivos, deberán enviarse impresos vía correo postal a la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, Superintendencia Delegada por la generación y gestión de recursos económicos para la salud, Carrera 13 No 32-76, en Bogotá con el pleno cumplimiento de los requisitos exigidos en la Ley.

2. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Los datos deberán ser reportados bajo la estructura y demás condiciones especificadas en el anexo técnico de esta circular.

3. PLAZO

La información solicitada debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma semestral, dentro de las fechas y con los archivos que se relacionan en el anexo técnico.

Fecha de corte	Fecha de entrega	Archivos adjuntos
-----------------------	-------------------------	--------------------------

Con corte a 31 de diciembre	Febrero 25 del año inmediatamente siguiente	Notas a los estados financieros, certificación de los estados financieros y dictamen del revisor fiscal de acuerdo con los artículos 36, 37 y 38 de la Ley 222 de 1995; copia del informe de gestión y del proyecto de distribución de utilidades presentado en la reunión del máximo órgano de decisión de la entidad (asamblea general o junta de socios).
Con corte a 30 de junio	El 25 de julio inmediatamente siguiente	Certificación de los estados financieros (artículo 37 Ley 222 de 1995) y archivo en el cual realicen todas las aclaraciones que consideren pertinentes.

Los plazos aquí establecidos son improrrogables.

4. SEGURIDAD LEGAL Y TÉCNICA DE LA INFORMACIÓN.

Con el fin de garantizar un intercambio seguro y eficiente de los datos entre los vigilados y la entidad, evitar problemas de autenticidad, integridad y rechazo injustificado (repudiación) de la información, se dará continuación a la aplicación de las tecnologías de seguridad en la transmisión de documentos, en concordancia con los términos establecidos en la Ley 527 de 1999 que define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos y en general el comercio electrónico.



En particular, se busca, entre otros objetivos, reducir al mínimo posible el flujo y refrendación de documentos físicos, asegurar la identificación plena de los emisores de los documentos, certificar la recepción efectiva y oportuna de los datos por parte del verdadero destinatario y garantizar la seguridad técnica y jurídica (dado su valor probatorio) de la información, con ese objetivo, los archivos reportados a la Superintendencia vía electrónica deberán llegar debidamente autenticados, a través de una firma digital, por parte del representante legal (archivos uno (1) al seis (6)) y por el contador (archivos tres (3) al seis (6)). De igual forma, los documentos deberán llegar debidamente autenticados por parte del Contador y el Revisor Fiscal según el caso.

5. CUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA

La información incompleta, la reportada de manera distinta a lo dispuesto en el numeral 3 de esta circular externa y aquella allegada con un medio que no pueda ser procesado debido a errores imputables al usuario, se considerará como no recibida. Los estados financieros remitidos deben estar debidamente certificados y dictaminados de acuerdo con el decreto 2649 de 1993 y la ley 222 de 1995.

Las Instituciones prestadoras de servicios de salud que están obligadas a remitir la información, deberán implementar un sistema de costos en cumplimiento del párrafo del artículo 185 de la Ley 100 de 1993.

La información debe ser reportada únicamente a través del sitio WEB de esta entidad, en el enlace "Recepción Datos de Vigilados", que para tal fin ha puesto a disposición de las entidades obligadas al cumplimiento de esta circular, en las fechas y bajo la estructura que se relaciona en los respectivos anexos técnicos.

Las personas jurídicas que tengan habilitada ante la Entidad Territorial de Salud una infraestructura para prestar servicios de salud como IPS, en las que su objeto social no sea exclusivamente la prestación de servicios de salud, se encuentran obligadas a remitir la información financiera aquí requerida.

Cuando el objeto social no es únicamente la prestación de servicios de salud, la información a remitir a la Superintendencia Nacional de Salud debe limitarse a la parte destinada a la prestación de servicios de salud, para lo cual se deben registrar, como centro de costos, por los lineamientos contables de la Resolución 106 de 1998.

Se exceptúan del reporte de información financiera de que trata la presente Circular, aquellas personas jurídicas de objeto múltiple que cumplan con todos los requisitos que se enumeran a continuación:



Tenga habilitada sólo prestación de servicios de salud de nivel bajo de complejidad.

No vendan o presten servicios de salud a terceros.

Para el efecto el Representante Legal de la persona jurídica debe remitir a la Superintendencia Nacional de Salud la siguiente documentación:

Certificado de existencia y representación legal.

Copia del certificado de habilitación en la que se incluyan los servicios que tienen habilitados con su nivel de complejidad.

Constancia firmada por el representante legal en la que certifique que no venden o prestar servicios de salud a terceros.

En el marco del Artículo 17 de la Ley 812 de 2003, y de las competencias establecidas en el Artículo 42 de la Ley 715 de 2001, el Superintendente Nacional de Salud señalan mediante la presente circular los procedimientos para la presentación de la información a que hace referencia el Decreto 2193 de 2004.

Capítulo Segundo

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA

El artículo 1° del Decreto 1876 de 1994 definió a las Empresas Sociales del Estado como una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas y reorganizadas por Ley, o por las Asambleas o Concejos.

En virtud de los principios de coordinación y colaboración de que trata el artículo 6° de la Ley 489 de 1998, la Superintendencia Nacional de Salud y la Contaduría General de la Nación, suscribieron un convenio interadministrativo, con el fin de aunar esfuerzos y recursos humanos, técnicos y logísticos que le permitan a las Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos presentar la información financiera económica y social de tal manera que la Contaduría General de la Nación pueda procesar y consolidar la información de esta parte del Sector Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud y la Contaduría General de la Nación en ejercicio de sus atribuciones legales, expidieron las Circular Externa Conjunta 120SNS043CGN del 11 de septiembre de 2001, la cual fue publicada en el diario oficial No 44551 de septiembre 14 de 2001, con el fin de solicitar Información Básica de las Empresas Sociales del Estado e Instituciones Hospitalarias, en la cual se estableció que "La Contaduría General de la Nación en cumplimiento del convenio interinstitucional, solicitará trimestralmente a las Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos, además de la información financiera económica y social, información relacionada con Presupuesto, Facturación, Cuentas por Cobrar y Cuentas por Pagar, para lo cual la



Superintendencia suministrará el respectivo software junto con el manual e instructivo técnico el cual hace parte integral de esta Circular".

El surgimiento de nuevas herramientas tecnológicas en el campo de la computación y las comunicaciones que facilitan y agilizan la interacción entre las organizaciones, hace evidente la necesidad de actualizar la forma y oportunidad del flujo de información entre la Superintendencia y sus vigilados. Con el objeto de mejorar su tarea de IVC, la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, viene desarrollando un sistema de información que busca aplicar esas nuevas tecnologías, optimizar la calidad de la información y facilitar a los vigilados el cumplimiento de sus obligaciones.

Por lo anterior, este Despacho imparte las siguientes instrucciones relacionadas con el reporte de datos a la Superintendencia, por parte de las Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos.

Los responsables de remitir la información financiera complementaria relacionada con Presupuesto, Facturación, Deudores y Acreedores a la Superintendencia Nacional de Salud, serán los Representantes Legales de las Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos.

1. DATOS A REPORTAR

1.1. Información Financiera Complementaria

La información financiera complementaria relacionada con Presupuesto, Facturación, Deudores y Acreedores debe ser reportada directamente a la Superintendencia Nacional de Salud por las Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos. La anterior información se deberá enviar, en las condiciones aquí determinadas, en los archivos establecidos en el anexo técnico de la presente circular, los cuales contienen información sobre: Datos generales, Deudores, Acreedores, Facturación, Presupuesto de Ingresos, Presupuesto de Egresos y Personal

1.2. Dictamen del Revisor Fiscal.

Al cierre del ejercicio del 31 de diciembre de cada año, se remitirá únicamente, al correo electrónico divese@supersalud.gov.co de la Superintendencia Nacional de Salud, el dictamen del Revisor Fiscal, con el pleno cumplimiento de los requisitos exigidos en la Ley, siempre y cuando su autenticidad se garantice con la firma digital de que trata el numeral seis (6) de esta circular. Cuando ese no sea el caso (y no se haya vencido el plazo previsto, en el mismo numeral, para el cumplimiento de esa obligación), ese documento, deberá enviarse vía correo postal a la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los recursos económicos para la salud, Carrera 13 No 32-76, en Bogotá.

- 1 **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**
- 2 **PLAZO**

Los datos deberán ser reportados bajo la estructura y demás condiciones especificadas en el anexo técnico de esta circular.



La información solicitada deberá ser presentada de manera oportuna, veraz, confiable y razonable en las fechas que se señalan a continuación:

PERIODO DE CORTE FECHA DE PRESENTACIÓN

A 31 de Diciembre 25 de Febrero A 30 de Junio 25 de Julio

4. CUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES Y VERACIDAD DE LA INFORMACION SUMINISTRADA

La información incompleta, la reportada de manera distinta a lo dispuesto en esta circular y aquella allegada que no pueda ser procesada por el sistema debido a errores imputables al usuario, se considerará como no presentada.

5. SEGURIDAD LEGAL Y TÉCNICA DE LA INFORMACIÓN.

Con el fin de garantizar un intercambio seguro y eficiente de los datos entre los vigilados y la entidad, evitar problemas de autenticidad, integridad y rechazo injustificado (repudiación) de la información, la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, iniciará la aplicación de nuevas tecnologías de seguridad en la transmisión de documentos, en concordancia con los términos establecidos en la Ley 527 de 1999 que define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos y en general el comercio electrónico. En particular, se busca, entre otros objetivos, reducir al mínimo posible el flujo y refrendación de documentos físicos, asegurar la identificación plena de los emisores de los documentos, certificar la recepción efectiva y oportuna de los datos por parte del verdadero destinatario y garantizar la seguridad técnica y jurídica (dado su valor probatorio) de la información, Con ese objetivo, los archivos reportados a la Superintendencia vía electrónica deberán llegar debidamente autenticados, a través de una firma digital, por parte del representante legal (archivos uno (1) al siete (7)) y por el contador (dos (2) al seis (6)) relacionados en el numeral 2.1. De igual forma, el dictamen, exigido en el numeral 2.2 deberá llegar debidamente autenticado por parte del Revisor Fiscal a través del mismo mecanismo.

En consecuencia, las entidades vigiladas deberán obtener un certificado digital, expedido por una organización debidamente autorizada por la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) para actuar como Entidad de Certificación. Esta firma digital deberá ser adquirida y administrada por las diferentes Empresas Sociales del estado e Instituciones Hospitalarias Publicas.

Las condiciones, restricciones y el procedimiento técnico para el uso de esta firma digital, estará determinado por las características de la solución que brinde la Entidad Certificadora y los requisitos que la Superintendencia determine.



Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública, en adelante deberán reportar la información a la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a lo dispuesto en la Circular Externa Número 000064 del 11 de agosto de 2004, del Ministerio de la Protección Social.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública lo harán a través de las Secretarías de Salud Departamentales, quienes serán las responsables del reporte de información frente a la Superintendencia Nacional de Salud.

TÍTULO V. FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA - FOSYGA

La información solicitada debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma mensual con fecha de corte el último día de cada mes y con fecha límite de entrega el último día calendario del mes siguiente a la fecha de corte.

Los archivos que se envíen deben cumplir totalmente con la estructura y

características que se describen en este anexo técnico.

REGIMEN CONTRIBUTIVO

Recaudo de cotizaciones por las EOC

Conciliación de cuentas de recaudo de cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con la estructura y características enunciada sen el anexo técnico.

Es de anotar que las especificaciones técnicas del archivo, corresponden a las mismas dadas por el Ministerio de la Protección Social mediante la Resolución 3364 de 2004 y la Circular 102 de 2004, formato No. 2; y las aclaraciones al diligenciamiento dadas mediante memorando externo No. 4039 del 20 de octubre de 2006 y el oficio 12100-000989 del 28 de marzo de 2007 por parte del Ministerio de la Protección Social. Así mismo, incluirá las instrucciones que al respecto dé el Ministerio de la Protección Social, en lo sucesivo.

REGIMEN SUBSIDIADO

Registro y validación de contratos entre las entidades territoriales y las EPS

– S.

El Consorcio Fiduciario del Fosyga, remitirá a la Superintendencia Nacional de Salud la información correspondiente al consolidado de contratos registrados por las entidades territoriales, contenidos en el link de la página Web del Fosyga, Solidaridad, información sobre operación del régimen subsidiado, "información contratos régimen subsidiado", "información afiliados régimen subsidiado", "información entidades territoriales", por cada municipio, departamento y EPS del régimen subsidiado y para todas las modalidades de contratación.



Giros realizados por el Consorcio Fiduciario del FOSYGA sobre contratos

El Consorcio Fiduciario del Fosyga, remitirá a la Superintendencia Nacional de Salud la información correspondiente al consolidado de contratos registrados por las entidades territoriales, contenidos en el link de la página Web del Fosyga, Solidaridad, información sobre operación del régimen subsidiado, "información sobre giros", "información sobre giros rechazados".

Base de Datos de afiliados al régimen subsidiado

El Consorcio deberá remitir a la Superintendencia Nacional de Salud, la información validada resultante del proceso de actualización del archivo maestro y de novedades de la población afiliada al régimen subsidiado efectuado previamente cada mes por las Secretarías de Salud Departamentales al Consorcio Fidufosyga.

Para el efecto deberá reportar la siguiente información:

Registros cargados a la BDUA mes anterior Registros reportados por Municipio
Registros que pasaron estructura Registros cargados satisfactoriamente a BDUA
No. De registros inconsistentes Total registros cargados a la BDUA

Novedades y Maestro de afiliados:

Deberá remitir los resultados de la validación, tanto del Maestro de Afiliados como de las novedades, a fin de determinar los tipos de glosas que se generaron en la validación, tanto del Maestro como de las Novedades, en materia de estructura, contenido y cruces de BD. En el primer reporte deberá incluir las tablas de glosas que aplica el Consorcio en las validaciones.

NOTA: El Consorcio Fiduciario del Fosyga – FIDUFOSYGA 2005, deberá remitir a la Superintendencia Nacional de Salud la información arriba indicada, correspondiente al régimen subsidiado, en archivo plano o en formato Excel.

RECOBROS MEDICAMENTOS NO POS Y TUTELAS

Análisis del estado de trámite de recobros

Recobros medicamentos no POS, de acuerdo con la estructura dada en el anexo técnico

Recobros por fallos de tutelas

Análisis de glosas recobros RECLAMACIONES SOAT ANTE LA SUBCUENTA ECAT



Reclamaciones SOAT menores o iguales a $\frac{1}{4}$ SMLMV.

Análisis de glosas reclamaciones

Información sobre recaudos del Fosyga por concepto de aportes del SOAT, Cajas de Compensación Familiar que no administran régimen subsidiado, INDUMIL y regímenes de Excepción

Información gestión financiera de la subcuenta de solidaridad

La presentación de la información sobre presupuesto de ingresos y gastos de las subcuentas del Fosyga se haran de conformidad con lo establecido en el anexo técnico de la presente circular única.

TÍTULO SEXTO: OTROS ACTORES

CAPÍTULO PRIMERO: COMPAÑÍAS DE SEGUROS AUTORIZADAS PARA OPERAR EL RAMO SOAT

La información solicitada debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma mensual con fecha de corte el día 30 de cada mes y con fecha límite de entrega el último día calendario del mes siguiente a la fecha de corte.

Los requerimientos de la información a reportar se encuentra descrita en el anexo técnico de la presente Circular.

CAPÍTULO SEGUNDO: CONTADURIA GENERAL DE LA NACIÓN

La Contaduría General de la Nación, continuará dando cumplimiento a las condiciones que se encuentran contenidas en el convenio interadministrativo celebrado entre la Superintendencia Nacional de Salud y la Contaduría General de la Nación del 17 de enero de 2001 para la remisión de información financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, en consideración a que los diversos órganos que integran la estructura del Estado tienen funciones separadas pero colaborarán armónicamente para la realización de sus fines, tal como lo establece el artículo 113 de la Carta Pública.

La Contaduría General de la Nación es la entidad encargada de uniformar, centralizar y consolidar la información financiera, económica y social de las entidades del Estado.

Así mismo, se busca que la función administrativa esté al servicio de los intereses generales y sea desarrollada con fundamento en los principio de economía, celeridad, igualdad, moralidad, eficacia, imparcialidad y publicidad, para lo cual las autoridades administrativa deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del estado.



De otra parte, el artículo 6 de la Ley 489 de 1998, dispone que en virtud del principio de coordinación y colaboración, las autoridades administrativas deben garantizar la armonía en el ejercicio de sus respectivas funciones con el fin de lograr los fines y cometidos estatales. En consecuencia, prestarán su colaboración a las demás entidades para facilitar el ejercicio de sus funciones.

En efecto, la Superintendencia Nacional de Salud, ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control en coordinación con las demás autoridades del ramo en lo que ellas compete dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo establecido en el Decreto 1018 de 2007.

TITULO OCTAVO: PROTECCIÓN DE LOS USUARIOS Y LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

La Superintendencia Nacional de Salud considera de vital importancia instruir a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sobre el trámite que debe seguirse para garantizar el

acceso de la población colombiana a los servicios de salud y a medicamentos.

Por ello, es fundamental insistir en que la decisión mediante la cual se niega la autorización de medicamentos o servicios, se debe efectuar exclusivamente a través de profesionales de la salud, ampliamente capacitados para ello.

Su principal misión en este sentido, será brindar información veraz, oportuna, de calidad, garantizando siempre que no se obstaculice el tratamiento o servicio en salud del afiliado y, en consecuencia, se debe asegurar que la salud y la vida del usuario no esté en riesgo en ningún momento a causa de la negación.

Por lo anterior, es necesario reiterar que cada caso debe analizarse de forma individual y que es obligación de los vigilados a quien se dirige esta instrucción, prestar eficientemente el servicio y ejercer las acciones pertinentes para el cobro correspondiente, ante quien sea el responsable del pago.

En tal sentido, se debe dar aplicación a lo consagrado en la Ley 1122 de 2007 donde se estableció *“En aquellos casos de enfermedad de alto costo en los que se soliciten medicamentos no incluidos en el plan de beneficios del régimen contributivo, las EPS llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga (...).”* (artículo literal j.)



Así las cosas, y con el fin de que los aspectos señalados en los acápite precedentes sean cumplidos en forma estricta, es preciso que los vigilados diligencien el formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos (SNS-F:NSSM) que se encuentra en el anexo técnico de esta circular, haciendo la claridad que el mismo no podrá ser modificado.

El formato se tramitará, mínimo con una copia, la cual deberá ser entregada al usuario o a la persona que adelanta la solicitud del medicamento o servicio, dejando en todo caso constancia de recibo por el afectado, así como el trámite dado.

Adicionalmente, es indispensable que en las carteleras de los puntos de atención de usuarios, se publique copia ampliada del formato.

Se reitera, entonces, que los sujetos de control objeto de esta instrucción deberán seguir estrictamente los parámetros aquí señalados tanto en forma verbal como por escrito, frente a los usuarios a los que se les niega la atención o el suministro de medicamentos, así:

Ante la solicitud del servicio o medicamento, los sujetos de control deberán, de forma inmediata explicar al usuario o persona a cargo del mismo, las razones por las cuales no se tiene derecho a acceder al servicio en salud solicitado y de la misma manera se deberán indicar todas las alternativas de que disponen (incluido el Comité Técnico) para acceder al servicio o medicamento no autorizado, garantizando el acompañamiento por parte de la aseguradora o IPS que realiza la negación.

De la misma manera, se deberá ilustrar detalladamente al afiliado sobre la posibilidad de elevar su queja, consulta o petición ante la oficina de atención al usuario de la propia empresa y, si ella no es resuelta, a los organismos competentes, respetando siempre las instrucciones ya impartidas por este despacho, sobre trato digno y atención al usuario.

Una vez ha sido informado el afiliado en los aspectos antes señalados, deberá diligenciarse el formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos (SNS-F:NSSM), anexo a esta circular, en forma completa, clara, legible, expedita y al momento mismo de la solicitud.

En relación con el diligenciamiento mismo del formato deberá tenerse en cuenta:

Debe contener el número consecutivo interno que le asigne cada entidad, conforme a su organización administrativa.

La fecha de solicitud corresponde a aquella en la que el usuario requirió el servicio o medicamento y la de diligenciamiento, el día, mes y año en que se tramite el documento.



El número de contrato es exclusivamente para las entidades que ofrecen planes adicionales de salud y que, por tanto, tienen un vínculo contractual con el usuario.

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

En el espacio destinado a las alternativas para que el usuario acceda al servicio solicitado, no se trata de hacer una relación preestablecida de opciones para que el afectado escoja, éstas son producto del análisis individual del caso; dicho análisis debe ser realizado con el usuario y previo contacto con las entidades que asumirán la prestación, si esto fuere preciso.

El nombre y cargo del empleado que autoriza la negación del servicio o medicamento debe estar en letra clara y legible. Igualmente, el formato debe ser suscrito por el funcionario.

Una vez surtido el trámite aquí señalado se solicitará la firma del afectado o quien haga sus veces y se le entregará copia del documento.

La Superintendencia Nacional de Salud periódicamente podrá solicitar copia del formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos así como información del trámite surtido, por lo cual se requiere que la entidad vigilada conserve en forma organizada estos antecedentes.

Finalmente es importante recordar que el incumplimiento de las instrucciones aquí impartidas por parte de las entidades destinatarias de la presente instrucción se considera práctica no autorizada, por atentar contra el trato digno que merecen los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y darán lugar a la aplicación de las sanciones personales e institucionales respectivas.

1. ATENCIÓN AL USUARIO

La Constitución Política establece, en su artículo 23, el derecho fundamental de petición que tienen todos los colombianos. Así mismo, los artículos 11, 48 y 49 de la Carta Magna consagran los derechos a la seguridad social, la salud y la vida de las personas.

Por lo tanto, todos los usuarios de Sistema General de Seguridad Social en Salud pueden

presentar reclamaciones, solicitudes y peticiones a las entidades sujeto de la presente instrucción con el objeto de proteger sus derechos fundamentales y éstas el deber de satisfacer esas inquietudes bajo los principios de eficiencia, solidaridad, universalidad, integralidad, participación y oportunidad.



En desarrollo de la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007 y las normas complementarias, la Superintendencia Nacional de Salud es el organismo encargado de hacer la supervisión de las entidades mencionadas en el acápite precedente.

Para el ejercicio de las funciones enunciadas en el acápite anterior, las normas sobre estructura y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud le otorgan, entre otras, la facultad de velar por el cumplimiento de las normas relacionadas con la eficiencia y control de gestión de las entidades de seguridad y la previsión social, velar porque las entidades promotoras y prestadoras de servicios de salud cumplan el sistema obligatorio de garantía de calidad y velar porque las entidades vigiladas suministren a los usuarios la información necesaria para lograr la mayor transparencia en las operaciones que realicen.

Así mismo es importante destacar que uno de los mecanismos básicos en los procesos de transparencia, de garantía de la calidad y de la adecuada prestación de los servicios de salud es el relacionado con la recepción y atención oportuna de los reclamos y peticiones presentadas por los usuarios de los servicios de salud.

Todas las entidades objeto de la presente instrucción tienen bajo su responsabilidad diferentes actividades en relación con los usuarios de la salud, unos como aseguradores, otros como garantizadores del servicios a las personas no afiliadas a régimen alguno y otros como prestadores. Para cumplir adecuadamente con la función que a cada uno le corresponde es necesario tener un contacto directo, permanente y oportuno con sus usuarios, como parte de la calidad en el servicio que están obligadas a prestar y de su estructura administrativa.

1.1. TRÁMITE DE QUEJAS Y PETICIONES

La atención al usuario y el trámite oportuno de las quejas o peticiones relacionadas con la calidad en la prestación de los servicios de salud que se formulen ante los entes vigilados, es un derecho que tiene amparo constitucional y desarrollo legislativo y reglamentario, con el correlativo deber por parte de las entidades y personas que prestan directa o indirectamente el servicio público esencial de la salud de atenderlas oportunamente así como la obligación por parte de esta Superintendencia, en cumplimiento de sus funciones de inspección, vigilancia y control, de velar, en coordinación con las demás autoridades, por la cumplida y oportuna atención de dichas quejas o peticiones. Por tanto, es claro que uno de los mecanismos básicos en el proceso de garantizar la calidad y adecuada prestación de los servicios de salud, es el relacionado con la recepción y atención oportuna de las quejas y peticiones presentadas por los usuarios del servicio.



Sobre la base de considerar que la Ley 100 de 1993, consagra como regla esencial del

servicio público de salud, entre otras la calidad en la atención, la cual debe ser oportuna, personalizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional y, con el fin de verificar la adecuada y suficiente prestación de los servicios de salud, el suministro de la información pertinente por parte de estas entidades a sus usuarios y establecer las responsabilidades administrativas derivadas de quejas, cuando haya lugar a ello, así como verificar la atención dada a las peticiones de los usuarios del servicio de salud, esta Superintendencia se permite instruir a las entidades a quienes se dirige la presente circular, sobre el procedimiento que deben observar en el trámite de las quejas.

En virtud de lo expuesto en los acápite precedentes debe recordarse que son varias las normas legales que reiteradamente consagran la obligación por parte de las entidades, a las cuales va dirigida la presente instrucción, de organizar una dependencia con el fin de atender las quejas y reclamos presentadas por los usuarios del servicio.

Así mismo, en cumplimiento de lo dispuesto en el decreto 1757 de 1994, por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de los servicios de salud, los niveles de Dirección Municipal, Distrital y Departamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deben organizar un Servicio de Atención a la Comunidad, a través de las dependencias de participación social, para canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en salud de los ciudadanos.

Consagra también el mencionado decreto, que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, (IPS), sean públicas, mixtas o privadas, garantizarán un sistema de información y atención a los usuarios a través de un servicio personalizado que contará con una línea telefónica abierta permanente veinticuatro (24) horas y garantizarán según su demanda, el recurso humano necesario para que atiendan, sistematicen y canalicen tales requerimientos e implementarán articulado al sistema de información sectorial, un control de calidad del servicio, basado en la atención al usuario.

Así mismo, por disposición del artículo 15 del Decreto 1757 de 1994, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, (IPS), sean públicas, mixtas o privadas, deben conformar los Comités de Ética Hospitalaria, los cuales se integrarán de acuerdo con lo allí señalado y cumplirán con las funciones consagradas en el artículo 16 de dicha norma, en especial las contenidas en los numerales 3º y 6º

En concordancia con lo anterior, el artículo 121 del Decreto-Ley 2150 de 1995, modificatorio del artículo 188 de la Ley 100 de 1993, establece la no discriminación en la atención a los usuarios por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y señala que, cuando se presente alguna reclamación por parte de un afiliado por hechos de naturaleza asistencial que presuntamente lo afecten respecto de la adecuada prestación de los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ésta debe ser atendida en la Entidad Promotora de Salud (EPS) por el Comité técnico-científico, el cual estará integrado por: un representante de la EPS, un representante de la IPS y un representante del afiliado, quien podrá concurrir directamente.



En consecuencia el Comité técnico-científico, debe ser un organismo de asesoría y consulta obligatorio, cuyo fin es el de garantizar la oportuna y adecuada resolución de las inquietudes y peticiones de los usuarios, con respecto a hechos de naturaleza asistencial, de suerte que permita retroalimentar el sistema de calidad en la prestación de los servicios de salud.

No sobra advertir que frente a las decisiones adoptadas por las entidades públicas que pongan fin a una actuación administrativa, proceden los recursos de la vía gubernativa, siendo obligación de las autoridades al momento de notificar tales providencias, informar expresamente a los peticionarios o quejosos sobre la oportunidad y requisitos para interponerlos, so pena de no surtir efecto alguno.

Con el fin de que las quejas y reclamos que se presenten se resuelvan de manera oportuna y eficiente, cada una de las entidades destinataria de la presente instrucción debe establecer los mecanismos y procedimientos necesarios para mantener debidamente organizado el sistema de trámite de quejas el cual, adicionalmente, debe servir de insumo para la elaboración del plan de mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud. Así mismo, el resultado de las quejas presentadas contra cada entidad según los registros internos de esta Superintendencia, será tenido en cuenta para evaluar semestralmente a la entidad sobre la debida información a los usuarios y la adecuada prestación de servicios de salud.

Igualmente toda entidad que tramite las reclamaciones e inquietudes de los usuarios, empleará para su registro, conservación y control, un sistema de archivo que podrá organizarse a través de un formato de control que contenga como mínimo los siguientes aspectos:

- Fecha de recibo de la queja o reclamación
- El estado del trámite

-La codificación asignada por la entidad

- Nombre de la persona que firma la queja o reclamación
- Aspecto o tema principal que motivó la queja
- Decisión



Con el fin de que los usuarios estén debidamente enterados, las Entidades destinatarias de la presente circular, tienen la obligación de informarles ampliamente sobre la ubicación y dependencia que recepcionará y resolverá las quejas por ellos presentadas.

Cuando una queja o petición relacionada con la prestación del servicio de salud por parte de las entidades vigiladas, se recepcione directamente por la Superintendencia Nacional de Salud, ésta avocará su conocimiento o le dará traslado a la entidad respectiva para que proceda a dar respuesta por escrito al peticionario o quejoso, enviando copia de la respuesta a la Superintendencia de Salud con fotocopia de los documentos entregados al quejoso o peticionario si los hubiere, sin perjuicio que la entidad deba rendir las explicaciones pertinentes de acuerdo con lo establecido en el artículo 230 de la Ley 100 de 1993 y para cada situación en particular, en relación con la queja o petición y la respuesta dada.

La entidad vigilada remitirá a la Superintendencia Nacional de Salud la respuesta dada al usuario dentro del plazo que se fije para cada caso en particular, el cual se entenderá incumplido o desatendido en caso de recibirse la respuesta fuera del término, de recibirse incompleta o de no recibirse. En este sentido debe entenderse que no hay respuesta en los eventos en los cuales la entidad implicada no remite una solución de fondo frente a las inquietudes planteadas por el usuario respectivo.

La respuesta y decisión de la entidad al quejoso o peticionario deberá ir fechada y con la dirección correcta; ser completa, clara, precisa y contener la solución o aclaración de lo reclamado y los fundamentos legales, estatutarios o reglamentarios que la soporten. Además, deberá ir acompañada de copia de los documentos que, de acuerdo con las circunstancias, se estimen apropiados para respaldar las afirmaciones o conclusiones de la institución.

Tratándose de quejas o peticiones presentadas directamente a las entidades, éstas asumirán la responsabilidad de tramitarlas y resolverlas de manera satisfactoria. Sin embargo, la Superintendencia Nacional de Salud, podrá revisar la actuación de cualquier institución ante la cual haya sido presentada una queja y constatar si la misma fue resuelta en cumplimiento de las normas que regulan su actividad y bajo la observancia de los principios de la adecuada prestación de los servicios, de la información necesaria al usuario, de la eficacia, celeridad y oportunidad.

En el sentido antes expuesto, es obligación de las entidades a quienes se dirige la presente instrucción adoptar los correspondientes sistemas de archivo que les permitan, de conformidad con los requerimientos que periódicamente



Libertad y Orden

efectúe este Despacho, suministrar la información pertinente a través de la cual se pondere la materialidad y frecuencia de las quejas o peticiones.

La presente instrucción requiere de un especial compromiso por parte de sus destinatarios, ya que de su aplicación resultará un mejoramiento de la calidad del servicio, reducción de conflictos y satisfacción de los usuarios. No obstante esta Superintendencia estará atenta al estricto cumplimiento de la misma.

Finalmente, en toda comunicación que se dirija a un usuario en relación con una queja o petición, se deberá incorporar la advertencia, en **caracteres destacados**, de que frente a cualquier desacuerdo en la decisión adoptada por la entidad ante la cual se elevó la respectiva queja o petición, **se puede elevar consulta ante la correspondiente Dirección de Salud, sea esta la Departamental, Distrital o Local**, sin perjuicio de la competencia prevalente y excluyente que le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, como autoridad máxima en materia de inspección, vigilancia y control.

2.2 ATENCIÓN TELEFÓNICA

La calidad en la atención al usuario contiene figuras como la atención inicial de urgencia, la referencia y contrarreferencia, la atención de reclamos, solicitudes y peticiones que hacen necesario un sistema eficiente y eficaz de información y atención al usuario.

Así mismo se debe hacer particular énfasis en el hecho de que los derechos fundamentales que deben garantizar los destinatarios de esta instrucción pueden estar amenazados en cualquier momento, sin distinción de hora o día, lo que hace que la atención al usuario deba ser permanente.

Por lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, especialmente las relacionadas con la facultad de impartir instrucciones y de fijar los criterios y señalar los procedimientos, considera necesario

determinar algunas reglas fundamentales aplicables a la atención al usuario y al trámite de peticiones y reclamos telefónicos.

En virtud de lo expuesto, todas las entidades objeto de la presente instrucción deben disponer de atención telefónica para los usuarios las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana.

En desarrollo de lo anterior, para los propósitos mencionados en esta instrucción, con las características anteriores y con el fin de decidir de fondo las inquietudes y solicitudes de sus usuarios, deberán tener, al menos:

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud un número telefónico local.

Las Entidades Territoriales un número telefónico gratuito regional.

Las Entidades Promotoras de Salud, las empresas que ofrezcan planes adicionales en salud y los servicios de ambulancia prepagada, números locales en los departamentos donde tengan afiliados y un número gratuito nacional.



Los números telefónicos que se tengan destinados a los fines de esta circular deberán ser reportados por las entidades objeto de la presente circular a la Superintendencia Nacional de Salud a través de su página web (www.supersa.lud.gov.co) en el enlace que para tal fin se disponga y sus modificaciones se reportarán, en las mismas condiciones, inmediatamente suceda el cambio.

Las entidades objeto de la presente instrucción deberán divulgar los números de atención telefónica a los usuarios y atender y resolver de fondo todas las llamadas que se hagan a estos números.

La Superintendencia Nacional de Salud hará los controles correspondientes a través de los medios de atención al usuario de que dispone y, adicionalmente, recibirá las inquietudes de los usuarios del sistema para comprobar el funcionamiento de este mecanismo.

2. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y ALCANCES DEL ASEGURAMIENTO

Los artículos 48 de la Carta Política y 2º literal a) de la Ley 100 de 1993, señalan que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente; en el mismo sentido, el numeral 9 del artículo 153 de la Ley 100 de 1993, establece como un fundamento del servicio público esencial de salud la calidad, de acuerdo con el cual:

"El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional..."

Por su parte el artículo 177 de la Ley 100 de 1993 establece que: *"(...) Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados (...)"*.

Sumado a lo anterior, el artículo 178 de la norma enunciada en el acápite precedente fija

como funciones de las EPS, entre otras, las de:

-Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados o sus

Carrera 13 No. 32-76 PBX 3300210 Ext. 3101 ¹¹⁶ www.supersalud.gov.co – Bogotá
Colombia



Libertad y Orden

familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional.

- Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Adicionalmente el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 establece que se entiende por aseguramiento en salud *“la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, **la garantía de la calidad en la prestación de 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 Obligatorios de Salud.*

Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento” (resaltado ajeno al texto original).

De otra parte los decretos 806 de 1998 (arts. 57, 58 y 73) y 1406 de 1999 (arts. 57 - 60), establecen que la afiliación a la EPS será suspendida después de un mes de no pago de la cotización y que transcurridos seis (6) meses continuos de suspensión de la afiliación, ésta quedará cancelada. En tal caso la EPS debe informar al empleado cotizante de su posible desafiliación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y esta comunicación deberá enviarse de manera previa a la cancelación de la respectiva afiliación, mediante correo certificado enviado a la última dirección que tenga registrada la EPS.

No obstante el precepto enunciado en el acápite precedente debe entenderse al tenor de lo consagrado en el artículo 43 de la Ley 789 de 2002 en el cual se

establece que *“Estando vigente la relación laboral no se podrá desafiliar al trabajador ni a sus beneficiarios de los servicios de salud, cuando hubiera mediado la correspondiente retención de los recursos por parte del empleador y no hubiera procedido a su giro a la entidad promotora de salud. Los servicios continuarán siendo prestados por la entidad promotora de salud a la que el trabajador esté afiliado, sin perjuicio de la responsabilidad del empleador, conforme las disposiciones legales.*

La empresa promotora de salud respectiva, cobrará al empleador las cotizaciones en mora con los recargos y demás sanciones establecidos en la ley”.

El artículo 59 del Decreto 1406 de 1999, en este sentido precisa que, en todo caso, será deber de las entidades promotoras de salud adelantar las labores administrativas y ejercer las acciones que resulten procedentes conforme a la ley a fin de garantizar un cumplimiento y completo recaudo de los aportes que financian el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Por ende, las EPS cuentan con los instrumentos para cobrar los aportes y tienen el deber jurídico de administrar eficientemente los recursos, como quiera que el principio de eficiencia, especialmente consagrado para la seguridad social y para la salud (CP arts. 48

y 49), dispone una gestión adecuada para el cobro de las acreencias a su favor. Así pues, cuando la EPS no cumple con su deber de administrador eficiente de los recursos falta a la "esmerada diligencia que un hombre juicioso emplea en la administración de sus negocios

Carrera 13 No. 32-76 PBX 3300210 Ext. 3101 ¹¹⁷ www.supersalud.gov.co – Bogotá
Colombia



importantes" (art. 63 del Código Civil).

Como contraprestación a esta obligación a cargo de las EPS debe mencionarse que si el empleador está en mora, la EPS debe, en primer lugar, exigir el pago de la cuota, pero también puede repetir lo gastado contra el empleador moroso.

Así las cosas, los aspectos anteriormente enunciados no pretenden convertirse en un mecanismo de evasión de la responsabilidad del empleador moroso (el cual continúa con la obligación de pagar tanto los aportes y los intereses como los servicios prestados a sus trabajadores en los periodos de mora) sino en una herramienta de protección al empleado, instancia ajena a la controversia jurídica en mención.

Por tanto las EPS tienen la responsabilidad de recaudar los aportes y cotizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de organizar y administrar la prestación de los servicios de salud, con eficiencia y oportunidad, dentro del Régimen Contributivo. Ello implica que deben ejercer acciones de cobro coactivo, como lo establece la Ley 383 de 1997 en su artículo 54, modificado por el artículo 91 de la Ley 488 de 1998, que garantice el recaudo eficiente de los recursos y de otra parte la oportunidad en la prestación del servicio.

4. TRATO DIGNO A LOS USUARIOS

Es obligación de todos los funcionarios administrativos de las entidades vigiladas que manejen parcial o totalmente uno o varios de los trámites administrativos involucrados en la autorización de la prestación de los servicios en salud del POS de los afiliados al SGSSS y de los usuarios de cualquiera de los planes de salud, ofrecer un trato digno a los usuarios que acudan a solicitar servicios ante la respectiva entidad vigilada. Dicho trato debe cumplir con los siguientes criterios:

4.1. Se brinda por una administración caracterizada por ser ágil, oportuna, eficaz, eficiente y sensible a las necesidades de sus usuarios o clientes externos.

4.2. La atención o el trato al usuario se caracteriza por solucionar de fondo los requerimientos de atención en salud, ya sea prestándolos directamente o brindando soluciones alternativas de acceso al servicio requerido, todo lo cual tiene como finalidad única la satisfacción a cabalidad de la necesidad planteada por el usuario.

4.3. En el trato al usuario, se aplica prioritariamente la valoración al individuo, el respeto, la cordialidad, la orientación y comunicación permanente y el trato humanizado en general.



4.4. A través de ese tipo de atención, se cumple con los fines esenciales del Estado, en especial servir a la comunidad y garantizar la efectividad de los principios y derechos consagrados en la Constitución Política.

4.5. Se capacita en forma permanente a aquellos funcionarios encargados y responsables de la atención a los usuarios.

4.6. Instrucciones adicionales para las entidades que ofrezcan PAS

Para efectos de dar un trato digno a sus usuarios respectivos las entidades que ofrezcan planes adicionales de salud (ver artículos 18 y 19 del Decreto 806 de 1998.) deben cumplir a cabalidad con las siguientes obligaciones:

4.6.1. Sólo podrán celebrar o renovar contratos de Planes adicionales con personas que se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya sea en calidad de cotizantes o beneficiarios salvo que sean de aquellas contempladas en el artículo 279 de la ley 100 de 1993, con las cuales podrán celebrar estos contratos previa comprobación de su afiliación al régimen de excepción al que pertenezcan.

4.6.2. La entidad autorizada a vender planes adicionales responderá por la atención integral en salud que sea demandada con el objeto de proteger el derecho a la vida y a la salud de los beneficiarios del PAS cuando celebre o renueve un contrato sin la previa verificación de la afiliación del contratista y las personas allí incluidas a una Entidad Promotora de Salud.

4.6.3. La mencionada entidad queda exceptuada de esta obligación cuando el contratista se desafilie del Sistema de seguridad Social con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del contrato, quedando el contratista o empleador moroso, obligado a asumir el costo de la atención en salud que sea requerida.

4.6.4. Teniendo en cuenta el objeto del contrato del plan adicional de salud suscrito, el hecho de que el contratante busca cobertura del mismo para un evento específico, la presunción de la buena fe y la necesidad de que las relaciones entre particulares se ciñan a sus postulados, puede crearse un deber especial conforme a la finalidad del contrato en favor de los usuarios y regido por las cláusulas allí establecidas, el cual no necesariamente se limita al ejercicio del derecho contractual sino que va más allá teniendo en cuenta los derechos fundamentales involucrados como la salud, la integridad personal y en especial la vida humana.

Para el efectivo cumplimiento de los aspectos anteriormente señalados, es



necesario recordar que el artículo 9º del Decreto 1757 de 1994 establece que “Las instituciones del sistema general de seguridad social en salud, garantizarán la participación ciudadana, comunitaria y social en todos los ámbitos que corresponda, conforme a las disposiciones legales aplicables”.

En virtud de lo anterior, las entidades destinatarias de la presente instrucción deberán remitir, dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente circular, el informe detallado de todas las alianzas, asociaciones de usuarios y veedurías a través de las cuales garantizan dicha participación. El informe debe contener la totalidad de los datos correspondientes a cada una de las entidades: nombre, representante legal, dirección, teléfono, número de integrantes, etc.

El incumplimiento de las instrucciones aquí impartidas por parte de las entidades a quienes va dirigida se considera práctica no autorizada por atentar contra el trato digno que merecen los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y darán lugar a la aplicación de las sanciones personales e institucionales respectivamente.

5. DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS

5.1. DERECHOS

- 5.1.1. A obtener un trato digno y respetuoso en el cual el objetivo fundamental sea el respeto por su vida, por su integridad física y, en general, por los derechos fundamentales consagrados en la Constitución Política de 1991.
- 5.1.2. A que los servicios le sean prestados en estricto cumplimiento de los principios taxativamente consignados en la Ley 100 de 1993 y las demás normas que rigen el sistema general de seguridad social en salud.
- 5.1.3. A que su estado de indefensión al momento de acudir a solicitar la prestación de un servicio de salud no se convierta en un mecanismo de explotación económica por parte de las entidades encargadas de su prestación.

5.2. DEBERES

- 5.2.1. A tratar con respeto a los funcionarios de las diferentes entidades encargadas del aseguramiento y la prestación de los servicios de salud.
- 5.2.2. En los términos del artículo 49 de la Constitución Nacional, a procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.



- 5.2.3. A proporcionar información fidedigna, cuando esta sea requerida por su médico tratante o el respectivo equipo de salud.
- 5.2.4. A realizar los aportes que le corresponde efectuar al Sistema de manera oportuna.
- 5.2.5. A efectuar un buen uso de los servicios y recursos de salud.