

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD Para responder este documento favor citar este número:	
Rad No:	20241000000373691
Fecha:	07-03-2024
Dependencia	Despacho del Superintendente Nacional de Salud
Expediente	2024100001901000001E

Bogotá,

Doctora
DIANA MARCELA MORALES ROJAS
Secretaria General
Comisión Cuarta de la Representante a la Cámara
Congreso de la República de Colombia
comision.cuarta@camara.gov.co
Bogotá DC

Asunto: Respuesta cuestionarios HR Modesto Enrique Aguilera y Olga Lucía Velásquez Nieto – Proposición No. 039 de 2024
Referencia: 20249300400824802

Respetada doctora Morales, cordial saludo.

En atención a la proposición del asunto, mediante la cual cita a debate de control político (fecha por definir), para que se rinda *"informe en relación a la situación financiera del sistema de salud colombiano de la cual existen varias versiones una de ellas; por parte de las IPS (instituciones prestadoras de salud) afirmando la existencia de una deuda por \$25 billones de pesos colombianos"*, y se remite copia de los cuestionarios de los HR Olga Lucía Velásquez y Modesto Enrique Aguilera, de manera atenta me permito dar respuesta en los siguientes términos:

*** CUESTIONARIO DEL HR MODESTO ENRIQUE AGUILERA:**

Página 1 de 39

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

DIFT17

1. ¿Detallar el estado actual de la deuda del sistema de salud colombiano, desglosada por concepto y entidad deudora?

Respuesta: Previo a remitir la información solicitada, a continuación se presenta la ficha técnica aplicada para realizar el análisis de las cuentas por pagar, de acuerdo con esta solicitud:

Ficha técnica

Fuente	Instrumento y Corte de la información	Fecha de recepción	Observaciones
Dirección de Innovación y Desarrollo SNS	Archivo Tipo FT004- Cuentas por pagar - Acreedores Corte Noviembre de 2023	10 de enero de 2024	Se realizan los filtros y depuraciones detallados más adelante, en el cuerpo del presente documento.

Respecto a la fuente de información de las cuentas por pagar de las EPS en funcionamiento, se informa que corresponde al reporte que las entidades vigiladas hacen a la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de lo ordenado en la Circular Externa 0016 de 2016 y sus modificatorios, con las condiciones y periodicidad allí establecidas para efectos de supervisión.

En virtud de dicha circular para efectos de supervisión, las entidades vigiladas reportan el Archivo Tipo FT004 “Cuentas por pagar – Acreedores” en la plataforma nRVCC dispuesta para tal fin por la Superintendencia.

Ahora bien, la información que se debe incluir en el citado Archivo Tipo FT004 corresponde a todas las cuentas por pagar de la entidad desagregadas por la línea de negocio, acreedor, concepto acreedor, según la edad de la cuenta y datos complementarios, información que se encuentra certificada por el representante legal, contador público y revisor fiscal de cada entidad.

De acuerdo con lo anterior, las cuentas por pagar para el **corte noviembre de 2023**, fueron determinadas considerando lo siguiente:

1. Se contempla únicamente la Línea de Negocio 1: Aseguramiento Obligatorio.
2. Se tomó los conceptos de acreencia: Prestación de Servicios de Salud e insumos y medicamentos.

Tabla No. 1. Cuentas por pagar EPS Activas por concepto y entidad deudora - corte noviembre de 2023

Cifras en miles de Pesos

EPS	Instituciones - IPS			Profesional Independiente	Transporte Especial de Pacientes	Proveed. Serv. y Tecn. en Salud	OTROS	TOTAL CUENTAS POR PAGAR
	Pública	Privada	Mixta					

EPS	Instituciones - IPS			Profesiona	Transpo	Proveed.	OTROS	TOTAL
				Independ	rte Espe	1995 y 1		CUENTAS
SURA	16.993.038	703.934.405	4.602.072			1995 y 1	22.691.516	770.998.863
SALUD TOTAL	21.574.901	372.183.309	557.480	45.059	132.158	42.069.383	8.958.303	445.520.593
SANITAS	137.613.294	1.321.042.937	1.810.788	4.701.423	3.212.689	416.981.280	82.810.233	1.968.172.644
S.O.S	13.733.493	503.923.614	52.266	585.569	506.663	87.462.218	8.079.938	614.343.762
MUTUAL SER	25.809.690	185.077.863	7.961.429	224.067	193.951	77.336.516	15.717.836	312.321.352
PIJAOS	63.396.715	55.385.429	20.725	40.167	0	242.421	6.759.625	125.845.082
AIC	99.285.303	118.507.270	3.121.665	748.351	45.725	1.161.788	29.459.106	252.329.208
FAMISANAR	330.997.249	1.749.814.890	2.084.995	4.529.873	1.825.499	29.586.803	25.223.288	2.144.062.597
ALIANSA LUD	2.549.800	100.116.396	138.942	91.377	88.771	1.853.218	3.093.657	107.932.160
MALLAMAS	76.124.078	131.586.326	2.279.653	1.081.583	7.454.965	1.115.325	7.447.769	227.089.699
ANAS WAYUU	52.773.153	64.153.419	14.423	0	1.627.916	124.960	5.171.873	123.865.744
DUSAKAWI	50.734.037	200.114.529	118.606	35.898	161.053	179.746	9.743.995	261.087.863
COMPENSAR	34.494	645.700	0	35.847	17.705	67.423	5.354.787	6.155.956
CAJACOPI	30.483.929	71.049.345	1.282.424	109.772	51.176	2.727.976	7.300.148	113.004.771
CCF. VALLE	1.938.399	95.846.076	27	65.007	0	129.480	3.287.227	101.266.215
COMFAORIENTE	9.466.477	37.500.302	18.973	126.619	94.239	0	1.838.832	49.045.442
COMFACHOCÓ	2.986.964	12.227.534	59.563	16.712	147.374	1.061	1.854.481	17.293.689
CAPRESOCA	74.168.591	47.439.714	12.027	1.318.937	1.350.951	128.203	19.784.262	144.202.685
NUEVA EPS	365.158.851	818.548.844	10.922.175	427.224	7.185.028	31.776.205	545.403.294	1.779.421.619
COOSALUD S.A.	61.763.501	211.759.791	22.144	329.836	269.391	17.060.115	11.305.481	302.510.259
CAPITAL SALUD	47.650.059	63.727.713	77.238	13.802	141.931	10.312.962	3.092.558	125.016.264
SAVIASALUD	265.107.809	366.067.852	53.841.596	118.008	652.653	31.824.804	65.415.297	783.028.019
SALUD MÍA EPS	258.282	8.907.364	0	272	0	0	17.954	9.183.872
ASMET S.A.S	320.158.993	405.165.856	1.762.141	353.395	1.496.527	6.824.913	90.574.691	826.336.517
EMSSANAR S.A.S.	581.439.154	812.142.512	230.783	1.242.224	2.357.460	39.786.314	32.687.188	1.469.885.635
EPS FAMILIAR	29.925.617	43.971.634	444.749	213.139	350.138	1.346.244	13.708.451	89.959.970
SALUD BOLÍVAR EPS	9.536	1.003.078	0	0	0	1.284	4.958	1.018.857
TOTAL	2.682.135.407	8.501.843.702	91.436.883	19.596.914	29.527.625	818.957.058	1.026.786.747	13.170.284.335

Fuente: Archivo Tipo FT004 reportado por las EPS a la SNS consolidado por la Dirección de Innovación y Desarrollo dispuesto el 10 de enero de 2024- Corte a Noviembre de 2023 - Cifras en miles de Pesos - Línea de negocio: Aseguramiento obligatorio y Conceptos de acreencia: Prestación de servicios de salud, insumos y medicamentos.

2. ¿Cuáles son las causas y factores que han contribuido a la acumulación de esta deuda y las medidas tomadas para abordarlas?

Respuesta: En el marco de sus funciones Inspección y Vigilancia descritas en el artículo 35 de la Ley 1122 de 2007, esta Superintendencia ha realizado requerimientos a las EPS, EAS, y EPSI, frente al comportamiento financiero, cumplimiento de condiciones financieras y de capacidad financiera de las entidades vigiladas y manifestaciones públicas realizadas por las mismas, quienes en respuesta, han argumentado las siguientes situaciones:

- Sobrecostos en los servicios y tecnologías en salud, o incremento de gastos en la prestación
- Deudas contraídas durante la pandemia del Covid 19
- Insuficiencia de la UPC para la atención a afiliados
- Asignación forzosa de afiliados siniestrados (enfermedades crónicas y de alto costo)
- Siniestralidad de afiliados catalogados como alto costo
- Incumplimiento de pagos de presupuestos máximos
- Incumplimiento de pagos de recursos no UPC desde periodos anteriores a presupuestos máximos
- Insuficiencia en los recursos asignados por presupuestos máximos
- Restricción de afiliación por medidas de vigilancia especial
- Situación migratoria con efectos en costos adicionales de atención
- Necesidad de capitalización y ausencia de inversionistas

3. ¿Cuál es el impacto de la deuda en la prestación de servicios de salud a la población colombiana, especialmente en términos de acceso y calidad?

Respuesta: La deuda a favor de los prestadores de servicios de salud impacta directamente en la prestación de servicios de salud a los usuarios, con observancia de las características del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, tales como continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad y seguridad para la oferta de servicios de salud, toda vez que limita a los prestadores de servicios de salud en la adquisición de insumos, medicamentos, dispositivos y equipos médicos, la contratación y pago del talento humano, el mantenimiento de la infraestructura, incidiendo en la adherencia a los procesos prioritarios.

El no reconocimiento de la deuda a los prestadores de servicios de salud incide en la articulación con la red de prestadores, puesto que no permite procesos oportunos de referencia y contrarreferencia, y asimismo, repercute en la capacidad de respuesta y la cobertura de los servicios que se ofertan, limitando la integralidad en la atención en salud.

Del mismo modo, la deuda por parte de las entidades responsables de pago genera que los prestadores de servicios de salud incumplan con las obligaciones adquiridas con sus proveedores, contratistas y trabajadores, lo que deriva un riesgo procesal alto, que se materializa en el aumento de condenas en su contra, adicionalmente la periodicidad de la mora repercute en una baja probabilidad de recuperación de cartera.

De otra parte, como consecuencia de los procesos judiciales por mora en las obligaciones con terceros, se practican medidas cautelares y embargos en contra de los prestadores de servicios de salud, situación que afecta el flujo de recursos y su sostenibilidad fiscal y financiera.

4. ¿Cuáles son las estrategias y planes futuros para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de salud y evitar una crisis similar en el futuro?

5. ¿Cómo se coordina el Ministerio de Salud, la ADRES y la Superintendencia de Salud para abordar conjuntamente esta problemática y garantizar una respuesta integral?

6. ¿Qué acciones se están tomando para mejorar la coordinación y la colaboración entre estas entidades en materia financiera y operativa?

Respuesta: Considerando que las 3 preguntas de los numerales 4, 5 y 6 contienen el mismo eje temático, esta entidad se pronuncia en los siguientes términos:

La Superintendencia Nacional de Salud como entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con el artículo 1° del Decreto 1080 de 2021 está sujeta a lo que el Ministerio de Salud y Protección Social, como máximo órgano del sector salud determine en el marco de su competencia para: formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud, conforme lo dispuesto en las Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007, asume un rol esencial en la supervisión y control del sistema de salud.

En efecto, el artículo 36 de la Ley 1122 de 2007 señala que la Superintendencia Nacional de Salud es cabeza del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales.

Su labor se enfoca en cumplir las funciones constitucionales y legales de intervención en el sistema de salud, conforme a las finalidades constitucionales que facultan la regulación, el control y la vigilancia de dichos servicios para la protección de los recursos, y la defensa de los derechos de los afiliados con relación a la continuidad en el aseguramiento y la prestación del servicio de salud a cargo de las EPS y entidades prestadores y proveedoras de tecnologías en salud.

Estas funciones se ejercen sobre los actores para vigilar que cumplan con las normas que regulan su actividad en el marco de la habilitación que se les confiere para participar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y prestar un servicio público.

Como entidad de carácter técnico, cuenta con personería jurídica, autonomía administrativa, y, por tanto, tiene la facultad de emitir instrucciones a los

sujetos vigilados sobre el cumplimiento de las disposiciones normativas que regulan su actividad, fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de tales normas y señalar los procedimientos para su cabal aplicación.

En desarrollo de lo anterior, el artículo 23 del Decreto 1080 de 2021, establece las funciones de la Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades de Aseguramiento en Salud, entre otras, las de:

“(...) 11. Inspeccionar y vigilar a las Entidades de Aseguramiento en Salud, en relación con la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud,

12. Verificar que la información de carácter financiero de los sujetos vigilados refleje su situación financiera y los resultados de operación y recomendar al Superintendente Delegado las decisiones que se deban adoptar.

(...)

20. Adelantar visitas, auditorías, requerir información y utilizar los demás medios de prueba, para el cumplimiento de sus funciones, así como emitir los informes y comunicar los resultados a los sujetos vigilados.

21. En coordinación con la Dirección de Medidas Especiales para Entidades Promotoras de Salud y Entidades Adaptadas, elaborar análisis y recomendar al Superintendente Delegado, sobre la posibilidad de adoptar medidas especiales de las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas. (...)”

Con base en lo anterior, la Superintendencia ha impartido instrucciones a sus vigilados para garantizar el cumplimiento de la normas relacionadas con aseguramiento en salud. Dichas actuaciones han mantenido la línea regulatoria del marco normativo superior y preexistente, y en tal sentido, esta entidad define instrucciones para realizar las legítimas funciones de supervisión a través de reportes de información de las entidades vigiladas (entre otras acciones de inspección y vigilancia) para validar el cumplimiento de las normas.

Por su parte, la ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud) fue creada con el fin de garantizar el adecuado flujo de los recursos y los respectivos controles.

Ahora bien, las funciones del Ministerio de Salud y Protección Social se definen en el artículo 2 del Decreto 4107 de 2011, a saber:

“(...)

20. Realizar los estudios y el análisis de viabilidad, estabilidad y equilibrio financiero de los recursos asignados a la salud y promoción social a cargo del Ministerio.

21. *Administrar los recursos que destine el Gobierno Nacional para promover la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando quiera que no exista norma especial que los regule o reglamente, ni la administración se encuentre asignada a otra entidad*

(...)

30. *Preparar las normas, regulaciones y reglamentos de salud y promoción social en salud, aseguramiento en salud y riesgos profesionales, en el marco de sus competencias. (...)*

De acuerdo con lo anterior, el Ministerio como rector de la política pública en salud, define e implementa políticas que permitan el uso eficiente y racional de los recursos disponibles para garantizar el derecho fundamental a la salud a través del SGSSS y en consecuencia esta Superintendencia aplica y regula la normatividad emitida por la Cartera Ministerial.

*** CUESTIONARIO DE OLGA LUCÍA VELÁSQUEZ:**

1. Supervisión de las EPS: En cumplimiento de las competencias otorgadas por la ley y las diferentes normas que rigen el proceso de IVC, a cargo de la Superintendencia, ¿cuáles son las medidas adoptadas por su despacho desde la llegada del Gobierno, para garantizar que el flujo financiero del sistema llegue tanto a las entidades administradoras de planes de beneficios como a la red de prestadores de servicios de salud y red de logística del sistema?

Respuesta: En primer lugar, es necesario recordar que el marco de las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud se encuentra definido en la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011, la Ley 1949 de 2019, el Decreto 1080 de 2021, y sus respectivas normas reglamentarias. Adicionalmente, en los artículos 36 de la Ley 1122 de 2007 y 2 de la Ley 1966 de 2019, la Superintendencia Nacional de Salud como organismo técnico, tiene a su cargo el Sistema Integrado de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social y le corresponde ejercer inspección, vigilancia y control respecto de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud enunciados, entre otros, en los artículos 155 de la Ley 100 de 1993, 121 y 130A de la Ley 1438 de 2011, modificado por la Ley 1949 de 2019.

En tal sentido, desde la Superintendencia Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud, en el marco de lo dispuesto en el Decreto 1080 de 2021, ha venido realizando el monitoreo continuo a las PQRD interpuestas por los prestadores de servicios de salud, agremiaciones y asociaciones, para proceder a realizar requerimientos a las EPS con el propósito de realizar el seguimiento a la asignación, aplicación y ejecución de los recursos del Sistema

General de Seguridad Social en Salud, y obtener soluciones de fondo a los requerimientos que se efectúen.

Por otra parte, la Superintendencia en el marco de sus funciones de inspección y vigilancia, ha efectuado análisis frente a la publicación de pagos efectuada por las EPS en el marco de lo dispuesto en la Circular Externa 008 modificada por las Circulares Externas 017 de 2020, 056 de 2022 y 2023150000000006-5 de 2023.

Adicionalmente, la Superintendencia Nacional de Salud ha realizado visitas de auditoría con el objetivo de evaluar el cumplimiento de la resolución 497 de 2021, relacionada con las condiciones de habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud. Particularmente, en la evaluación del grupo X - Contratación y pago de tecnologías de salud - de la mencionada resolución, esta Superintendencia ha realizado actividades de auditoría tendientes a verificar: 1) la trazabilidad de los pagos efectuados a prestadores y proveedores de tecnologías en salud, y 2) el cumplimiento oportuno de los pagos acordados por concepto de servicios y tecnologías en salud. Así mismo, se han realizado auditorías específicas a algunas EPS que también han contemplado temas relacionados con la trazabilidad y oportunidad de pagos con prestadores y proveedores de tecnología en salud.

En términos generales, estas actividades de auditoría implican la verificación directa de las obligaciones y pagos en los sistemas de información de las EPS así como la validación de los soportes de transferencias bancarias y giros directos, para las vigencias 2021 y 2022. En los casos en que se han evidenciado incumplimientos a la normatividad que rige el flujo de recursos en el SGSSS, la Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud ha dado traslado a la Delegada de Investigaciones Administrativas para las acciones de control que correspondan.

Por otra parte, resulta importante señalar que la función de conciliación extrajudicial en derecho de la Superintendencia Nacional de Salud constituye el escenario alternativo para la solución de los conflictos que se susciten entre los usuarios y actores del SGSSS y que afectan la efectiva prestación del servicio de salud. En cumplimiento de sus funciones, en el año 2023 la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación programó y realizó de manera presencial y/o virtual veintiún (21) Pre-jornadas y veintiún (21) Jornadas de Conciliación Extrajudiciales en Derecho, a las que se convocó a la red pública y privada a nivel nacional, abarcando los 32 departamentos del territorio nacional, así como en la sede central (Bogotá D.C) se surtieron las audiencias correspondientes al reparto ordinario, aplazamientos, suspensiones y reprogramaciones.

Así entonces, a través de la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, se han adelantado las siguientes acciones:

Considerando lo establecido en las leyes 1281 de 2002, 1608 de 2013 y 1797 de 2016 (art. 9), en donde el saneamiento y la depuración de las cuentas por cobrar y por pagar del sector salud son procesos permanentes y dinámicos, cuya responsabilidad primaria recae sobre los actores del Sistema, esta Superintendencia ha realizado diversas acciones con el propósito de mejorar la confiabilidad y calidad de la información e impactar de manera positiva el flujo de recursos hacia los prestadores de servicios de salud.

Para ello, en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) se han impartido instrucciones frente al proceso de saneamiento y depuración de cuentas, como lo es la Circular Conjunta 030 de 2013. Adicionalmente, se han emitido Circulares Externas como la 014 de 2015, 011 y 014 de 2020, 008 de 2020 modificada por la 017 del mismo año y está última modificada por la Circular 202215100000056-5 de 2022.

En ese marco, la Superintendencia implementó estrategias, tales como las mesas de conciliación, de seguimiento al proceso de contratación y de Flujo de Recursos, las cuales se configuran como espacios de concertación que dinamizan las relaciones entre las Entidades Responsables de Pago (ERP) y las Entidades Beneficiarias de Pago (EBP), es así que en las mesas de flujo de recursos (MFR) se logran acuerdos de pago, así como acercamientos para la solución oportuna de inconformidades, con una programación concertada y oportuna de citas para conciliación, cruce de cuentas y glosas, que promueven el saneamiento de la cartera. Asimismo, se estableció un procedimiento de seguimiento a las mesas de saneamiento en el marco de lo establecido en la precitada Circular Conjunta 030 de 2013 (Procedimiento Flujo de Recursos).

No obstante, se precisa que en estas mesas no se ejerce coerción por parte de la Superintendencia sobre la relación comercial entre las partes, o en el ejercicio de sus derechos frente a la concertación libre y voluntaria en lo referente a los compromisos financieros y no financieros. La acción adelantada por esta entidad es de acompañamiento y el de facilitar la concertación de compromisos por parte de las entidades intervinientes.

Se destaca además que en este proceso intervienen las Direcciones Territoriales de Salud, como rectores del SGSSS en su territorio, quienes participan en su organización y en el seguimiento de los acuerdos suscritos, fortaleciendo con ello su competencia en el direccionamiento, inspección y vigilancia del sistema de salud en cada jurisdicción.

Para la vigencia 2023 esta Superintendencia adelantó acciones respecto a la calidad de la información generada en las mesas de flujo de recursos y sus respectivos seguimientos, para lo cual implementó una herramienta automatizada a través de un formulario en línea (SharePoint) que permite durante el desarrollo de las mesas y los seguimientos correspondientes,

obtener un resultado inmediato y con calidad del dato para orientar las respectivas acciones de inspección y vigilancia que se requieran adelantar.

Ahora bien, bajo la estrategia de desconcentración de las acciones de inspección y vigilancia, las direcciones regionales de la Superintendencia, en ejercicio de sus competencias realizan seguimiento a los compromisos financieros y no financieros suscritos por parte de las ERP y EBP en las MFR y en las mesas de la Circular Conjunta 030 de 2013 con periodicidad mensual (virtual) y trimestral (en el territorio), realizan permanentemente un monitoreo integral tanto al cumplimiento de los acuerdos de pagos, como a los procesos de depuración y conciliación de glosas y cartera, verificando los soportes entregados por las partes para determinar su cumplimiento por cada mesa ejecutada. En caso de evidenciarse incumplimientos, se generan los expedientes a que haya lugar para su traslado a la Delegada de Investigaciones Administrativas para las acciones de control que correspondan.

Por otra parte, la Superintendencia a través de las Direcciones Regionales hizo monitoreo a los seguimientos realizados por parte de las Entidades Territoriales a los compromisos suscritos en las mesas de saneamiento entre los vigilados y registrados mediante formato AIFT09, de manera mensual y trimestral de forma virtual.

Es importante destacar que la información remitida por las Entidades Responsables de Pago- ERP y Entidades Beneficiarias de Pago-EBP en las fuentes oficiales como SISPRO, SIHO, nRVCC, entre otras, es certificada por los representantes legales, y para algunos casos cuenta con el visto bueno de la entidad territorial.

Aunado a lo anterior, se precisa que para realizar una comparación entre las cuentas por cobrar de las EBP frente a las cuentas por pagar de las ERP, se debe tomar en consideración que si bien para un prestador la cuenta por cobrar se refleja en sus estados financieros una vez se expide la factura, la cuenta por pagar es reconocida por parte de la ERP luego de surtir un proceso de auditoría y conciliación de glosas, entre otros aspectos.

Igualmente, entre los meses de enero y diciembre de 2023 se realizaron mesas de flujo de recursos, con el propósito de desarrollar la estrategia de conciliación para el flujo de los recursos en el SGSSS. Para el efecto, se ejecutaron 12 convocatorias en diferentes departamentos desarrollando un total de 673 mesas en modalidad presencial, con un valor de acuerdos de pago de \$96.106 millones de pesos, los cuales se encuentran en proceso de seguimiento por parte de la Entidad Territorial y monitoreo por parte de las Regionales de la Superintendencia.

Así mismo, esta Superintendencia se encuentra realizando seguimiento periódico a la cartera por concepto de prestación de servicios de salud a migrantes, que permite monitorear la evolución de la deuda y la gestión

operativa de auditoría que adelanta la entidad territorial, así como la suficiencia de recursos para atender esta deuda, toda vez que, si las Entidades Territoriales no cuentan con los recursos suficientes para sanearla, es responsabilidad de la Nación cofinanciar dicha obligación.

A partir de la vigencia 2022 se han realizado requerimientos de información con periodicidad trimestral a las entidades territoriales con el propósito de hacer seguimiento a la cartera relacionada con la atención en salud de la población no afiliada y la población extranjera no regular. Asimismo, se ha verificado el adecuado uso de los recursos asignados desde el Gobierno Nacional mediante Resolución 2205 del 15 de noviembre de 2022 y Resolución No 2683 del 21 de diciembre de 2022, para cofinanciar la atención en salud de la población migrante no regular.

Finalmente, en la vigencia 2023 se remitió requerimiento por calidad y consistencia de la información a 37 entidades territoriales del orden departamental y distrital, con el fin de mejorar la confiabilidad de los datos y de realizar un análisis retrospectivo de la información remitida por concepto de prestación de Servicios a Migrantes no Regulares y Población No Afiliada.

En otro orden, con corte a diciembre de 2023 se realizaron veintidós (22) auditorías que incorporaron el componente de financiamiento, de las cuales tres (3) tuvieron un alcance integral, realizadas a los municipios de Uribia y Manaure y el departamento del Cesar.

Las demás auditorías, realizadas a once (11) a departamentos y a ocho (8) municipios, cuyo alcance fue específico, tuvieron como objetivo revisar las funciones y responsabilidades asignadas frente a la gestión en salud pública y plan de salud pública de intervenciones colectivas PSPIC, así como los eventos de salud pública, y temas de flujo y prestación de servicios priorizados para cada entidad territorial, en los componentes de aseguramiento, salud pública, prestación de servicios de salud y financiamiento.

Adicional a todo lo anterior, cuando se evidencia que los prestadores no reciben contraprestación por la venta de servicios o los recursos que corresponden, desde la Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios de Salud se les recuerda que la herramienta idónea para lograr el pago de sus acreencias es activar el mecanismo de función jurisdiccional y conciliación en cabeza de esta Superintendencia, cuando los actores involucrados hacen parte del SGSSS.

Ahora bien, en el caso de las EPS que se encuentran bajo medida de intervención forzosa administrativa para liquidar, se precisa que la Superintendencia Nacional de Salud ejerce las funciones de inspección, vigilancia y control, en concordancia con lo dispuesto en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero - EOSF -adoptado mediante el Decreto Ley 663 de 1993, y para el caso del pago de obligaciones a lo previsto en los artículos

9.1.3.2.4, 9.1.3.5.6, 9.1.3.5.6 y 9.1.3.5.7 del Decreto 2555 de 2010, la Ley 1797 de 2016 y las circulares de esta superintendencia como: la 047 de 2007.

Las acciones y atribuciones en el marco de la inspección, vigilancia y control otorgadas a esta superintendencia en el artículo 35 de la Ley 1122 de 2007, y las otorgadas puntualmente a la Oficina de Liquidaciones en el artículo 11 del Decreto 1080 de 2021; así como la medida de intervención forzosa administrativa para liquidar, se ejecutan implementando ejercicios encaminados al seguimiento, evaluación y observación continua al desarrollo de las situaciones de los componentes administrativo, financiero, jurídico y técnico científico de la liquidación; para lo cual se realizan visitas, se expiden requerimientos, se analizan los informes de gestión, se analiza el comportamiento de PQRS y de ser el caso se ponen en conocimiento de la autoridades competentes bajo el principio de colaboración o se trasladan a la Delegada de Investigaciones Administrativas de esta Superintendencia.

En función de las atribuciones de vigilancia como parte del acompañamiento a los procesos de liquidación, se han expedido distintas circulares a manera de instrucción de obligatorio cumplimiento en prevalencia de los derechos de los acreedores y en ámbitos más rigurosos de ser necesario se comunican con pertinencia requerimientos de advertencia y prevención, que han tenido como finalidad lograr el cumplimiento de las normas que regulan los procesos liquidatorios.

Ante la existencia de irregularidades que incluyen el incumplimiento de las gestiones de acreencias y de los demás temas de la liquidación, en ejercicio de las potestades de la función de control de esta Superintendencia, se conmina al cumplimiento de las directrices normativas procedentes, con el fin de superar las situaciones anómalas por omisión o acción que se puedan evidenciar, sin demérito de los traslados a que haya lugar.

2. Cartera del Sistema: detallar el estado actual de la cartera de los prestadores de servicios de salud y red de logística a 13 de diciembre de 2023, desagregado por edades y por regiones y EPS, de ese estado de cartera detallar el valor de la misma al momento de la llegada del Gobierno 7 de agosto de 2022, y como ha sido su comportamiento hasta el 13 de diciembre de 2023.

Respuesta: A continuación, se presenta la ficha técnica aplicada para realizar el análisis de las cuentas por pagar, de acuerdo con esta solicitud:

Ficha técnica

Fuente	Instrumento y Corte de la información	Fecha de recepción	Observaciones
Dirección Innovación y Desarrollo SNS	Archivo Tipo FT004- Cuentas por pagar - Acreedores Corte Noviembre de 2023	10 de enero de 2024	Se realizan los filtros y depuraciones detallados más adelante, en el cuerpo del presente documento.

Respecto a la fuente de información de las cuentas por pagar de las EPS en funcionamiento, se informa que corresponde al reporte que las entidades vigiladas a la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de lo ordenado en la Circular Externa 0016 de 2016 y sus modificatorios, con las condiciones y periodicidad allí establecidas para efectos de supervisión.

En virtud de dicha circular para efectos de supervisión, reportan el Archivo Tipo FT004 "Cuentas por pagar - Acreedores" en la plataforma nRVCC dispuesta para tal fin por la superintendencia.

Ahora bien, la información que se debe incluir en el citado Archivo Tipo FT004 corresponde a todas las cuentas por pagar de la entidad desagregadas por la línea de negocio, acreedor, concepto acreedor según la edad de la cuenta y datos complementarios, información que se encuentra certificada por el representante legal, contador público y revisor fiscal de cada entidad.

De acuerdo con lo anterior, las cuentas por pagar para el **corte noviembre de 2023**, fueron determinadas considerando lo siguiente:

1. Se contempla únicamente la Línea de Negocio 1: Aseguramiento Obligatorio.
2. Se tomó los conceptos de acreencia: Prestación de Servicios de Salud e insumos y medicamentos.

Tabla No. 2. Cuentas por pagar EPS Activas por concepto y entidad deudora - corte noviembre de 2023

Cifras en miles de Pesos

EPS	Instituciones - IPS			Profesiona l Independi ente	Transpo rte Especial de Pacient es	Proveed. Serv. y Tecn. en Salud	OTROS	TOTAL CUENTAS POR PAGAR
	Pública	Privada	Mixta					
SURA	16.993.038	703.934.40 5	4.602.07 2	3.142.753	163.663	18.856.41 6	22.691.516	770.383.863
SALUD TOTAL	21.574.901	372.183.30 9	557.480	45.059	132.158	42.069.38 3	8.958.303	445.520.593
SANITAS	137.613.29 4	1.321.042. 937	1.810.78 8	4.701.423	3.212.68 9	416.981.2 80	82.810.233	1.968.172.6 44
S.O.S	13.733.493	503.923.61 4	52.266	585.569	506.663	87.462.21 8	8.079.938	614.343.762
MUTUAL SER	25.809.690	185.077.86 3	7.961.42 9	224.067	193.951	77.336.51 6	15.717.836	312.321.352
PIJAOS	63.396.715	55.385.429	20.725	40.167	0	242.421	6.759.625	125.845.082
AIC	99.285.303	118.507.27 0	3.121.66 5	748.351	45.725	1.161.788	29.459.106	252.329.208

EPS	Instituciones - IPS			Profesiona Independ	Transpo Especial	Proveed. Tecn. en	OTROS	TOTAL CUENTAS POR
FAMISANAR	330.997.249	1.749.814.890	2.084.995	1.879.495	29.86.90	25.223.288		
ALIANSALUD	2.549.800	100.116.396	138.942	91.377	88.771	1.853.218	3.093.657	107.932.160
MALLAMAS	76.124.078	131.586.326	2.279.653	1.081.583	7.454.965	1.115.325	7.447.769	227.089.699
ANAS WAYUU	52.773.153	64.153.419	14.423	0	1.627.916	124.960	5.171.873	123.865.744
DUSAKAWI	50.734.037	200.114.529	118.606	35.898	161.053	179.746	9.743.995	261.087.863
COMPENSAR	34.494	645.700	0	35.847	17.705	67.423	5.354.787	6.155.956
CAJACOPI	30.483.929	71.049.345	1.282.424	109.772	51.176	2.727.976	7.300.148	113.004.771
CCF. VALLE	1.938.399	95.846.076	27	65.007	0	129.480	3.287.227	101.266.215
COMFAORIENTE	9.466.477	37.500.302	18.973	126.619	94.239	0	1.838.832	49.045.442
COMFACHOCO	2.986.964	12.227.534	59.563	16.712	147.374	1.061	1.854.481	17.293.689
CAPRESOCA	74.168.591	47.439.714	12.027	1.318.937	1.350.951	128.203	19.784.262	144.202.685
NUEVA EPS	365.158.851	818.548.844	10.922.175	427.224	7.185.028	31.776.205	545.403.294	1.779.421.619
COOSALUD S.A.	61.763.501	211.759.791	22.144	329.836	269.391	17.060.115	11.305.481	302.510.259
CAPITAL SALUD	47.650.059	63.727.713	77.238	13.802	141.931	10.312.962	3.092.558	125.016.264
SAVIASALUD	265.107.809	366.067.852	53.841.596	118.008	652.653	31.824.804	65.415.297	783.028.019
SALUD MÍA EPS	258.282	8.907.364	0	272	0	0	17.954	9.183.872
ASMET S.A.S	320.158.993	405.165.856	1.762.141	353.395	1.496.527	6.824.913	90.574.691	826.336.517
EMSSANAR S.A.S.	581.439.154	812.142.512	230.783	1.242.224	2.357.460	39.786.314	32.687.188	1.469.885.635
EPS FAMILIAR	29.925.617	43.971.634	444.749	213.139	350.138	1.346.244	13.708.451	89.959.970
SALUD BOLIVAR EPS	9.536	1.003.078	0	0	0	1.284	4.958	1.018.857
TOTAL	2.682.135.407	8.501.843.702	91.436.883	19.596.914	29.527.625	818.957.058	1.026.786.747	13.170.284.335

Fuente: Archivo Tipo FT004 reportado por las EPS a la SNS consolidado por la Dirección de Innovación y Desarrollo dispuesto el 10 de enero de 2024- Corte a noviembre de 2023 - Cifras en miles de Pesos - Línea de negocio: Aseguramiento obligatorio y Conceptos de acreencia: Prestación de servicios de salud, insumos y medicamentos.

3. Acciones frente a incumplimientos: ¿Qué acciones tomó la Superintendencia de Salud cuando identificó incumplimientos por parte de las EPS en relación con el pago de deudas a las IPS y proveedores? ¿Se impusieron sanciones o medidas correctivas a las EPS que no cumplieron con estas obligaciones?

6. Gerencias de las EAPB, Intervenidas: Dentro del ejercicio del proceso de intervención, presentar la hoja de ruta del proceso en los diferentes componentes de gestión de las entidades intervenidas, con especial énfasis en: Gestión del Riesgo Clínico, Gestión del Riesgo Financiero, (constitución de Reservas Técnicas). Gasto en Salud Vrs UPC compensada, carga de uso, perfil de morbi-mortalidad de la población asegurada.

12. Seguimiento de planes de acción: ¿Cómo supervisa la Superintendencia de Salud la implementación de planes de acción por parte de las EPS para reducir y gestionar sus deudas pendientes, especialmente después de tomar conocimiento de la situación de

deuda? ¿Se realizan evaluaciones periódicas para verificar el progreso y los resultados de estos planes?

Respuesta: Considerando que las preguntas de los numerales 3, 6 y 12, contienen el mismo eje temático, esta entidad se pronuncia en los siguientes términos:

En primer lugar, la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas inició en contra de las E.P.S procesos sancionatorios como consecuencia de incumplimientos al flujo de recursos. Es preciso indicar que por la infracción administrativa anteriormente señalada se han impuesto sanciones, a saber: amonestaciones y multas.

En segundo lugar, debe destacarse que las EPS como personas jurídicas, son sujetos de derechos y obligaciones; en desarrollo de su objeto social, deben administrar el riesgo financiero, gestionar el riesgo en salud, articular los servicios para garantizar el acceso efectivo, la garantía de la calidad, entre otros.

Lo anterior, está previsto entre otras disposiciones, en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, conforme al cual corresponde a las EPS, en ejercicio de la función de aseguramiento que voluntariamente adoptan como participantes en una actividad regulada (servicio público de salud), asumir el riesgo transferido por el usuario para cumplir con sus obligaciones en el Sistema, definidas en la Ley 100 de 1993 y demás normas concordantes¹.

Igualmente, el artículo 2.5.2.1.1.2 del Decreto 780 de 2016, señala las responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud así:

“Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer las siguientes funciones:

¹ *“Artículo 178. Funciones de las Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones: 1. 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. 2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social. 3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley. 4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia. 5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios. 6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. (...)”*
*“Artículo 179. Campo de acción de las Entidades Promotoras de Salud. Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las Entidades Promotoras de Salud prestarán **directamente o contratarán los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras y los profesionales**. Para racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Cada Entidad Promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de Instituciones Prestadoras de Salud, salvo cuando la restricción de oferta le impida (...)”*

a) Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios;

b) **Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema. Se exceptúa de lo previsto en el presente literal a las entidades que por su propia naturaleza deban celebrar contratos de reaseguro;**

c) Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía; girar los excedentes entre los recaudos, la cotización y el valor de la unidad de pago por capitación a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa; y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato;

d) **Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud;**

e) Organizar la prestación del servicio de salud derivado del sistema de riesgos laborales, conforme a las disposiciones legales que rijan la materia;

f) Organizar facultativamente la prestación de planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, según lo prevea su propia naturaleza". (negrilla fuera de texto)

De acuerdo con lo anterior, es preciso indicar que la hoja de ruta del proceso en los diferentes componentes de gestión de las EPS intervenidas comienza con la elaboración del plan de trabajo conforme a los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud, en atención al artículo 18 de la Resolución 2599 de 2016. Vale decir que dentro de este plan de trabajo se encuentra el seguimiento a las acciones de mejora propuestas por la EPS y seguimiento a los indicadores de la EPS así como aquellos definidos por la superintendencia. Estos indicadores, son parte del Sistema de Gestión y Control de las Medidas Especiales (Fénix), a su vez son trazadores transversales para todas las EPS bajo supervisión de la superintendencia, lo que permite evidenciar el impacto de las acciones de mejora ejecutadas.

Así mismo, el plan de trabajo en mención incluye las ordenes emitidas en el acto administrativo para la EPS intervenidas, el cual contiene:

- **EPS SAVIA SALUD Componente Técnico Científico:** Implementación de estrategias de impacto en la salud de afiliados, evaluación y

presentación de resultados de las rutas integrales de atención y seguimiento mensual a contratos con la red prestadora para mejorar indicadores de efectividad. **Componente Financiero:** Mejora de índices de siniestralidad en seis meses, culminación de proceso de cuentas por cobrar en dos meses, plan de recaudo efectivo de cartera en un mes y la implementación de plan de pagos para estabilizar flujo de recursos.

- **EPS ASMET SALUD: componente Técnico Científico:** presentación de resultados de RIAS en cuatro meses, fortalecimiento del seguimiento a la red prestadora de servicios y ejecución de estrategias en departamentos con incumplimiento de calidad. **Componente Financiero:** ejecución del Plan de Reorganización Institucional, garantía de calidad en información reportada en seis meses, culminación de proceso de cuentas por cobrar en cuatro meses, implementación de plan de pagos detallado en cuatro meses.
- **EPS EMSSANAR Componente Técnico Científico:** evaluación e implementación del modelo de micro redes en seis meses, implementación de estrategias para garantizar la continuidad y calidad en la atención, y la implementación de procesos de auditoría a la red de prestación de servicios de salud. **Componente Financiero:** evaluación del impacto en los estados financieros en tres meses, culminación de proceso de cuentas por cobrar en tres meses, implementación de plan de trabajo para conciliación y pago de obligaciones pendientes en un mes y la implementación de medidas de salvamento en cinco meses.
- **EPS FAMISANAR Componente Técnico Científico:** implementación de acciones del plan de mejoramiento definido para subsanar hallazgos de auditoría, implementación de estrategias para impactar el estado de salud de afiliados y evaluación y presentación de resultados de las rutas integrales de atención. **Componente Financiero:** cumplimiento de condiciones financieras y de solvencia establecidas, implementación de metodología para el cálculo de reservas técnicas, diseño e implementación de acciones para reducir la siniestralidad, y depuración y legalización oportuna de anticipos a prestadores y proveedores.

A las EPS intervenidas se les ha ordenado, en el aspecto técnico científico, implementar estrategias para mejorar la calidad y continuidad de la atención médica, así como en fortalecer la implementación de sus redes de prestación de servicios de salud. En el ámbito financiero, además de la mejora de índices de siniestralidad, la gestión de cuentas por cobrar, el diseño de planes de pagos y la implementación de medidas de salvamento para garantizar su estabilidad financiera a largo plazo.

Una vez es adoptada la intervención forzosa administrativa para administrar o prorroga por medio del acto administrativo, se solicita al interventor la presentación de un plan de trabajo, de acuerdo con lo establecido en el artículo

18 de la Resolución 2599 de 2016, con plazo de entrega determinado dentro del mismo acto administrativo, el cual deberá incluir acciones de mejora a corto y mediano plazo, según las órdenes descritas en medida la interpuesta, las cuales generalmente involucran temas técnico-científicos, financieros y jurídicos de la entidad.

Cuando la EPS elabora el plan de trabajo bajo los lineamientos y formatos dispuestos por la Superintendencia Nacional de Salud para tal fin, el equipo técnico encargado de realizar el respectivo seguimiento procederá a efectuar el análisis correspondiente y la aprobación de este a fin de iniciar con el respectivo seguimiento, el cual se desarrolla de manera mensual y contempla dos (2) enfoques:

- a) **Seguimiento acciones de mejoramiento:** Detalla el cumplimiento a las acciones de mejora planteadas por la EPS, teniendo en cuenta las fechas descritas en el plan de trabajo y los soportes que permitan evidenciar su efectiva ejecución.
- b) **Seguimiento a indicadores:** Propuestos por la EPS (para las órdenes del acto administrativo) y por la Superintendencia Nacional de Salud (indicadores del Sistema de Gestión y Control de las Medidas Especiales - Fénix), en los tres componentes: técnico científico, financiero y jurídico y cuyo monitoreo permanente, permitirán evidenciar el impacto de las acciones de mejoramiento planteadas y ejecutadas por la EPS en el plan de trabajo.

Es importante resaltar que los indicadores del Sistema de Gestión Control de las Medidas Especiales -Fénix- son trazadores definidos por la Superintendencia Nacional de Salud, cuyo seguimiento y monitoreo son transversales para las EPS que se encuentra bajo la supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud.

Ahora bien, los énfasis administrativos, técnico-científicos, financieros y jurídicos que una EPS determine en su plan de trabajo, serán el resultado del análisis causal, del porque la Superintendencia Nacional de Salud describió las diferentes órdenes del acto administrativo, las cuales darán pie al planteamiento de acciones de mejoramiento y a indicadores de resultado, cuyo monitoreo permanente, podrán dar cuenta de los avances o no de la EPS (en la etapa de seguimiento).

4. Sanciones: detallar el monto de sanciones aplicadas en el proceso de IVC, a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, por el incumplimiento a los plazos establecidos para el pago de la cartera a proveedores de servicios de salud y red de logística.

Respuesta: Las sanciones que han sido impuestas a las EPS entre agosto de 2022 y enero de 2024 como consecuencia del incumplimiento de flujo de recursos son las siguientes:

SANCIONES VIGENCIA 2022 (AGOSTO A DICIEMBRE)

TOTAL SANCIONES	AMONESTACIONES	NÚMERO DE MULTAS	VALOR DE MULTAS
28	4	24	\$6.797.000.000

SANCIONES VIGENCIA 2023

TOTAL SANCIONES	AMONESTACIONES	NÚMERO DE MULTAS	VALOR DE MULTAS
61	15	46	\$19.177.120.000

SANCIONES VIGENCIA 2024 (ENERO Y FEBRERO)

TOTAL SANCIONES	AMONESTACIONES	NÚMERO DE MULTAS	VALOR DE MULTAS
17	1	16	\$5.421.000.000

5. Cartera de las Entidades Intervenidas por la Superintendencia: *Detallar el estado de la cartera a la red prestadora de servicios de salud por las Administradoras de Planes de Beneficios, especificando la cartera que se tenía al momento de la medida, y su comportamiento a 13 de diciembre de 2023.*

Respuesta: A continuación, se presenta la ficha técnica aplicada para realizar el análisis de las cuentas por pagar de las EPS intervenidas, de acuerdo con esta solicitud:

Ficha técnica

Fuente	Instrumento y Corte de la información	Fecha de recepción	Observaciones
Dirección Innovación Desarrollo SNS	de y Archivo Tipo FT004- Cuentas por pagar - Acreedores Corte Noviembre de 2023	10 de enero de 2024	Se realizan los filtros y depuraciones detallados más adelante, en el cuerpo del presente documento.

Respecto a la fuente de información de las cuentas por pagar de las EPS en funcionamiento, se informa que corresponde al reporte que las entidades vigiladas a la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de lo ordenado en la Circular Externa 0016 de 2016 y sus modificatorios, con las condiciones y periodicidad allí establecidas para efectos de supervisión.

En virtud de dicha circular para efectos de supervisión, reportan el Archivo Tipo FT004 "Cuentas por pagar - Acreedores" en la plataforma nRVCC dispuesta para tal fin por la superintendencia.

Ahora bien, la información que se debe incluir en el citado Archivo Tipo FT004 corresponde a todas las cuentas por pagar de la entidad desagregadas por la línea de negocio, acreedor, concepto acreedor según la edad de la cuenta y datos complementarios, información que se encuentra certificada por el representante legal, contador público y revisor fiscal de cada entidad.

De acuerdo con lo anterior, las cuentas por pagar de las **EPS intervenidas** para el corte noviembre de 2023, fueron determinadas considerando lo siguiente:

1. Se contempla únicamente la Línea de Negocio 1: Aseguramiento Obligatorio.
2. Se tomó los conceptos de acreencia: Prestación de Servicios de Salud e insumos y medicamentos.

Tabla No. 3. Cuentas por pagar EPS Intervenidas por concepto y entidad deudora - corte noviembre de 2023

Cifras en miles de Pesos

EPS	Instituciones - IPS			Profesional Independiente	Transporte Especial de Pacientes	Proveed. Serv. y Tecn. en Salud	OTROS	TOTAL CUENTAS POR PAGAR
	Pública	Privada	Mixta					
FAMISANAR	330.997.24 ₉	1.749.814.8 ₉₀	2.084.99 ₅	4.529.873	1.825.49 ₉	29.586.80 ₃	25.223.28 ₈	2.144.062.5 ₉₇
EMSSANAR S.A.S.	581.439.15 ₄	812.142.51 ₂	230.783	1.242.224	2.357.46 ₀	39.786.31 ₄	32.687.18 ₈	1.469.885.6 ₃₅
ASMET S.A.S	320.158.99 ₃	405.165.85 ₆	1.762.14 ₁	353.395	1.496.52 ₇	6.824.913	90.574.69 ₁	826.336.516
SAVIA SALUD	265.107.80 ₉	366.067.85 ₂	53.841.5 ₉₆	118.008	652.653	31.824.80 ₄	65.415.29 ₇	783.028.019
TOTAL	1.497.703.205	3.333.191.110	57.919.515	6.243.500	6.332.139	108.022.834	213.900.464	5.223.312.767

Fuente: Archivo Tipo FT004 reportado por las EPS a la SNS consolidado por la Dirección de Innovación y Desarrollo dispuesto el 10 de enero de 2024- Corte a Noviembre de 2023 - Cifras en miles de Pesos - Línea de negocio: Aseguramiento obligatorio y Conceptos de acreencia: Prestación de servicios de salud, insumos y medicamentos.

Complementando lo anterior, y atendiendo la solicitud de “**especificando la cartera que se tenía al momento de la medida y su comportamiento a 13 de diciembre de 2023**”, se informa que no es posible disponer la información de esta manera, considerando que las EPS efectúan el reporte conforme a la estructura del archivo tipo FT004 con corte al cierre de cada mes (es decir con corte al 30). Adicionalmente, se aclara que los saldos presentados corresponden a la deuda acumulada, que incluyen las cuentas por pagar por prestación de servicios de salud, reportados al momento de la medida, por lo tanto la información es entregada al corte de noviembre de 2023.

7. Garantía de la Cartera por procesos de Liquidación de EAPB. ¿Dentro del proceso de IVC, ejercido por la Superintendencia, al momento de tomar la decisión de liquidación de una EAPB, como garantiza al Superintendencia que se le reconocerán y pagarán los montos por procesos de radicación, y cartera reconocida a la red prestadora de Servicios y red de logística del sistema?

Respuesta: Frente a este punto se informa que la Superintendencia Nacional de Salud, a través de la Oficina de Liquidaciones ha adoptado en los último 18 meses medidas para el flujo hacia los diferentes actores del sistema de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; se debe tener en cuenta que nuestro ámbito de ejercicio funcional se aborda desde las obligaciones que se clasifican como excluidas de la masa y aquellas que corresponden a la masa de liquidación, esto es la gestión de acreencias y recuperación de dineros de cuentas por cobrar.

Así entonces, frente a las acreencias y cartera en procesos de Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar, se tiene lo siguiente:

- En estos procesos de liquidación ordenados la Superintendencia Nacional de Salud realiza la toma para posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios de una entidad vigilada cuando se presente alguno de los hechos, causales o características previstos en el artículo 114 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero -EOSF.
- De acuerdo con lo señalado en la normatividad aplicable a las intervenciones forzosa administrativas, la liquidación es un proceso concursal y universal que tiene por objeto la realización de los activos y el pago gradual y oportuno del pasivo externo de la entidad en liquidación, hasta la concurrencia de sus activos, sometido a unas condiciones y términos legales. El pago de las acreencias se efectúa de acuerdo con una prelación legal y condicionado a disponibilidad de recursos.

- En tal sentido, frente a las entidades en intervención forzosa administrativa para liquidar, se precisa que la Superintendencia Nacional de Salud ejerce las funciones de inspección, vigilancia y control, en concordancia con lo dispuesto en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero - EOSF -adoptado mediante el Decreto Ley 663 de 1993, y para el caso del pago de obligaciones a lo previsto en los artículos 9.1.3.2.4, 9.1.3.5.6, 9.1.3.5.6 y 9.1.3.5.7 del Decreto 2555 de 2010 en procesos de liquidación de entidades privadas y de los dispuesto en el Decreto Ley 254 de 2000 para entidades de naturaleza pública; sin distinción se aplican las estipulaciones de artículo 12 de la Ley 1797 de 2016² para acreencias y las instrucciones de circulares de esta superintendencia como: la 047 de 2007.
- En el proceso ordenado a una entidad vigilada en el que se determina la liquidación de los activos de esta para realizar el pago gradual de sus acreencias, se proyecta la extinción de la persona jurídica; así las cosas, la naturaleza y el objeto del proceso de liquidación forzosa administrativa se encuentra en el numeral 1º del artículo 293 del Decreto 663 de 1993, y corresponde al conjunto de hechos y actos indefectiblemente orientados hacia, *"...la pronta realización de los activos y el pago gradual y rápido del pasivo externo a cargo de la respectiva entidad hasta la concurrencia de sus activos (...)"*.
- Para el caso de acreencias originadas en servicios prestados entre la toma para liquidar y el traslado efectivo, su tratamiento será el de gastos de administración y deberán ser radicados ante la EPS en liquidación en la forma y oportunidad correspondiente.

En este punto, la Oficina de Liquidaciones de esta Superintendencia informa en oportunidad a los liquidadores sobre la necesidad de garantizar el principio de continuidad en salud, cn lo que implica que la atención en salud no podrá ser suspendida al paciente, en ningún caso, por razones administrativas o económicas. A su vez indica la necesidad de recibir sin ningún tipo de restricción la facturación que remitan los prestadores de servicios de salud que hayan sido prestados en dicho lapso.

² "ARTÍCULO 12. PRELACIÓN DE CRÉDITOS EN LOS PROCESOS DE LIQUIDACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, (IPS), Y DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS). En los procesos de liquidación de las Entidades Promotoras de Salud, incluso los que están en curso, e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se aplicará la siguiente prelación de créditos, previo el cubrimiento de los recursos adeudados al Fosyga o la entidad que haga sus veces si fuere el caso y los recursos relacionados con los mecánicos de redistribución de riesgo:

- o Deudas laborales;
- o Deudas reconocidas a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En estas deudas se incluirán los servicios o tecnologías prestados por urgencias, así no medie contrato. En estos casos la liquidación debe desarrollar la auditoría y revisión de cuentas para su reconocimiento en lo pertinente.
- o Deudas de impuestos nacionales y municipales;
- o Deudas con garantía prendaria o hipotecaria, y
- o Deuda quirografaria".

De considerar que existe indicio de desatención a esta disposición, desde la oficina de liquidaciones se procede a requerir en oportunidad al liquidador y advierte sobre la necesidad de implementar correctivos al interior del proceso de liquidación, tendientes al cumplimiento de las normas que regulan la liquidación.

Se hace un seguimiento dinámico a la llegada de peticiones, quejas o reclamos que son radicados en la Superintendencia Nacional de Salud y para este caso versan sobre la recepción de este tipo de reclamaciones o de situaciones propias del pago de dichos pasivos.

Se aclara que estas obligaciones financieras reciben trato de partidas excluidas de la masa de liquidación, por las razones ya expuestas y por ello gozan del beneficio de pago previo a las prelación y se rigen por las indicaciones de la Circular externa 202213000000055-5³ de 2022 que hace referencia al gasto administrativo.

No obstante, es función del liquidador adelantar las auditorías y verificaciones necesarias que confirmen sin lugar a duda la pertinencia de la acreencia para su reconocimiento y pago; por lo que es recurrente que el valor reclamado por el prestador no corresponda con el reconocido, caso en el cual desde el proceso se informa al acreedor mediante documento motivado, quien a su vez podrá adelantar las gestiones de concertación o de legales que considere apropiadas en el escenario que no esté de acuerdo con la disposición del liquidador.

- Para las otras acreencias se precisa que las reclamaciones por acreencias se deben presentar independientemente de que con anterioridad al inicio de la liquidación el interesado haya solicitado el pago o cumplimiento de lo reclamado por cualquier otro medio.
- Para peticiones sobre acreencias que son radicadas ante la Superintendencia Nacional de Salud, se procede a realizar el traslado al liquidador por ser su competencia funcional; pero, es de señalar que dicho traslado no reemplaza el deber del acreedor de presentar en debida forma la acreencia directamente al proceso para su reconocimiento, calificación y graduación.

No obstante, desde la Oficina de Liquidaciones se hace un seguimiento a la atención oportuna y de fondo que el liquidador hace a las peticiones y traslados hechos por la Superintendencia, so pena de ser objeto de acciones específicas de inspección tales como el requerimiento para

³ En las liquidaciones por intervención forzosa administrativa para liquidar ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud serán gastos administrativos los créditos causados con posterioridad a la fecha de inicio de la liquidación, asociados y necesarios para la ejecución del proceso o que se causen como consecuencia de este.

inspección de informes y documentos o el traslado a investigaciones administrativas.

- El liquidador decide sobre las reclamaciones presentadas oportunamente mediante resolución motivada o mediante actos administrativos contra los cuales procede únicamente el recurso de reposición. Las decisiones sobre aceptación, rechazo, calificación o graduación de créditos quedarán ejecutoriadas respecto de cada crédito salvo que contra ellas se interponga recurso. Las decisiones ejecutoriadas gozan de presunción de legalidad hasta tanto no sea declarado lo contrario por la autoridad judicial competente.

A su vez, las reclamaciones presentadas en forma extemporánea y las obligaciones no reclamadas que aparezcan debidamente comprobadas en los libros de contabilidad oficiales de la intervenida serán calificadas como pasivo cierto no reclamado, en atención a lo dispuesto en el artículo 9.1.3.2.7 del Decreto 2555 de 2010.

Como primera garantía del cumplimiento de las normas del proceso de liquidación se acude a la relevancia de los principios administrativos que orientan las buenas prácticas de gobierno corporativo y para ello en el término del primer mes el designado liquidador remite a esta superintendencia un plan de trabajo que incluye; diagnóstico, cronograma, presupuesto e indicadores de gestión; como parte del proceso de planeación de la labor a desempeñar. A este respecto, se expide oficio de aprobación al cronograma y los indicadores.

De parte de la Oficina de liquidaciones se ejecutan actividades de seguimiento tendientes a evidenciar diferencias que puedan existir entre la información recolectada para los cuatro componentes el día de la toma y de los datos integrados en el diagnóstico, que de presentarse diferencias, procede a oficiar en requerimiento y de ser el caso el seguimiento atento a posibles conductas evidenciadas que explican los desfases y que pudieron ser cometidas por la EPS en funcionamiento.

Se destaca que es obligación del liquidador recopilar el acervo probatorio correspondiente y poner en conocimiento de las autoridades pertinentes tales conductas.

- Es de aclarar que la labor de seguimiento al desempeño de los procesos liquidatorios es adelantado por la Superintendencia Nacional de Salud y se realiza, entre otras cosas, mediante la revisión de planes de trabajo, informes, rendiciones de cuentas de las actividades que presenta el liquidador sobre la ejecución de sus funciones y el proceso, según el Decreto Ley 663 de 1993, el Decreto 2555 de 2010, el Capítulo III del Título IX de la Circular Única 047 de 2007 y la Resolución 2599 de 2016. Para tal fin, el liquidador remite documentos técnicos y archivos tipo

señalados en la Circular Externa 016 de 2016 "Por la cual se hacen adiciones y modificaciones y eliminaciones a la Circular Externa 047 de 2007 Información Financiera para efectos de Supervisión", que son cargados en la plataforma nRVCC que la entidad ha dispuesto para tal fin.

La información financiera reportada por el liquidador en la plataforma nRVCC, es objeto de análisis y estudio por parte del equipo jurídico, técnico científico y financiero asignado al seguimiento que debe hacer la Oficina de Liquidaciones; quienes de tener inquietudes dirigen requerimientos de explicaciones, solicitar se aporte evidencia suficiente o se indique la necesidad de aportar documentación adicional que corroboren las cifras.

Ante inconsistencias en cifras se requiere al liquidador con copia al contralor exigiendo la corrección de ser fallas numéricas o solicitando explicaciones, que pueden acarrear la necesidad de una retransmisión del archivo tipo. Ante la mora en la entrega se requiere al liquidador para que cumpla sus obligaciones, no sin advertir las implicaciones que tiene tal desatención y de ser recurrente se procede a poner en conocimiento de investigaciones administrativas y de no lograrse un acatamiento se recurre a las atribuciones de control.

- Esta directriz ordena actualmente a los liquidadores a reportar información financiera en cumplimiento de la Ley 1314 de 2009 y la aplicación de lo establecido en el Decreto 2101 de 2016 que adiciona el título 5, denominado Normas de Información Financiera para Entidades que no Cumplen la Hipótesis de Negocio en Marcha, a la Parte 1 del Libro 1 del Decreto 2420 de 2015, Único Reglamentario de las Normas de Contabilidad, Información Financiera y de Aseguramiento de la Información en calidad de Anexo 5; para entes privados y del Marco conceptual de información financiera para entidades que no cumplen con el principio de negocio en marcha, publicado por la Contaduría General de la Nación para el caso de EPS públicas.

Desde el seguimiento se está atento a verificar que la valoración del inventario de activos y pasivos se haga teniendo como base de medición el Valor Neto de Liquidación y la aplicación de las normas que rigen el proceso de liquidación. Por ende de existir omisiones técnicas se aplican las acciones de inspección y las atribuciones de vigilancia y control contempladas en la Ley.

- Una vez se termina el proceso liquidatorio se da cumplimiento a las reglas sobre la culminación del proceso de liquidación forzosa administrativa, según lo dispuesto en el Capítulo 6 del Título 3 del Decreto 2555 de 2010. En consecuencia, el artículo 9.1.3.6.5 de dicha norma ordena al liquidador declarar terminada la existencia legal de la

EPS, previo cumplimiento condiciones señaladas en sus literales, extinguiendo así su personería jurídica.

De subsistir situaciones procesos o situaciones jurídicas no definidas, el liquidador encomienda la atención de dichas situaciones a otra institución financiera intervenida o a un tercero especializado, previa constitución de una reserva adecuada; contrato del cual se entrega por parte del liquidador la escritura pública o del documento privado contentivo del mandato, en atención a lo estipulado en el literal j del artículo 9.1.3.6.5 del Decreto 2555 de 2010.

Entre las labores encomendadas de ser el caso se incluye la realización de activos y pago de las obligaciones reconocidas en atención a sí se son masa o excluidas de ellas y de la prelación con se hayan reconocido para el caso de las primeras; en privilegio del principio de igualdad que caracteriza estos procesos.

En relación con los contratos firmados para atender situaciones jurídicas no definidas la competencia en procesos de liquidación ordenados se circunscribe a las acciones de inspección y las atribuciones de vigilancia; ya que no corresponde a un proceso de control por no tratarse de un vigilado de esta superintendencia, sin demérito del debido acompañamiento que se adelanta.

- En otro aspecto, el liquidador identifica las cuentas por cobrar que tienen terceros con la EPS como negocio en marcha y en aplicación de la normatividad financiera y contable, aplica los procedimientos de medición a Valor Neto de Liquidación; información que se comunica a todos los usuarios (interesados) y soporten así su toma de decisiones.

De existir inconformidad con el inventario de valoración de activos, cualquiera que tenga legitimidad en la causa podrá acudir ante el liquidador en recurso o de ser el caso ante la jurisdicción en demanda del acto administrativo.

Como Superintendencia y ante tal posible panorama, corresponde requerir al liquidador la atención oportuna del recurso y la entrega detallada de explicaciones; sin demérito de los posibles traslados a investigaciones administrativas que puedan surgir en medio de estas acciones inspección. Evidenciados posibles errores en la ejecución del proceso la Oficina de Liquidaciones por medio de requerimiento previene oportunamente con el fin de evitar desatenciones técnicas y normativas; y cuando resulte procedente se insta al liquidador a no incurrir en situaciones irregulares, producto de acción u omisión.

En similar contexto de competencias de esta oficina, corresponde al liquidador adelantar las gestiones de recaudo de cartera, para lo cual

tendrá que disponer de los recursos logísticos y presupuestales apropiados; dando prevalencia al precepto de costo beneficio.

En relación particular con la labor de los liquidadores se tiene entonces que el artículo 294 del Decreto Ley 663 de 1993 señala que: “(...) es competencia de los liquidadores adelantar bajo su inmediata dirección y responsabilidad los procesos de liquidación forzosa administrativa (...)”, por lo que, el liquidador actúa de manera independiente y autónoma sin que la Superintendencia Nacional de Salud tenga competencias para coadministrar o dirigir la liquidación, que verbigracia por tratarse de una designación se ejecuta bajo el modelo de descentralización por colaboración.

Como parte del ejercicio de seguimiento y monitoreo que se adelanta en relación con los procesos se realizan seguimientos en campo a procesos de liquidación vigentes, con el fin de verificar mediante técnicas de aplicación personal la gestión adelantada durante el proceso de liquidación; acción de inspección de la cual se desata la aplicación de atribuciones de vigilancia y de control ante la existencia de hallazgos.

Para el caso de los contratos de situaciones jurídicas no definidas, como Oficina de Liquidaciones se programan igualmente visitas, bajo el concepto de auditoría, que tiene como alcance el cumplimiento de las actividades encargadas por el liquidador en relación con temas como el pago a los acreedores y la realización de activos entre otros. Es de resaltar que este tipo de contratos son del ámbito privado y se ejecutan por parte de personas naturales o jurídicas que no son vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud.

Así la Oficina de Liquidaciones realiza un seguimiento activo en el contexto de sus competencias funcionales de IVC y en efecto implementa acciones de inspección y acude sus atribuciones de forma oportuna y eficiente; velando por que en la ejecución de los procesos se tenga celeridad, transparencia y equidad en el avance del proceso calificación y graduación de acreencias; con el fin, de hacer los reconocimientos financieros a que haya lugar y se logre el pago de las obligaciones debido a la realización de los activos de cada proceso.

Desde agosto de 2021 esta Superintendencia ha continuado implementando las buenas prácticas de seguimiento y monitoreo a procesos de liquidación; igualmente ha fortalecido su equipo de profesionales financieros y jurídicos desde lo técnico de tal modo que resultan robustecidas las acciones y atribuciones de IVC que nos asisten; velando por la pertinencia, entendida esta como la actuación oportuna y eficiente en equidad

Ante situaciones que escapan del ámbito de aplicación de las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud, se adelanta en este gobierno gestiones en mesas para lograr de acuerdos y memorandos de acuerdo interinstitucionales para fortalecer nuestro IVC, en aplicación del principio de

coordinación. Así se ha avanzado en temas de afluencia de competencias con otras autoridades como la Superintendencia del Subsidio Familiar, ante la existencia de Caja de Compensación Familiar que tienen programas de EPS en liquidación, la Superintendencia de la Economía Solidaria para las EPS constituidas como Cooperativas y la Superintendencia Nacional de Sociedades para temas del ámbito comercial.

Se ha diseñado y trabaja en la implementación de una estrategia de fortalecimiento del seguimiento financiero, que se soporta en similar forma a la coordinación con otras autoridades tales como la DIAN, Secretarías de Hacienda de los territorios y asimiladas, UGPP, UIAF del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Consejo Técnico de la Contaduría Pública, la Contaduría General de la Nación, ADRES y el Ministerio de Trabajo. Con algunas de estas entidades se ha avanzado en la agenda de trabajo.

Por último, cabe resaltar que esta Superintendencia busca el cumplimiento del marco normativo en materia jurídica y financiera para el debido flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud al velar por el recaudo de cartera recuperada con destino consecuente al pago de acreencias previas y prelación entre las que están ADRES, Cuentas de Alto Costo, IPSs y ESEs.

8. Trabajo Intersectorial: Presentar cual es la hoja de ruta de la Superintendencia con la red prestadora de servicios de salud, para informar los riesgos financieros, del sistema de aseguramiento, al no contar las EAPB con las reservas técnicas que soporten el pago de la cartera del sector, y generar un parte de confianza como organismo de IVC, para que sigan prestando servicios, a un conociéndose las realidades de las cifras.

Respuesta: Es importante precisar distintos elementos de la pregunta realizada dado que existe una correlación confusa entre las mismas, en tal sentido se precisan las siguientes definiciones así:

1. **Reservas técnicas:** De conformidad con lo establecido en el Decreto 780 de 2016, las reservas técnicas se definen así:

“ARTÍCULO 2.5.2.2.1.9. RESERVAS TÉCNICAS. Las entidades a que hace referencia el artículo 2.5.2.2.1.2 del presente decreto tienen la obligación de calcular, constituir y mantener actualizadas mensualmente las siguientes reservas técnicas, las cuales deberán acreditarse ante la Superintendencia Nacional de Salud, conforme al artículo 2.5.2.2.1.10 del presente decreto:

1.Reserva para obligaciones pendientes. Tiene como propósito mantener una provisión adecuada para garantizar el pago de la prestación de servicios de salud del Sistema de Seguridad Social en Salud que están a cargo de las entidades a que hace referencia el artículo 2.5.2.2.1.2 del presente decreto.

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

1.1. La reserva de obligaciones pendientes y conocidas se debe constituir en el momento en que la entidad se entere por cualquier medio, del hecho generador o potencialmente generador de la obligación.

La Superintendencia Nacional de Salud para efectos de la inspección, vigilancia y control, definirá la clasificación y desagregación de estas reservas.

El monto de la reserva a constituir debe corresponder al valor estimado o facturado de la obligación de acuerdo con la información con la que se cuente para el efecto.

Tratándose de la autorización de servicios y sin que por ello se entienda extinguida la obligación, la reserva se podrá liberar en los plazos que defina la Superintendencia Nacional de Salud, con base en el estudio que realice sobre los servicios autorizados y no utilizados.

1.2. La reserva de obligaciones pendientes aún no conocidas, corresponde a la estimación del monto de recursos que debe destinar la entidad para atender obligaciones a su cargo ya causadas pero que la entidad desconoce.

Para la constitución de esta reserva se deben utilizar metodologías que tengan en cuenta el desarrollo de las obligaciones, conocidas como métodos de triángulos. Para el cálculo de esta reserva la entidad deberá contar como mínimo con tres (3) años de información propia y se deberá constituir mensualmente.”

En ese sentido, las reservas técnicas son los siniestros incurridos y probables que tiene la entidad en su funcionamiento derivado del aseguramiento en salud en las diferentes reservas. Por otro lado, es importante mencionar la normatividad vigente relacionada con la inversión de las reservas técnicas:

“Artículo 2.5.2.2.1.10 Inversión de las reservas técnicas. Las entidades a que hace referencia el artículo 2.5.2.2.1.2 del presente decreto deberán mantener inversiones de al menos el 100% del saldo de sus reservas técnicas del mes calendario inmediatamente anterior”

Ahora bien, en el marco de las competencias asignadas a la Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios de Salud, se exhorta a los prestadores para que garanticen la prestación de servicios de salud, sin imponer ningún tipo de barrera administrativa a los usuarios, ni cerrar servicios como estrategia para exigir el pago de obligaciones a cargo de las Entidades Responsables de Pago, ni implementar ninguna medida que obstaculicen o limite el acceso a los servicios de salud, priorizando el goce efectivo del

derecho a la salud sobre los acuerdos comerciales entre los actores del sistema, conforme a la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud).

Teniendo en cuenta lo anterior, y que la pregunta formulada en esta oportunidad no es clara, se solicita su reformulación, con el fin de dar las claridades que correspondan.

9. Garantía en la accesibilidad, oportunidad y prestación de servicios: Informar Como Superintendencia cuantas mesas de trabajo se han adelantado con el Ministerio de Salud, las EAPB, para el análisis técnico de las diferentes variables (Suficiencia de UPC- Carga de Enfermedad- Presupuestos Máximos- Flujo de Recursos- comportamiento de los pagos a la cartera de la red prestadora de servicios de salud en cumplimiento a la normativa vigente).

Respuesta: En atención a esta pregunta, debe tenerse presente el artículo 208 de la Constitución Política, el cual señala que corresponde a los ministerios, bajo la dirección del Presidente de la República, formular las políticas atinentes a su despacho, dirigir la actividad administrativa y ejecutar la ley, así como ser voceros del Gobierno ante el Congreso, y presentar ante este los proyectos de ley a que haya lugar:

“Artículo 208. Los ministros y los directores de departamentos administrativos son los jefes de la administración en su respectiva dependencia. Bajo la dirección del Presidente de la República, les corresponde formular las políticas atinentes a su despacho, dirigir la actividad administrativa y ejecutar la ley.

Los ministros, en relación con el Congreso, son voceros del Gobierno, presentan a las cámaras proyectos de ley, atienden las citaciones que aquéllas les hagan y toman parte en los debates directamente o por conducto de los viceministros.

Los ministros y los directores de departamentos administrativos presentarán al Congreso, dentro de los primeros quince días de cada legislatura, informe sobre el estado de los negocios adscritos a su ministerio o departamento administrativo, y sobre las reformas que consideren convenientes.

(...)” (Subrayado fuera de texto)

Así entonces, en el caso del sector salud, es el Ministerio de Salud y Protección Social el encargado de fijar la política pública en materia de salud, salud pública y promoción social en salud, y de participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos profesionales. Igualmente, la mencionada cartera se encuentra a cargo de dirigir, orientar, coordinar y evaluar el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales, así como de emitir los lineamientos pertinentes relacionados con los sistemas de información de la Protección Social.

Ahora bien, la Superintendencia Nacional de Salud es un organismo técnico encargado de velar porque los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud cumplan con los ejes de financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios, atención al usuario y participación social, eje de acciones y medidas especiales, información y focalización de los subsidios de salud, definidos en el artículo 37 de la Ley 1122 de 2007 así:

“ARTÍCULO 37. EJES DEL SISTEMA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes:

1. **Financiamiento.** Su objetivo es vigilar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector salud.

2. **Aseguramiento.** Su objetivo es vigilar el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación o vinculación de la población a un plan de beneficios de salud.

3. **Prestación de servicios de atención en salud pública.** Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

4. **Atención al usuario y participación social.** Su objetivo es garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual forma promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.

5. **Eje de acciones y medidas especiales.** Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza y monopolios rentísticos cedidos al sector salud no asignados a otra entidad, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud. En casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización o funcionamiento que le otorgue a las Entidades Promotoras de Salud o Instituciones Prestadoras de Salud, deberá decidir sobre su liquidación.

6. **Información.** Vigilar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.

7. Focalización de los subsidios en salud. *Vigilar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales."*

De conformidad con lo establecido en la Ley 100 de 1993², la Ley 1122 de 2007³, la Ley 1438 de 2011⁴, el Decreto 1080 de 2021⁵, el Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud, y sus respectivas normas reglamentarias, el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentra en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud.

Las funciones de inspección, vigilancia y control a cargo de esta entidad se encuentran definidas en el artículo 35 de la Ley 1122 de 2007, así:

"ARTÍCULO 35. Definiciones. *Para efectos del presente capítulo de la ley, se adoptan las siguientes definiciones:*

A. Inspección: *La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia.*

Son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas.

B. Vigilancia: *La vigilancia, consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de este.*

C. Control: *El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión."*

Teniendo claro lo anterior, corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud como organismo de carácter técnico cabeza del sistema de Inspección, Vigilancia y Control, velar por el cumplimiento de las normas que integran el Sistema de Seguridad Social en Salud y por la garantía del derecho fundamental a la salud de los usuarios y no formular y/o emitir la política pública en materia de salud, salud pública, promoción social en salud.

En este entendido, por tratarse de un asunto de competencia del Ministerio de Salud y Protección Social como cabeza del sector salud, esta pregunta le fue trasladada mediante oficio 20241000000344951 de 1 de marzo de 2023.

10. Impacto en la calidad de la atención médica: ¿Cuál fue el impacto de las deudas acumuladas de las EPS con las IPS y proveedores en la calidad y accesibilidad de la atención médica para los afiliados al sistema de salud, especialmente después de tomar conocimiento de esta situación? ¿Se identificaron casos de afectación en la prestación de servicios de salud debido a estas deudas?

Respuesta: Sobre la presunta afectación en la accesibilidad, garantía y oportunidad de la prestación de servicios relacionada con las deudas acumuladas de la EPS con su red de prestadores, es importante señalar que a través de la Superintendencia Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud, de conformidad con las funciones que le asisten en los numerales 11, 12, 14 y 17 del artículo 22 del Decreto 1080 de 2021, despliega las acciones de inspección, vigilancia y control a las aseguradoras (entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, empresas de medicina prepagada y regímenes de excepción) sobre el reporte de información y consistencia de condiciones financieras, el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, la detección de situaciones irregulares de índole jurídico, financiero, económico, técnico - científico o administrativo y el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Así las cosas, frente a la identificación de situaciones irregulares financieras o administrativas entre las EPS y prestadores que incidan en la accesibilidad, garantía de la prestación efectiva de servicios en salud, en el grupo de inspección y vigilancia técnico científico de la Delegatura para Entidades de Aseguramiento en Salud en el seguimiento y gestión de las peticiones, quejas y reclamos en el sistema de gestión documental Superargo (PQRD) tuvo conocimiento de **12** radicados al cierre de la vigencia 2023, que guardan relación con presuntos cierres de servicios de prestadores debido al no reconocimiento de obligaciones financieras.

Sobre el particular, dentro de las gestiones desplegadas por esta Superintendencia incluye, la formulación de requerimientos a las EPS e IPS con instrucciones específicas a la obligación que les asiste en la garantía de atención a los usuarios en principios de calidad, accesibilidad, integralidad y oportunidad, en cumplimiento de lo señalado en la Circular 013 de 2016.

11. Normativas y regulaciones: ¿Qué normativas y regulaciones específicas existen para controlar y monitorear las prácticas financieras de las EPS y su gestión de deudas? ¿Se han implementado cambios recientes en estas regulaciones en respuesta a la situación actual de deudas acumuladas?

Respuesta: La Superintendencia Nacional de Salud ha desempeñado un papel fundamental en la supervisión y regulación de las prácticas financieras de las EPS (Entidades Promotoras de Salud) y su gestión de deudas. Esto se ha llevado a cabo mediante la emisión de instrucciones y circulares que proporcionan lineamientos claros para el seguimiento y control de diversos aspectos financieros relacionados con las EPS.

En primer lugar, se hace referencia al **Decreto 780 de 2016** (compilatorio del Decreto 2702 de 2014 en la Parte 5, título 2 capítulo 2 sección 1⁴), que define indicadores financieros clave para evaluar la salud financiera de las EPS.

Estos indicadores incluyen el Capital Mínimo, que establece el mínimo de capital requerido para operar; el Patrimonio Adecuado, que mide la solvencia de las EPS para cubrir sus obligaciones; y el Régimen de Inversiones de las reservas técnicas, que refleja el respaldo financiero para las obligaciones a corto plazo. Como seguimiento a los indicadores financieros y con el fin de tomar decisiones informadas, la delegada de aseguramiento en salud realiza de manera periódica seguimiento a dichos indicadores publicando en la página web informes al respecto.⁵

Además, la Superintendencia ha emitido distintas Circulares Externas, destacándose la **Circular Externa 016 de 2015** en la que se abordan las prácticas indebidas relacionadas con el flujo de recursos; así como la **Circular Externa 2 de 2020** en la que se proporcionan instrucciones específicas para el reporte de información.

Igualmente, la Superintendencia se ha encaminado a fortalecer sus instrucciones financieras, para lo cual expidió la **Circular Externa 016 de 2016**, que requiere información financiera detallada de las EPS e IPS mediante el reporte de anexos técnicos, específicamente para el tema los anexos técnicos FT003 "cuentas por cobrar" y FT004 "cuentas por pagar". Estos reportes son analizados regularmente para evaluar el estado de la deuda de las EPS y mejorar la calidad del reporte de información financiera.

Adicionalmente, se han expedido otras **Circulares Externas** como la número **007 de 2017**⁶, que promueve la adopción de Códigos de Conducta y Buen Gobierno en el Sistema de Salud buscando promover el autocontrol y la autorregulación a fin de evitar o mitigar la ocurrencia de eventos que impacten

⁴. Artículos 2.5.2.2.1.1. a 2.5.2.2.1.5.; 2.5.2.2.1.7.; 2.5.2.2.1.9.; 2.5.2.2.1.12 y 2.5.2.2.1.16.

⁵. La Superintendencia Nacional de Salud ha dispuesto a los ciudadanos información accesible y en formatos abiertos a través de la aplicación de Datos Abiertos federada con el portal gov.co, con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones establecidas en ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional - 1712 de 2014. Por lo anterior, a partir del tercer cuatrimestre de la vigencia 2022, la información asociada a los Catálogo de información financiera según reporte de los vigilados e informes pueden consultarse en esta sesión y con el formato establecido en el portal [Supersalud Datos abiertos](#).

⁶. Modificada por las Circulares Externas 3 de 2018, 5 de 2021 y 53 de 2023.

negativamente los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud; así como la **Circular Externa 004 de 2018** a través de la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y buen gobierno organizacional, el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de las EPS, abordando riesgos en salud, financieros y operacionales, que buscan brindar mayor estabilidad operativa y financiera de los actores del sector, a través de la implementación de Subsistemas de Administración de Riesgos debidamente documentados con manuales, políticas y procedimientos.

Recientemente, la **Circular Externa 011 de 2020** instruyó a las EPS para que adelanten todas las gestiones administrativas, tendientes a realizar el proceso de conciliación, depuración y saneamiento de las cuentas por cobrar y por pagar con sus acreedores por prestaciones de servicios de salud y de servicios y tecnologías en salud. En consecuencia, se establecieron los anexos técnicos FT021, FT022 y FT023 para hacer seguimiento al cronograma de conciliación y se observa el avance de dichos acuerdos.

En el año 2022 fue emitida la **Circular Externa 202215100000056-5** impartiendo instrucciones adicionales para el reporte de información y haciendo modificaciones a las Circulares Externas 16 de 2016; 08 de 2018; 17 y 18 de 2020.

La Circular 08 de 2018, fue modificada por la **Circular Externa 202315000000006-5 de 2023**, a través de la cual fueron impartidas instrucciones para garantizar el cumplimiento del flujo de recursos y se modificaron los archivos tipo FT025 de la Circular externa 014 de 2020 y ST010 de la Circular Externa 008 de 2018; misma que a su vez fue modificada por la **Circular Externa 202415000000001-5 de 2024**.

Del mismo modo, a continuación, se relaciona la normatividad respecto a mesas de saneamiento de cartera de la Circular Conjunta 030 de 2013 y las mesas de flujo de recursos - MFR de esta Superintendencia, así:

	INSTRUMENTO PARA GENERACIÓN DE FLUJO	NORMATIVIDAD VIGENTE
1	Mesa de flujo en el marco de la Circular Conjunta 030 de 2013	<p>Artículo 1 del Decreto 1281 de 2002: Utilizar social y económicamente los recursos financieros disponibles del sector salud con eficiencia y oportunidad.</p> <p>Artículo 5 del Decreto 1281 de 2002: Quienes administren recursos del Sector Salud y quienes manejen información sobre la población incluyendo los regímenes especiales o de excepción del SGSSS de que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, harán parte del Sistema Integral de Información del Sector Salud para el control de la afiliación, del estado de salud de la población y de los recursos y responderán por su reporte oportuno, confiable y efectivo.</p> <p>Artículos 114, 121, 122, 126, 133 Y 135 de la Ley 1438 de 2011: Obligación de las diferentes entidades del SGSSS de reportar información relacionada con la prestación de servicios y sus estados financieros, y se asigna la competencia a la Superintendencia Nacional de Salud para conciliar conflictos derivados de devoluciones de facturas entre los diferentes agentes del Sistema.</p> <p>Artículo 25 del Decreto 4747 de 2007: Consagra el registro conjunto de trazabilidad de la factura, para efectos de contar con un registro sistemático del cobro, glosas y pago de servicios de salud.</p> <p>Artículo 43.4.1. de la Ley 715 de 2001: Establece como responsabilidad de los departamentos y distritos la de ejercer en su jurisdicción la vigilancia y el control del aseguramiento en el SGSSS y en los regímenes de excepción definidos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993.</p> <p>"Artículo 43.1.5. de la Ley 715 de 2001: Establece la responsabilidad de los departamentos y distritos de vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida Minsalud."</p>
		<p>Artículo 13 Ley 1122 de 2007: Art 13. Flujo y protección de los recursos</p> <p>Artículo 57 Ley 1438 de 2011: Tramite de glosas</p> <p>Artículo 9 Ley 1797 de 2016: Fijar medidas de carácter financiero y operativo para avanzar en el proceso de saneamiento de deudas del sector y en el mejoramiento del</p>

Tabla No. 4

13. Transparencia y rendición de cuentas: ¿Qué mecanismos tiene la Superintendencia de Salud para garantizar la transparencia y la rendición de cuentas en relación con su labor de supervisión y control sobre las EPS y su manejo de deudas, especialmente después de tomar conocimiento de esta situación? ¿Se publica información detallada sobre los resultados de las evaluaciones y las acciones tomadas?

Respuesta: La Superintendencia Nacional de Salud en el marco de sus funciones de inspección, vigilancia y control dispone a los usuarios y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y a la ciudadanía en general, información accesible y en formatos abiertos a través del Portal de Datos Abiertos de la Supersalud, con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones establecidas en la Ley de Transparencia y Acceso a la información pública (Ley 1712 de 2014). En este portal se publica la información financiera de EPS, EMP, SAP, Regímenes de Excepción y Especiales, que puede ser objeto de consulta cuando se requiera. Así mismo anualmente la Supersalud realiza rendición cuentas a la ciudadanía en general, a los funcionarios de la Entidad, y demás partes interesadas en la cual presenta los resultados de la gestión en el periodo correspondiente.

14. Colaboración con otras entidades: ¿Cómo colaboró la Superintendencia de Salud con otras entidades gubernamentales, como el Ministerio de Salud y la Contraloría General de la República, para abordar y resolver los problemas relacionados con las deudas de las EPS, después de tomar conocimiento de esta situación? ¿Se intensificaron las reuniones periódicas de coordinación y trabajo conjunto?

Respuesta: Respecto de la colaboración con las demás entidades del Estado, esta Superintendencia adelanta acciones de inspección, vigilancia y control a partir de traslado de hallazgos realizado por la Contraloría General de la República con base en auditorías efectuadas por el organismo de control, los cuales a su vez son trasladados a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas para las acciones de control que correspondan.

De igual forma, esta Entidad ha dado a conocer a la Contraloría General de la República y a la Procuraduría informes de distintos componentes que fueron resultado de las acciones de inspección y Vigilancia, con el objeto de contribuir en el ejercicio de las facultades de dichos Entes de Control.

15. Perspectivas futuras: ¿Cuáles son las perspectivas y medidas a futuro que la Superintendencia de Salud considera necesarias para abordar de manera efectiva el problema de las deudas de las EPS y garantizar la estabilidad financiera del sistema de salud en el país, especialmente después de tomar conocimiento de esta situación? ¿Se

están considerando cambios en las políticas o regulaciones existentes para mejorar esta situación?

Respuesta: Si bien con la Ley 1949 de 2019 se buscó fortalecer la capacidad institucional de la Superintendencia Nacional de Salud en su labor sancionatoria y jurisdiccional, y se le dieron mayores herramientas para ejercer sus funciones de vigilancia y control, como se indicó en el documento de exposición de motivos del proyecto de ley presentado por el Gobierno Nacional “*Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*”, estas han resultado insuficientes y la labor sancionatoria ha sido débil, frente la magnitud de las transacciones económicas que ejercen las Entidades Promotoras de Salud – EPS y demás actores del Sistema.

Por este motivo, con el proyecto de reforma al Sistema de Salud se busca que la Superintendencia cuente con un poder de actuación efectivo en los territorios, con una estructura nacional, cuyo principal objetivo sea vigilar el cumplimiento del derecho fundamental a la salud y tomar las medidas correspondientes para su garantía.

Así, para fortalecer la función jurisdiccional, se propuso en el texto del proyecto de reforma que la Superintendencia Nacional de Salud podía conocer, tramitar y fallar, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, entre otros asuntos: **(i)** los trámites de insolvencia previstos en la Ley 1116 de 2006 o la que haga sus veces, para los sujetos vigilados, **(ii)** la declaratoria de nulidad de los actos defraudatorios y la desestimación de la personalidad jurídica de las sociedades sometidas a su vigilancia, cuando se utilice la sociedad en fraude a la ley o en perjuicio de terceros, los accionistas y los administradores que hubieren realizado, participado o facilitado los actos defraudatorios, responderían solidariamente por las obligaciones nacidas de tales actos y por los perjuicios causados, y **(iii)** conocer de la acción indemnizatoria a que hubiese lugar por los posibles perjuicios que se deriven de los actos defraudatorios.

Lamentablemente esta propuesta no fue acogida en el trámite surtido ante la Cámara de Representantes, no obstante lo cual es claro que el objetivo de esta Superintendencia y del Ministerio de Salud y Protección Social como cabeza del sector, es que se cuenten con las suficientes herramientas para ejercer de manera adecuada y efectiva sus funciones de inspección, vigilancia y control, que permitan el cumplimiento del derecho fundamental a la salud y la protección y correcto uso de los recursos del Sistema de Salud.

Ahora bien, con el fin de ampliar estas precisiones, esta pregunta también fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social con el oficio 20241000000344951 de 1 de marzo de 2023.

En los anteriores términos se da respuesta a su solicitud, quedando atento a cualquier información o aclaración adicional que se requiera.

Atentamente,

Firmado electrónicamente por: Luis Carlos Leal Angarita

LUIS CARLOS LEAL ANGARITA
Superintendente Nacional de Salud