

ACUERDO 77 DE 1997

(Noviembre 20)

Por medio del cual se define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 212 de la Ley 100 de 1993,

[Ver el Acuerdo Distrital 89 de 2003](#)

ACUERDA:

CAPITULO I

Objeto

Artículo 1o. Objeto. El presente Acuerdo define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, determina el procedimiento para identificar a los potenciales beneficiarios de los subsidios y el mecanismo de selección de los beneficiarios, el procedimiento de afiliación a las Administradoras del Régimen Subsidiado; y la contratación y ejecución de los recursos.

CAPITULO II

Identificación de beneficiarios

Artículo 2o. Beneficiarios del régimen. Son beneficiarios del régimen subsidiado, toda la población pobre y vulnerable, que no tiene capacidad de pago para cotizar al régimen contributivo y en consecuencia recibe subsidio total o parcial para completar el valor de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada, de conformidad con los criterios de identificación, el orden de prioridades y el procedimiento previsto en el presente Acuerdo.

Artículo 3o. Mecanismos de identificación de potenciales beneficiarios. La identificación de los potenciales beneficiarios del régimen subsidiado se hará en todos los municipios del país mediante la aplicación del Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales, Sisben.

Cualquier ciudadano puede solicitar, en cualquier momento, que le sea aplicada la encuesta Sisben en su municipio de residencia. De igual manera cualquier ciudadano puede solicitar que se revise una o varias encuestas determinadas con el fin de verificar la información allí consignada, o determinar la existencia de variaciones en la información inicial, que modifiquen el puntaje obtenido.

Artículo 4o. Identificación de beneficiarios pertenecientes a comunidades indígenas. Las comunidades indígenas no están obligadas a aplicar el Sisben.

El Gobernador del Cabildo entregará al Alcalde del municipio un listado censal con el nombre, fecha de nacimiento, número de identificación, parentesco, sexo y discapacidad si la presenta, de las personas pertenecientes a su comunidad que deben ser beneficiarias del Régimen Subsidiado.

Parágrafo. Los indígenas que pertenezcan al régimen contributivo, por ser servidores públicos o empleados del sector privado, pensionados, o por desarrollar alguna actividad económica que les permita tener capacidad de pago, no podrán pertenecer al régimen subsidiado.

Artículo 5o. Identificación de poblaciones especiales. La población infantil abandonada será identificada a través de certificación expedida, por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, de conformidad con el formato que para el efecto defina Ministerio de Salud.

Cuando una persona, sea considerada indigente, por carecer de vivienda e ingresos, deberá ser identificada por la respectiva Alcaldía Municipal como beneficiaria del subsidio, sin necesidad de la aplicación del Sisben y de conformidad con el formato que para el efecto defina el Ministerio de Salud.

Los artistas, autores y compositores, cuya calidad haya sido reconocida por los Consejos Territoriales de Cultura, de conformidad con el artículo 30 de la Ley 397, serán afiliados al régimen subsidiado, previa aplicación del Sisben y de conformidad con lo establecido en el presente Acuerdo.

Con el fin de garantizar la afiliación, los Alcaldes solicitarán a los Consejos de Cultura la información sobre las personas que tienen la calidad de artistas, autores y compositores, para efectos de su eventual afiliación al régimen subsidiado.

Artículo 6o. Sistema de identificación de potenciales beneficiarios. La aplicación del Sisben, su implementación y administración estará a cargo del Alcalde del respectivo municipio.

Es responsabilidad de las Alcaldías, mantener a disposición del público toda la información concerniente al resultado de la aplicación del Sisben en su territorio y deberán entregar un informe anual, en el mes de enero, al Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, que contenga como mínimo la siguiente información: número de personas encuestadas clasificadas por nivel de Sisben, grupo etéreo, (sic) y área rural o urbana; número de personas identificadas como beneficiarios por nivel de Sisben, grupo etéreo, (sic) y área rural o urbana, identificando dentro de estos grupos la población materno infantil, indígena y discapacitada. Este informe debe ser entregado igualmente a las Direcciones Seccionales de Salud y demás organismos de control que lo soliciten.

Artículo 7o. Verificación de la identificación de beneficiarios. A las Direcciones Locales y Distritales de Salud, Personerías Municipales, Veedurías Comunitarias, Mesas de Solidaridad y a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, les corresponde verificar que las personas

identificadas como beneficiarios potenciales sean efectivamente las personas más pobres y vulnerables del respectivo municipio. Así mismo revisarán que se encuentren incluidas las personas que tendrían derecho a los subsidios.

CAPITULO III

Selección de beneficiarios

Artículo 8o. Continuidad de los beneficiarios afiliados. Los beneficiarios que ya se encuentren afiliados al régimen subsidiado seguirán perteneciendo a él siempre y cuando no reúnan las condiciones para pertenecer al régimen contributivo y pertenezcan a los niveles 1 y 2 del Sisben, o hayan sido identificados como beneficiarios a través del listado censal o sean beneficiarios pertenecientes al nivel 3 del Sisben en los casos autorizados por el CNSSS.

Cuando se determine que una persona identificada mediante listado censal no reúne las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado, se le deberá aplicar la encuesta Sisben por la Alcaldía respectiva.

Artículo 9o. Selección de nuevos beneficiarios. Las Alcaldías elaborarán la lista de potenciales afiliados del régimen subsidiado con base en la información obtenida, según lo dispuesto en los artículos 3o., 4o. y 5o. del presente Acuerdo, y la estimación de recursos disponibles para cada período de contratación.

La lista deberá estar conformada por la población perteneciente a los niveles 1 y 2 del Sisben y la identificada conforme a lo establecido en el artículo 5o. del presente Acuerdo, teniendo en cuenta el siguiente orden:

1. Población del área rural.
2. Población indígena.
3. Población urbana.

En cada uno de los grupos de población, señalados en los numerales anteriores se priorizarán los potenciales afiliados así:

1. Mujeres en estado de embarazo y niños menores de cinco años.
2. Población con limitaciones físicas, síquicas y sensoriales.
3. Población de la tercera edad.
4. Mujeres cabeza de familia.
5. Demás población pobre y vulnerable.

Dentro de cada grupo de potenciales afiliados se priorizarán de conformidad con el puntaje obtenido en la encuesta Sisben.

En la identificación de potenciales afiliados se incluirá el núcleo familiar.

Las Alcaldías elaborarán el listado de potenciales afiliados, en el estricto orden arriba señalado. Este listado deberá mantenerse en forma permanente, en lugar visible al público o también podrá estar a disposición para consultas a través de pantalla, y deberá actualizarse como mínimo dos veces al año, tres (3) meses antes de cada período de contratación.

Es obligación de las entidades territoriales identificar a las mujeres en estado de embarazo, mediante certificación expedida por la autoridad o institución que determine el Alcalde, con el fin de que sean tenidas en cuenta para la afiliación, en el orden establecido en el presente artículo. Igualmente, es obligación de las entidades territoriales identificar a los limitados físicos, (sic) síquicos y sensoriales, mediante certificación expedida por la autoridad o institución que determine el Alcalde.

La condición de mujer cabeza de familia será acreditada a través del procedimiento establecido en el artículo 2o. de la Ley 82 de 1993.

Parágrafo 1o. Se entenderá por núcleo familiar, el compuesto por los cónyuges o compañeros permanentes y los hijos menores de 18 años, los mayores con deficiencia física o mental, o los mayores de edad menores de 25 años siempre y cuando no tengan capacidad de pago. Las personas que no se encuentren dentro del núcleo definido deberán ser identificadas como un núcleo familiar diferente. [Ver el art. 2. Acuerdo del C.N.S.S.S. 138 de 1999](#)

Parágrafo 2o. Las personas que actualmente están afiliadas al régimen subsidiado continuarán en calidad de tales según la identificación establecida por el núcleo familiar definido en el Sisben.

Cuando una persona afiliada al régimen subsidiado se traslade al régimen contributivo, lo hará con el núcleo familiar definido para este último. Los demás familiares continuarán como beneficiarios del régimen subsidiado.

Parágrafo 3o. Los limitados físicos, síquicos y sensoriales que reúnen las condiciones para pertenecer al régimen contributivo como beneficiarios o cotizantes, deberán permanecer en éste.

Artículo 10. Verificación de la selección. A las Personerías Municipales, Veedurías Comunitarias, Mesas de Solidaridad y a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, Asociaciones y a las Alianzas de Usuarios, les corresponde verificar que la lista de afiliados potenciales se realice en el orden establecido en el presente Acuerdo.

En ejercicio de esta función podrán solicitar a las Alcaldías, Direcciones Seccionales, Distritales o Locales de Salud, la información necesaria para verificar la condición de los beneficiarios. Igualmente podrán ser veedores en la elaboración del listado priorizado de beneficiarios potenciales y solicitar a las autoridades respectivas, la modificación, adición o corrección de las listas.

CAPITULO IV

Afiliación

Artículo 11. Continuidad de la afiliación. Los entes territoriales deberán garantizar, antes de cualquier ampliación de cobertura, la destinación de los recursos necesarios para garantizar la continuidad de los afiliados al régimen subsidiado.

Artículo 12. Período de afiliación. El período de afiliación a una Administradora del Régimen Subsidiado será de un año y deberá coincidir con el período de contratación, de que trata el artículo 30 del presente Acuerdo.

Artículo 13. Libre escogencia de Administradora del Régimen Subsidiado. Todos los afiliados actuales al régimen subsidiado, como los que lleguen a afiliarse tienen el derecho de libre elección de ARS.

En el régimen subsidiado no se efectuarán procesos de ratificación de la afiliación, en consecuencia, si antes de 90 días de la terminación del período de contratación, el afiliado no manifiesta expresamente su voluntad de cambiar de Administradora, permanecerá en la que ha escogido inicialmente, por otro período de contratación.

Parágrafo. Los Gobernadores Indígenas, de común acuerdo con las autoridades legítimamente reconocidas al interior de su comunidad, podrán seleccionar la Administradora del Régimen Subsidiado a la cual se afiliarán todos sus integrantes, buscando mantener la unidad étnica. Lo anterior no obsta para que los indígenas individualmente considerados puedan escoger una Administradora diferente. En este último caso no será imperativa la concertación de que trata el artículo 8o. del Acuerdo 72 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 14. Traslado de administradora. El afiliado podrá trasladarse libremente de Administradora cuando se cumpla cada período de afiliación, de conformidad con el siguiente procedimiento:

1. La voluntad de traslado se deberá manifestar, en cualquier momento, después de 6 meses de iniciado el respectivo período de afiliación y hasta noventa (90) días calendario antes del vencimiento del período.

Para este propósito y durante este tiempo deberá manifestar libremente su voluntad, en el formulario que para tal efecto defina el Ministerio de Salud, en coordinación con la Superintendencia Nacional de Salud y entregar copia de éste a la Administradora del Régimen Subsidiado de la cual se retire. Igualmente, en el mismo período, el afiliado entregará copia del formulario, a la Administradora del Régimen Subsidiado que ha escogido con el correspondiente radicado de la anterior Administradora.

2. Las Administradoras del Régimen Subsidiado deberán remitir a la respectiva Alcaldía o Dirección de Salud, la información sobre las personas que se

afiliaron a su entidad Administradora, a más tardar sesenta (60) días calendario antes de iniciarse el período de contratación.

3. Las Alcaldías o Direcciones Locales de Salud, verificarán los listados enviados por las Administradoras del Régimen Subsidiado e informarán a estas últimas a más tardar cinco (5) días calendario antes de iniciarse el período de contratación sobre el listado definitivo de afiliados por los que se realizará el contrato y procederán a la firma del mismo.

4. El traslado de los afiliados se hará efectivo en el momento en que la respectiva entidad territorial suscriba el contrato con la Administradora del Régimen Subsidiado y lo registre presupuestalmente. La fecha del registro presupuestal debe coincidir con la fecha de suscripción del contrato.

Parágrafo 1o. Cuando se presenten dos o más formularios de traslado de un mismo afiliado a distintas ARS, tendrá validez el que se haya radicado primero en la Alcaldía o Dirección de Salud, dentro del plazo previsto en el numeral 2 del presente artículo.

Parágrafo 2o. En todo caso, el afiliado que se haya trasladado a otra Administradora del Régimen Subsidiado podrá revocar su voluntad, siempre que dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario siguientes al recibo del carnet, acredite debidamente, por cualquier medio, ante la respectiva Dirección Distrital, Departamental o Local de Salud, que el traslado que se revoca obedeció a hechos que hubieran eliminado o limitado de manera grave su libertad de escogencia.

Parágrafo 3o. Las actividades que adelanten las Administradoras del Régimen Subsidiado tendientes a obtener el traslado entre ARS de los afiliados a dicho régimen, se circunscribirán únicamente a aquellas de carácter general conforme a las instrucciones que sobre la materia imparta la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 15. Proceso de selección de administradora para nuevos afiliados. Los potenciales afiliados del régimen subsidiado escogerán libremente la Administradora del Régimen Subsidiado de su preferencia, de conformidad con el siguiente procedimiento:

1. Una vez identificados y seleccionados los beneficiarios de subsidios que pueden afiliarse, de conformidad con lo establecido en los Capítulos II y III del presente Acuerdo, la Alcaldía les comunicará entre los noventa (90) y sesenta (60) días calendario antes de iniciarse el período de contratación, personalmente, por edicto y a través de un medio masivo de comunicación, que deben elegir una Administradora de Régimen Subsidiado, informándoles la lista de entidades posibles que se encuentran inscritas y autorizadas para operar en el municipio de su residencia, con sus direcciones respectivas.

2. Las Alcaldías o Direcciones Locales de Salud, suministrarán a las Administradoras del Régimen Subsidiado inscritas y autorizadas en su territorio, entre los noventa (90) y sesenta (60) días calendario antes de

iniciarse el período de contratación, la lista priorizada de las personas seleccionadas para recibir el subsidio. Los listados deberán entregarse a todas las ARS en una misma fecha y deberán ser iguales para todas éstas.

3. Para proceder a la inscripción, los beneficiarios del subsidio deberán seleccionar una Administradora del Régimen Subsidiado entre los sesenta (60) y treinta (30) días calendario antes de iniciarse el período de contratación.

4. Una vez realizadas las inscripciones, las Administradoras del Régimen Subsidiado entregarán a las Direcciones Locales de Salud, a más tardar veinte (20) días calendario antes de iniciarse el período de contratación, la lista de afiliados con sus respectivos formularios, con el fin de proceder a la celebración de los respectivos contratos.

5. Las Alcaldías o Direcciones Locales de Salud, verificarán los listados enviados por las Administradoras del Régimen Subsidiado e informarán a estas últimas a más tardar cinco (5) días calendario antes de iniciarse el período de contratación sobre el listado definitivo de afiliados por los que se realizará el contrato y procederán a la firma del mismo.

6. Los beneficiarios de subsidios inscritos, se entenderán afiliados, en el momento en que la respectiva entidad territorial suscriba el contrato con la Administradora del Régimen Subsidiado y lo registre presupuestalmente. La fecha del registro presupuestal debe coincidir con la fecha de suscripción del contrato.

Parágrafo. Las Direcciones de Salud deberán mantener en forma permanente y actualizada, en lugar visible al público, la lista y direcciones respectivas de las Administradoras del Régimen Subsidiado autorizadas para funcionar en su territorio.

Artículo 16. Prohibición de afiliación forzosa. Bajo ninguna circunstancia se permitirá la asignación forzosa de beneficiarios del Régimen Subsidiado a una determinada Administradora del Régimen Subsidiado.

En el caso en que un potencial afiliado seleccionado como beneficiario no haya hecho uso del derecho de libre escogencia, dentro de los términos establecidos en el presente Acuerdo, deberá esperar para su afiliación hasta el siguiente período de contratación dependiendo de la disponibilidad de recursos.

Artículo 17. Actividades de promoción de servicios y mercadeo de Administradoras del Régimen Subsidiado. Para efectos de brindar una mayor información a la comunidad beneficiaria, las entidades administradoras seleccionadas podrán realizar actividades de divulgación y promoción de sus servicios, y deberán informar sobre la red de servicios disponibles, con el fin de que el usuario escoja libremente la mejor alternativa.

Si la Administradora ofrece servicios adicionales a los contemplados en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado, éstos deberán mantenerse durante el

tiempo que el afiliado permanezca en la Administradora, y no podrán financiarse con cargo a la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada.

Parágrafo. Las autoridades y entidades públicas de los órdenes Nacional, Distrital, Departamental y Municipal, diferentes a las Administradoras del Régimen Subsidiado no podrán promover o inducir, la afiliación a una determinada Administradora del Régimen Subsidiado. En consecuencia, las Administradoras del Régimen Subsidiado no podrán tener personal, propaganda u oficinas al interior de las Gobernaciones, Alcaldías Municipales o Direcciones de Salud.

Artículo 18. Carnetización de afiliados al régimen subsidiado. Toda la población afiliada al régimen subsidiado deberá identificarse mediante el carnet que expida la respectiva Administradora del Régimen Subsidiado y entregue de manera indelegable, el cual deberá contener como mínimo la información que para tal efecto definan la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud.

Los afiliados deberán estar carnetizados completamente a más tardar treinta (30) días calendario después de haberse suscrito el contrato. La vigencia de los carnets será de acuerdo al período de contratación.

La Administradora deberá renovar la vigencia de los carnets de sus afiliados que no han expresado su voluntad de cambio de ARS, una vez vencido el plazo establecido en este Acuerdo para efectuar los traslados de Administradora del Régimen Subsidiado, dentro del plazo previsto en el inciso anterior.

A más tardar 5 días hábiles después de suscrito el contrato, la Entidad Territorial y la Administradora del Régimen Subsidiado deberá suministrar a su red prestadora de servicios, el listado de sus afiliados, con el fin de que puedan acceder a los servicios de salud, aún cuando no hayan recibido su carnet. En estos eventos el usuario podrá recibir los servicios con la presentación del respectivo formulario de afiliación.

Una vez vencido el plazo para efectuar la carnetización, la entidad territorial sólo reconocerá a la ARS, los valores causados por concepto de UPC-S, a partir del momento en que el afiliado reciba su carnet, sin perjuicio de que la persona reciba los servicios que requiera desde el momento de la suscripción del contrato.

Parágrafo 1o. Por carnetización de afiliados, se entenderá la entrega física del carnet a los afiliados.

Parágrafo 2o. Todas las ARS, informarán a las entidades territoriales, el número e identificación de las personas carnetizadas en cada período de contratación.

Artículo 19. Afiliación de recién nacidos. Todo recién nacido, hijo de afiliado al régimen subsidiado, automáticamente quedará afiliado a la Administradora

del Régimen Subsidiado a la que pertenecen sus padres, sin perjuicio de que deba ser inscrito por éstos adjuntando el respectivo registro civil de nacimiento. Los entes territoriales reconocerán a la Administradora del Régimen Subsidiado el valor correspondiente a la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada a partir de la fecha del nacimiento.

Artículo 20. Reemplazos de personas inicialmente afiliadas. Cuando en una Administradora del Régimen Subsidiado existan cupos de subsidio disponibles por el fallecimiento del beneficiario o por perder la persona la calidad de beneficiario del régimen subsidiado, se asignará únicamente el subsidio para cubrir los nacimientos.

Artículo 21. Información sobre afiliados. Los entes territoriales deberán reportar la información que determine el Ministerio de Salud, Dirección General de Seguridad Social, en relación con los afiliados al régimen subsidiado.

Artículo 22. Deber de información de las ARS. Las Entidades Administradoras seleccionadas, deberán informar a las personas interesadas, de manera amplia, sobre los planes de beneficios que ofrece la entidad, el régimen de copagos, red de servicios, el sistema de referencia de pacientes y los mecanismos con que cuenta para garantizar una atención en salud con eficiencia, calidad y oportunidad.

Artículo 23. Pérdida de la calidad de afiliado. La calidad de afiliado al régimen subsidiado se pierde cuando se cumplen los requisitos definidos por la Ley 100 y sus decretos reglamentarios para pertenecer al Régimen Contributivo.

Igualmente se perderá la calidad de afiliado, durante ese período, cuando se compruebe por parte de la entidad territorial, el uso fraudulento del carnet por parte de un afiliado.

Las Personerías Municipales, Veedurías Comunitarias, Mesas de Solidaridad, los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y Asociaciones de Usuarios, verificarán los eventos en los cuales las personas pierdan la calidad de afiliados al régimen subsidiado.

Artículo 24. Doble afiliación a los regímenes contributivo y subsidiado. En el evento en que una persona posea carnet de afiliación al régimen contributivo y al régimen subsidiado, deberá devolver este último a la Administradora del Régimen Subsidiado a la cual se encuentre afiliado. Es obligación de las autoridades municipales, Administradoras del Régimen Subsidiado y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, retener los carnets del régimen subsidiado, cuando verifiquen la afiliación a los dos regímenes e informar este hecho a la Dirección de Salud.

Artículo 25. Doble afiliación al régimen subsidiado. Cuando una Administradora del Régimen Subsidiado, institución prestadora de servicios de salud, o autoridad municipal compruebe la afiliación de una persona a más de una administradora, informará de este hecho a las Direcciones Seccionales, Distritales o Locales de Salud, quienes informarán al afiliado que la ARS, a la

cual pertenece es aquella que primero radicó su inscripción en el ente territorial.

En los eventos en que se verifique una doble afiliación, la Administradora del Régimen Subsidiado a la cual deje de pertenecer el afiliado, podrá afiliar otra persona beneficiaria del régimen subsidiado con cargo a estos recursos. En este caso el período de afiliación de la persona será el que falte para terminar el período de contratación y podrá ejercer su derecho a la libre escogencia en los plazos previstos en este Acuerdo.

Igual procedimiento se empleará cuando la persona se encuentre afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado.

Artículo 26. Sanciones a Administradoras del Régimen Subsidiado. Si se comprueba que alguna Administradora ha promovido o inducido deliberadamente la doble afiliación de un beneficiario, la Superintendencia Nacional de Salud, impondrá a la Administradora las sanciones pertinentes.

Artículo 27. Formulario único de afiliación y traslado. El formulario único nacional de afiliación y traslado de Administradora del Régimen Subsidiado será el definido por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 28. Aseguramiento de la población que se traslada de municipio de residencia. Cuando una persona, fije su residencia en un municipio diferente al que se afilió al régimen subsidiado, e informe de este hecho a la ARS a la que pertenece, tendrá derecho a recibir servicios de salud por parte de la red pública del municipio al que se traslada, con cargo a los recursos de la ARS, a las tarifas establecidas en el Decreto 2423 de 1996 o las normas que lo adicionen o modifiquen, hasta que se venza el período de contratación respectivo.

Para efectos de que la persona continúe siendo beneficiaria del régimen subsidiado, deberá presentar su carné de afiliación al ente territorial al que llega, con el fin de que sea tenido en cuenta en forma prioritaria para las siguientes ampliaciones de cobertura de ese municipio.

CAPITULO V

Contratos de régimen subsidiado

Artículo 29. Contratos de aseguramiento. Una vez la Alcaldía o la Dirección de Salud verifique el listado de afiliados entregado por las Administradora del Régimen Subsidiado, procederán a suscribir los respectivos contratos de administración de subsidios.

Estos contratos se regirán por el derecho privado y deberán incluir como mínimo la información que determine el Ministerio de Salud. Podrán incluirse cláusulas exorbitantes.

Cuando la Administradora del Régimen Subsidiado cumpla con los requisitos exigidos en las normas para administrar los subsidios y los afiliados la hayan elegido, la Entidad Territorial deberá contratar con ella.

Artículo 30. Período de contratación. Los contratos del régimen subsidiado se celebrarán por un año, en dos períodos que comprenderán del primero (1o.) de abril al treinta y uno (31) de marzo y del primero (1o.) de octubre al treinta (30) de septiembre del siguiente año.

Artículo 31. Caducidad del contrato. Cuando se declare la caducidad de alguno de estos contratos el ente territorial, deberá adelantar el siguiente proceso:

1. Informar a los beneficiarios dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la ejecutoria del correspondiente acto administrativo, que ha sido declarada la caducidad del contrato entre el ente territorial y la ARS a la que pertenece y comunicarles que tienen plazo, de quince (15) días calendario contados a partir de la ejecutoria del acto administrativo, para que procedan a hacer la libre elección de otra administradora, advirtiendo que si no la realizan dentro de tal término, no tendrá derecho a los subsidios durante ese período.

2. Las ARS deberán remitir a la Entidad Territorial el listado de beneficiarios inscritos dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la fecha de vencimiento para escoger administradora.

3. Los contratos con las Administradoras escogidas, se harán durante los cinco (5) días calendario siguientes a la remisión de los listados, por el término que faltare para completar el período de contratación correspondiente. Cuando al adelantar el proceso descrito, se venza el período de contratación correspondiente, el nuevo contrato se hará hasta completar el período de contratación siguiente.

4. Si existe una sola ARS en el municipio y le es declarada la caducidad, la entidad territorial deberá convocar a otras ARS y en caso de no presentarse ninguna, deberá garantizar a los beneficiarios la atención en salud con cargo a los recursos para subsidios a la oferta, en calidad de vinculados.

Parágrafo 1o. La declaratoria de caducidad se hará con estricta sujeción a las normas legales que regulan la materia.

Parágrafo 2o. El ente territorial deberá garantizar la atención en salud de esta población, durante el período que transcurra entre la ejecutoria del acto administrativo y la celebración del nuevo contrato, con cargo a los recursos disponibles para subsidios a la oferta, en calidad de vinculados.

Parágrafo 3o. Las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud, deberán remitir, dentro de los cinco días hábiles siguientes, a la Superintendencia Nacional de Salud copia del acto administrativo ejecutoriado, con el cual se declare la caducidad de alguno de los contratos, con la documentación que fundamentó la decisión, los soportes del procedimiento

adelantado y las circunstancias en que quedaron los afiliados a la ARS de que se trate.

Artículo 32. Reporte de contratos al Ministerio de Salud. Los contratos entre los antes territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado o las renovaciones de los ya existentes, deberán reportarse por los antes territoriales, dentro de los plazos que establezca al Ministerio de Salud.

En todo caso, los contratos deben ser reportados a más tardar treinta (30) días calendario después de haberse suscrito. De no reportarse durante este tiempo, no habrá lugar a cofinanciación por parte del Fosyga.

Igualmente, con el fin de poder determinar la cobertura de afiliación de cada municipio y en consecuencia establecer las políticas de cofinanciación de los recursos para subsidios a la demanda del Fondo de Solidaridad y Garantía, en cada vigencia; los entes territoriales deberán reportar a la Dirección General de Seguridad Social del Ministerio de Salud la suscripción de todo contrato del Régimen Subsidiado, cualquiera que sea la fuente de financiación del mismo, incluyendo los contratos que se suscriban con las Cajas de Compensación Familiar para la administración de los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

Artículo 33. Sostenibilidad de afiliaciones con recursos de esfuerzo propio. Cuando los entes territoriales suscriban contratos para ampliación de cobertura con recursos de esfuerzo propio y sin cofinanciación del Fosyga deberán garantizar durante las siguientes vigencias, la continuidad de dicha afiliación con recursos adicionales a los que por ley deben destinarse a subsidios a la demanda.

Artículo 34. Ejecución de contratos. Las administradoras del Régimen Subsidiado deberán responder por el aseguramiento en salud de la población afiliada, a partir de la suscripción y registro presupuestal del respectivo contrato. En consecuencia los pagos se efectuarán a partir de dicha fecha.

Las ARS presentarán ante la Dirección de Salud de la respectiva entidad territorial la relación de los contratos de prestación de servicios de salud vigentes que acrediten la existencia de la red cada vez que la Dirección lo solicite. Igualmente deberán informar todo cambio que se presente en la red de servicios disponible.

Parágrafo. Las ARS presentarán trimestralmente ante la Superintendencia Nacional de Salud y ante la Dirección de Salud el estado de cartera frente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y a proveedores, así como lo que le adeuda la respectiva entidad territorial por concepto de los contratos de aseguramiento vigentes. Con la misma periodicidad, los antes territoriales informarán al Ministerio de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud sobre los recursos del régimen subsidiado pagados y por pagar a las ARS contratadas.

Artículo 35. Reporte de novedades. Las ARS, deberán presentar bimestralmente un reporte de novedades a las Direcciones Distritales, Locales o Seccionales de Salud, donde conste el comportamiento de los afiliados a la respectiva Administradora, en virtud de los contratos suscritos con las entidades territoriales.

Dicho reporte de novedades deberá contener como mínima la siguiente información:

- a) Nombre e identificación de los afiliados que se trasladaron al régimen contributivo;
- b) Nombre e identificación de los afiliados fallecidos;
- c) Nombre de las personas nacidas de afiliados en la respectiva ARS;
- d) Nombre e identificación de los afiliados que cambiaron su municipio de residencia.

Parágrafo 1o. El pago a las Administradoras, se efectuará de conformidad con la información presentada en el reporte de novedades. Para que sea reconocida la UPC correspondiente a los nacimientos, la ARS deberá hacer entrega al ente territorial del registro civil de nacimiento.

Parágrafo 2o. El Ministerio de Salud definirá el formato único nacional para el reporte de novedades.

Artículo 36. Verificación de la ejecución de los contratos. Una vez finalizado cada período de contratación del régimen subsidiado, las entidades territoriales procederán a efectuar una verificación de la ejecución del contrato, de conformidad con el período de aseguramiento, el número de afiliados realmente carnetizados y el valor de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada.

Artículo 37. Pagos a las Administradoras del Régimen Subsidiado. Los pagos de las entidades territoriales a las Administradoras del Régimen Subsidiado deberán efectuarse por anticipado. En consecuencia las Entidades Territoriales no podrán dilatar el pago so pretexto de incumplimiento de la ARS. En caso de presentarse incumplimiento, de parte de las ARS las entidades territoriales deberán adelantar los procedimientos administrativos o judiciales vigentes en las normas.

Artículo 38. Interventoría y supervisión de contratos. Es obligación de las entidades territoriales supervisar el cabal cumplimiento de las obligaciones a cargo de las Administradoras. Para este propósito se deberá establecer una Interventoría interna o externa y remitir el resultado de los informes de esta Interventoría a los Departamentos, cuando sea procedente, y a la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 39. Contratos de prestación de servicios de salud. De conformidad con el párrafo del artículo 22 de la Ley 344 de 1996 las Administradoras del Régimen Subsidiado deberán contratar con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas el 40 % del valor de la UPC efectivamente destinada a la prestación de servicios de salud.

Sin perjuicio del cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 344 de 1996, las entidades territoriales al celebrar los contratos de régimen subsidiado, respetarán la libertad que tienen las Administradoras del Régimen Subsidiado para seleccionar los prestadores públicos con los cuales deban celebrar contrato de prestación de servicios de salud y se abstendrán de imponerles cláusulas o condiciones excesivamente gravosas, especialmente en lo correspondiente a la forma de pago.

En los términos del artículo 65 de la Ley 383 de 1997, los recursos de la UPC-S no podrán ser sujetos de retención en la fuente por impuestos de ningún orden.

CAPITULO VI

Recursos del régimen subsidiado

Artículo 40. Manejo de los rendimientos de los recursos de cofinanciación. Los rendimientos financieros de los Fondos Seccionales o Locales de Salud, que generen los recursos destinados para el subsidio a la demanda, se destinarán en primera instancia, para cubrir el aumento de la UPC-S de un año a otro y los nacimientos en caso de ser necesario. Una vez cubierto el aumento de la UPC-S y la financiación de la afiliación de los nacimientos, se podrán destinar para ampliación de cobertura.

Si se destinan recursos para ampliación de cobertura, las Direcciones Seccionales de Salud, distribuirán estos recursos para nuevos subsidios entre los municipios que presenten menores coberturas o entre los que tengan el menor per. Cápita de recursos para subsidios a la demanda.

Estas distribuciones deben efectuarse previo concepto del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud y con la autorización de la Dirección General de Seguridad Social, que evaluará la sostenibilidad de estas nuevas afiliaciones en el tiempo.

Artículo 41. Alternativa para el pago de subsidios a las Administradoras del Régimen Subsidiado con cargo a recursos transformados de oferta a demanda. Las Direcciones de Salud podrán pactar con las Administradoras del Régimen Subsidiado, y con las IPS públicas o las Empresas Sociales del Estado, que se encuentren dentro de la red de servicios de la administradora, que una parte de la UPC-S sea cancelada a las ARS en servicios de salud que se comprometen a suministrar dichas prestadoras, de acuerdo con los siguientes parámetros:

1. La cuantía del convenio celebrado entre la ARS, la Dirección de Salud y las IPS no podrá ser superior al 20% del valor de la UPC-S por cada uno de los afiliados.
2. La suma de los convenios de "anticipo" o de "pago en servicios", de que trata el presente artículo, que celebre la Dirección, no podrá superar el monto total de los recursos transformados.
3. El valor de los servicios que se comprometen a prestar las IPS, constituyen anticipos de los contratos de prestación de servicios que suscriban con las ARS y serán financiados con cargo a los recursos transformados de oferta (situado fiscal y rentas cedidas).
4. La ARS cancelará el valor del convenio con la IPS, en la forma como se estipule. No obstante, el anticipo se irá amortizando hasta con el 50% del valor de cada una de las cuentas que presente la IPS.
5. Las ARS mantendrán su autonomía para contratar la prestación de los servicios de salud con varios proveedores tanto de naturaleza pública como privada.

Parágrafo. En todo caso, la Dirección Territorial debe garantizar la sostenibilidad del proceso de transformación de recursos de que trata el presente artículo y en consecuencia el equivalente a los recursos transformados, no podrá programarse nuevamente como transferencias directas de las entidades territoriales en los presupuestos de las instituciones prestadoras de servicios.

Artículo 42. Porcentaje mínimo de la UPC-S destinado a prestación de servicios de salud. Las Administradoras del Régimen Subsidiado deberán destinar como mínimo de los ingresos por concepto de UPC-S, el setenta por ciento (70%) para financiar la prestación de servicios de salud de su población afiliada al régimen subsidiado, y el diez por ciento (10%) para financiar las acciones de promoción y prevención de esta población.

Al finalizar cada ejercicio anual, se descontará del valor de las UPCS registradas como ingresos, lo gastado en prestación de servicios de salud y el pago de la póliza para enfermedades de alto costo. Si el valor gastado es inferior al setenta por ciento (70%) de los ingresos por UPC-S, la ARS constituirá un fondo de reserva con esta diferencia.

Los recursos de este fondo reserva deberán invertirse de conformidad con las normas aplicables al margen de solvencia de las Entidades Promotoras de Salud y sólo podrán utilizarse en prestación de servicios de salud. Para tal efecto las ARS de carácter público deberán apropiar el valor de dichas reservas.

Los recursos con los que se constituya el fondo reserva y sus rendimientos financieros, de que trata este artículo se mantendrán indefinidamente, en tanto no se utilicen en la prestación de servicios de salud, y deberán estar

registrados en la contabilidad de las ARS y reflejarse en sus estados financieros.

De conformidad con el procedimiento que defina el Ministerio de Salud, las ARS, deberán girar a los Fondos Seccionales, Distritales o Locales de Salud. el monto correspondiente a los recursos no ejecutados del 10% de la UPC-S, que según lo definido en el presente artículo, deberá destinarse a actividades de Promoción y Prevención.

Artículo 43. Aseguramiento de las Comunidades Indígenas. Concurrirán en la financiación del aseguramiento de las comunidades indígenas los recursos del municipio o del departamento donde se encuentren los asentamientos indígenas y los que por cofinanciación destina el Fondo de Solidaridad y Garantía al mismo municipio. La cofinanciación podrá aumentar con los recursos específicos para subsidio a la población indígena presupuestados al interior de la Subcuenta de Solidaridad y recursos que los resguardos indígenas destinen para el subsidio con cargo a sus participaciones en los Ingresos Corrientes de la Nación.

Para efectos de acceder a los recursos del subsidio, los gobernadores de los cabildos deberán entregar el listado de los miembros de su comunidad al Alcalde, del respectivo municipio, con copia a la Dirección General de Seguridad Social del Ministerio de Salud, informando sobre los recursos del municipio y/o resguardo que están en capacidad de comprometer en el aseguramiento de su población.

Artículo 44. Recursos que administran directamente las Cajas de Compensación Familiar. Cuando en uso del derecho a la libre elección un afiliado a una Caja de Compensación Familiar con recursos que estas administran directamente, se traslade a otra

ARS, la respectiva Caja deberá girar a los Fondos Seccionales o Locales de Salud, el valor par concepto de UPC-S de dicha persona, quien mientras mantenga las condiciones para ser beneficiario del régimen subsidiado, será financiada con cargo a estos recursos.

Artículo 45. Manejo de los recursos que administran las Empresas Solidarias de Salud. Para el manejo de los recursos del régimen subsidiado las Empresas Solidarias de Salud, deberán constituir un encargo fiduciario.

CAPITULO VII

Otras disposiciones

Artículo 46. Atención en salud para la población desplazada por la violencia. La población desplazada por la violencia que se encuentra afiliada al régimen subsidiado deberá ser atendida según los contenidos del POS-S, con cargo a los recursos que la respectiva Administradora recibe por la afiliación de estas personas, en el lugar donde se hayan desplazado.

En caso de que no exista contrato de prestación de servicios entre la ARS y la IPS que atienda a la población desplazada por la violencia, la ARS reconocerá el valor de los servicios según las tarifas establecidas en el Decreto 2423 de 1996 o las normas que lo adicionen o modifiquen.

Artículo 47. Ampliación de beneficios y de beneficiarios del Régimen Subsidiado. Una vez se haya logrado en un municipio el aseguramiento de la totalidad de los beneficiarios identificados mediante el Sisben en los niveles 1 y 2, y si los recursos que por ley deben destinarse a subsidios a la demanda lo permiten, sin utilizar los recursos del Fosyga, el Alcalde podrá desarrollar las siguientes alternativas, previa recomendación del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud:

Ampliación de los beneficiarios del Régimen Subsidiado incluyendo a los identificados como nivel 3 por el Sisben, en estricto orden del puntaje de menor a mayor, y

Ampliación de los contenidos del POS-S que le igualen o lo aproximen a lo definido para el POS del Régimen Contributivo, con el respectivo ajuste del valor del Subsidio.

Artículo 48. Redistribución de recursos por parte de los Consejos Territoriales. Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud podrán redistribuir los recursos del Fosyga, asignados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para mantener cobertura, previa autorización de la Dirección General de Seguridad Social, siempre y cuando se garantice la continuidad de toda la población afiliada por municipio.

Artículo 49. Atención a no asegurados. Las personas, sin capacidad de pago, que no hayan podido afiliarse al régimen subsidiado por disponibilidad de recursos para subsidios a la demanda, deberán ser atendidas, en calidad de vinculados, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas o Empresas Sociales del Estado o IPS privadas que tengan contrato con el Estado para el efecto, con cargo a los recursos del subsidio a la oferta.

Artículo 50. Poblaciones especiales. Los mecanismos de identificación, selección, afiliación y subsidio de poblaciones especiales definidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, continuarán vigentes. Así mismo el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, podrá definir mecanismos especiales para diferentes tipos de población.

Artículo 51. Contratación con prestadores de servicios de salud de carácter público. Las ARS, deberán contratar la prestación de servicios de salud directamente con las instituciones prestadoras que tengan capacidad jurídica para efectuar dichos contratos.

En todo caso, siempre se deberá garantizar que los recursos derivados de estos contratos, sean recibidos por quien efectivamente presta el servicio.

Artículo 52. Información sobre potenciales beneficiarios y afiliados. Las entidades territoriales deberán mantener actualizada una base de datos única donde estén registrados todos los potenciales beneficiarios del régimen subsidiado independientemente de su mecanismo de identificación y así mismo todos los afiliados al régimen subsidiado por ARS en su territorio. Esta información deberá ser suministrada a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud.

Parágrafo. Con el objeto de actualizar la información, en el momento de nuevas afiliaciones por ampliación de cobertura, se validarán las inscripciones hechas en cada ARS y se incluirán en la base de datos.

Artículo 53. Identificación de múltiples afiliaciones. En un tiempo no superior a 6 meses contados a partir de la fecha de publicación del presente Acuerdo, las Entidades Territoriales, deberán efectuar un cruce de las bases de datos de los afiliados a cada ARS para identificar aquellos que se encuentren afiliados a más de una Administradora. Para estos efectos las Administradoras deberán entregar al ente territorial las bases de datos de sus afiliados.

Una vez realizada la validación, los entes territoriales informarán a las ARS cuál es el listado definitivo de sus afiliados, así como al administrador fiduciario de los recursos del Fosyga, en forma simultánea. Esta validación e información deberá realizarse semestralmente, en los meses de junio y diciembre a partir de 1998.

El administrador fiduciario de los recursos del Fosyga reportará la información al Ministerio de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con la reglamentación y estructura de datos que el Ministerio de Salud expida para el funcionamiento del sistema de información del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

CAPITULO VIII

Disposiciones transitorias

Artículo 54. Uniformidad en los períodos de contratación. Los afiliados a las Administradoras del Régimen Subsidiado que hayan hecho uso de la libertad de traslado de ARS, antes de la vigencia del presente Acuerdo, podrán hacer uso nuevamente de tal derecho, en los plazos establecidos en el presente Acuerdo para el período de contratación comprendido entre el primero (1o.) de abril de 1998 y el treinta y uno (31) de marzo de 1999.

Los afiliados cuyos contratos vencen el 31 de marzo de 1998 y que no hayan hecho uso de la libertad de traslado, antes de la vigencia del presente Acuerdo, sólo podrán hacer uso de tal derecho, en los plazos establecidos en el presente Acuerdo para el período de contratación comprendido entre el primero (1o.) de abril y el treinta y uno (31) de marzo.

Para los afiliados al régimen subsidiado con recursos del Fosyga en el mes de diciembre de 1996, que hayan manifestado su voluntad de traslado antes de la

fecha de vigencia del presente Acuerdo este se hará efectivo en la renovación de los contratos de régimen subsidiado que vencen el treinta (30) de septiembre de 1998, según lo dispuesto en el Acuerdo 76 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Estos afiliados podrán volver a manifestar su voluntad de traslado para el período de contratación comprendido entre el primero (1o.) de octubre de 1998 al treinta (30) de septiembre de 1999, en los plazos previstos en este Acuerdo.

Los afiliados al régimen subsidiado con recursos del Fosyga en el mes de diciembre de 1996, que no hayan manifestado su voluntad de traslado antes de la fecha de vigencia del presente Acuerdo, solo podrán hacer uso de tal derecho para el período de contratación comprendido entre el primero (1o.) de octubre de 1998 al treinta (30) de septiembre de 1999, en los plazos previstos en este Acuerdo.

Los contratos suscritos por las Cajas de Compensación Familiar con recursos que estas administran directamente, deberán ajustarse a los períodos de contratación establecidos en el presente Acuerdo.

Artículo 55. Vigencia y derogaciones. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación en el Boletín del Ministerio de Salud, Capítulo Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y deroga todas las normas que le sean contrarias, en especial, los Acuerdos 23, 28, 32, 56, y el párrafo 2o. del artículo 7o. del Acuerdo 72 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Santa Fe de Bogotá, D. C., a 20 de noviembre de 1997.

La Presidenta CNSSS,

María Teresa Forero de Saade.

El Viceministro encargado de las funciones del Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Eduardo Fernández Delgado.

El Secretario Técnico CNSSS,

Luis Carlos Sandino Restrepo.