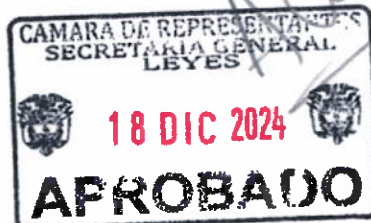


Art 3



Bogotá D.C, 09 de diciembre de 2024

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Cámara de Representantes



Cordial saludo,

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

En el marco de las disposiciones contenidas en la Ley 5ª de 1992, artículos 112 y subsiguientes se presenta proposición modificativa al artículo 3 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 3. Atención Primaria en Salud (APS). ~~Según lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, artículos 12 a 16, la Atención Primaria en Salud (APS) fue adoptada como es una~~ estrategia dentro del Sistema de Salud y está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana y las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

La Atención Primaria en Salud (APS) ~~se concibe como una estrategia~~ está orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud. Tiene carácter universal, territorial, sistemático, permanente, predictivo y resolutivo e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Es transversal al Sistema de Salud y todos sus integrantes son responsables por su desarrollo en lo de su competencia, y deberán realizar la abogacía correspondiente para lograr los objetivos de la APS.

Por tratarse de una acción intersectorial/transectorial, el Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, para la intervención de los determinantes sociales de la salud, destinarán recursos adicionales de fuentes diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud. En los territorios los gobernadores y alcaldes distritales y municipales serán los responsables de la coordinación y dirección de las acciones de intervención de los determinantes sociales


HERÁCLITO LANDÍNEZ SUÁREZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico

Capitolio Nacional de Colombia – Calle 10 No 7-50
heraclito.landinez@camara.gov.co

Ventanilla única de Correspondencia Carrera 7ª No. 8-68. Primer Piso.



11:30am

RECIBITO DE PAGAMENTO



RECEBIMOS DE V. SA. (R\$) 100,00
O VALOR DE R\$ 100,00 (Cem reais)
Pelo pagamento de...

Assinado por...

RECEBIMOS DE PAGAMENTO

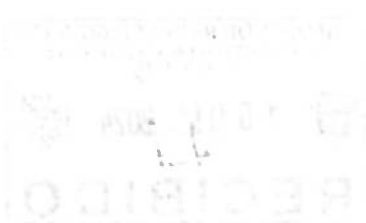
RECEBIMOS DE V. SA. (R\$) 100,00
O VALOR DE R\$ 100,00 (Cem reais)
Pelo pagamento de...

RECEBIMOS DE V. SA. (R\$) 100,00
O VALOR DE R\$ 100,00 (Cem reais)
Pelo pagamento de...

RECEBIMOS DE V. SA. (R\$) 100,00
O VALOR DE R\$ 100,00 (Cem reais)
Pelo pagamento de...

RECEBIMOS DE V. SA. (R\$) 100,00
O VALOR DE R\$ 100,00 (Cem reais)
Pelo pagamento de...

RECEBIMOS DE V. SA. (R\$) 100,00
O VALOR DE R\$ 100,00 (Cem reais)
Pelo pagamento de...



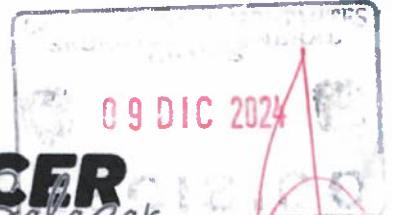
RECEBIMOS DE V. SA. (R\$) 100,00
O VALOR DE R\$ 100,00 (Cem reais)
Pelo pagamento de...

RECEBIMOS DE V. SA. (R\$) 100,00
O VALOR DE R\$ 100,00 (Cem reais)
Pelo pagamento de...



Agua

ELIÉCER
Representante
a la Cámara



1 V
AIC
9 Tm

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY No. 135 de 2024 CÁMARA

"Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

El suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración la siguiente proposición modificativa al Artículo 3, el cual quedará así:

"Artículo 3. Atención Primaria en Salud (APS). Según lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011...

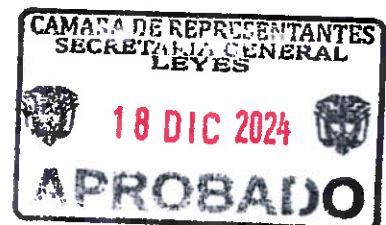
(...)

Es transversal al Sistema de Salud y todos sus integrantes son responsables por su desarrollo en lo de su competencia, y deberán realizar la ~~abogacía correspondiente~~ gestión que corresponda para lograr los objetivos de la APS.

Por tratarse de una acción intersectorial/transectorial, el Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, ~~para la intervención de los determinantes sociales de la salud,~~ destinarán recursos adicionales de fuentes diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud, para la intervención de los determinantes sociales de la salud, en los territorios los gobernadores y alcaldes distritales y municipales serán los responsables de la coordinación y dirección de las acciones de intervención de los determinantes sociales."

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara



Oficina 603 - 604B
Edificio Nuevo - Capitolio Nacional
Bogotá D.C.

Carrera 12 No. 13B-16
Celular: 3135740221
Valledupar, Cesar



Acum



Art 4
DLO
A 4600

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY
No. 135 de 2024 CÁMARA

"Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

El suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración la siguiente proposición modificativa al Artículo 4, el cual quedará así:

Artículo 4. Modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS). Se define el modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo como la política en salud del Estado para la población residente en el territorio colombiano. Este modelo establece el marco conceptual y operativo para la comprensión integral de la salud en el territorio y la redefinición y reorganización de los servicios de salud permitiendo la superación de inequidades, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la transformación social como pilares de la garantía del derecho a la salud. Integra, como estrategias, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, la recuperación del estado de salud, la rehabilitación, los cuidados paliativos y el acompañamiento hasta el final de la vida, así como la intersectorialidad y la participación comunitaria.

Está fundamentado en la Atención Primaria en Salud (APS) y establece el desarrollo de acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y resolutivas centradas en las personas, las familias y las comunidades; se organiza y funciona mediante Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS), Integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad e implementa las estrategias de salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado, enfoque de género y de transectorialidad.

El propósito del modelo es orientar el accionar de los agentes del Sistema de Salud para la garantía del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional haciendo efectiva la Atención Primaria en Salud (APS) a través de estrategias orientadas a fortalecer la integridad del sector salud, la soberanía sanitaria y la gobernanza territorial; fomentar el trabajo digno y decente; y conformar y organizar Redes Integrales e Integrales Territoriales de Salud (RIITS) en donde se fortalezca el nivel primario, como componente de la red que desarrolla los vínculos con los individuos, las familias, la comunidad y los sectores sociales.

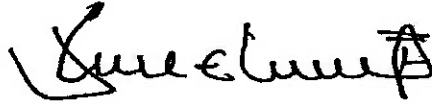
La promoción de la salud es un proceso que comprende acciones orientadas a fortalecer la educación en salud, el conocimiento y las capacidades de las personas, y la formación en derechos y deberes de los usuarios, de las familias y de las comunidades para contribuir en la transformación positiva de las condiciones y entornos de desarrollo, mediante la participación transectorial, el empoderamiento comunitario y el autocuidado.

Dentro del modelo, en el nivel primario operan los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los equipos de salud territoriales, de acuerdo con las necesidades de la población.

Oficina 603 - 604B
Edificio Nuevo - Capitolio Nacional
Bogotá D.C.

Carrera 12 No. 13B-16
Celular: 3135740221
Valledupar, Cesar

El modelo es predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud; preventivo porque brinda cuidado integral en todos sus niveles, a las personas, familias y comunidades, minimizando la morbilidad y la carga de la enfermedad; y resolutivo porque permite responder de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individual y colectiva.



JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara

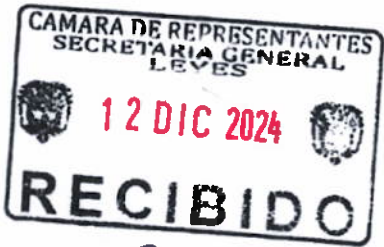
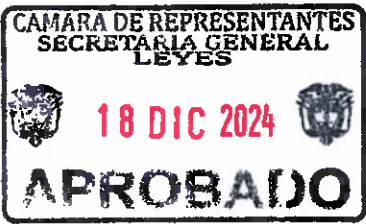
Oficina 603 - 604B
Edificio Nuevo - Capitolio Nacional
Bogotá D.C.

Carrera 12 No. 13B-16
Celular: 3135740221
Valledupar, Cesar

Axal
Pr 4

Bogotá, noviembre de 2024

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes



2:33 pm
y

PROPOSICIÓN DE MODIFICACIÓN

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”

Modifíquese el ~~numeral 4 del~~ artículo ⁴ 30, el cual quedará así:

Artículo 4. Modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS). Se define el modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo como la política en salud del Estado para la población residente en el territorio colombiano. Este modelo establece el marco conceptual y operativo para la comprensión integral de la salud en el territorio y la redefinición y reorganización de los servicios de salud permitiendo la superación de inequidades, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la transformación social, como pilares de la garantía del derecho a la salud.

(...)

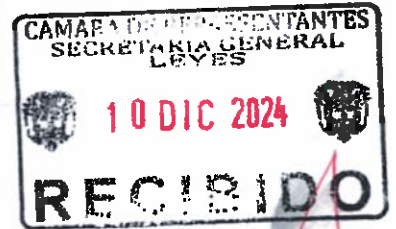
María Eugenia Ariza

Alfredo Martínez
German J. Gómez

Alexander Chaves

Caribé Acuña

Juan Antonio Luna



Bogotá D.C., 10 de diciembre de 2024

Doctor,
JAIME RAÚL SALAMANCA
Presidente de la Honorable Cámara de Representantes.

Ref: Proposición de modificación del artículo 4 del Proyecto de Ley No. 312/2024C *“por medio del cual se transforma el sistema de salud y se dictan otras disposiciones”*.

Apreciado doctor Salamanca:

Con sustentación en la Ley 5ª de 1992 “Por lo cual se expide el reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representante” presentamos la siguiente:

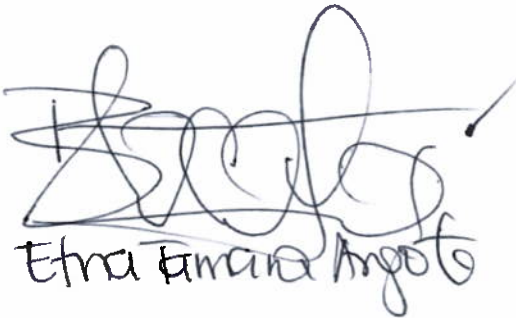
I. PROPOSICIÓN DE MODIFICACIÓN

Solicitamos respetuosamente a la Plenaria de la Honorable Cámara de Representantes, que se modifique el artículo 4 del Proyecto de Ley No. 312/2024C *“por medio del cual se transforma el sistema de salud y se dictan otras disposiciones”*., de la siguiente manera:

“Artículo 4. Modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS). Se define el modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo como la política en salud del Estado para la población residente en el territorio colombiano. Este modelo establece el marco conceptual y operativo para la comprensión integral de la salud en el territorio y la redefinición y reorganización de los servicios de salud permitiendo la superación de inequidades, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la transformación social como pilares de la garantía del derecho a la salud.

Está fundamentado en la Atención Primaria en Salud (APS) y establece el desarrollo de acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y resolutivas centradas en las personas, las familias y las comunidades; se organiza y funciona mediante Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad e implementa las estrategias de salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado, enfoque de género, **diferencial** y de transectorialidad.(...)

Atentamente,


Efraín Amara Angoté





CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

RECEIVED
1998 JUN 10
CÁMARA DE REPRESENTANTES

RECEIVED
1998 JUN 10
CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara
"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"



Con fundamento en lo contemplado en la ley 5 de 1992 y las normas concordantes, modifíquese el Artículo 5 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 5. Gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud. La gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social como órgano rector del sector.

El Ministerio de Salud y Protección Social será quien oriente la toma de decisiones en salud, la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas de salud; así como la gestión de los procesos al interior del Sistema. Además, ejercerá la coordinación intersectorial y ejecutará las disposiciones legales vigentes.

En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por los gobernadores y alcaldes, como autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, y consiste en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito, de conformidad con las disposiciones orgánicas y legales que se le asignen. También ejercerán la función de autoridad sanitaria en su jurisdicción.

Parágrafo 1. Los órganos de dirección en los ámbitos nacional y territorial deberán atender las recomendaciones que formulen el Consejo Nacional de Salud y los respectivos Consejos Territoriales de Salud.

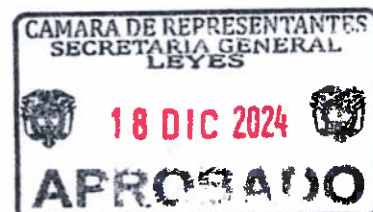
Parágrafo 2. Las acciones de salud pública se realizarán bajo la rectoría del Estado, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social y los departamentos, distritos y municipios, los cuales garantizarán el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y predicción en salud, la gestión del riesgo en salud, la investigación en salud pública, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector, la participación de entidades públicas, privadas y mixtas y la participación social en la salud.

Parágrafo 3. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social definirá la construcción de la política de calidad en salud y del Plan Decenal de Mejoramiento de la Calidad en Salud, que servirán para transformar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) en el Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA).

Parágrafo 4. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social definirá la construcción e implementación de la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación para el sector salud en coordinación con el Instituto Nacional de Salud (INS), que servirá para impulsar el desarrollo técnico, tecnológico y científico en salud del país.

Atentamente,

ZEIDER ALEXANDRA VÁSQUEZ OCHOA
Representante a la Cámara por Cundinamarca



Art 5
Acel



JORGE RODRIGO TOVAR
CÁMARA DE PAZ 2022-2026

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES

12 DIC 2024

RECIBIDO

PROPOSICIÓN ADITIVA.


Adiciónese un **parágrafo nuevo** del **ARTÍCULO 5** del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024** **Cámara acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** *"Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así:

Artículo 5. Gobernanza, Rectoría y Dirección del Sistema de Salud. La gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social como órgano rector del sector.

(...)

Parágrafo nuevo. El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud o quien haga sus veces, consolidará un informe que evidencie los resultados obtenidos del ejercicio de gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud, el cual será publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, a efectos de que la ciudadanía pueda acceder a su contenido.

Del Honorable Congresista,


JORGE RODRIGO TOVAR VÉLEZ
Representante a la Cámara
CITREP No. 12 Cesar, Magdalena y La Guajira
Asociación Paz es Vida (Pa-Vida)

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES

18 DIC 2024

APROBADO

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



• Cra 7 8-88 Edificio Nuevo del Congreso oficinas 430B-431B
✉ util.jorge-tovar@camara.gov.co | [jorgerodrigotovar.com](https://www.jorgerodrigotovar.com)
[jorgerodrigotovar](#) | @ [jorgerodrigotv](#) | [jorgerodrigotv](#)



PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Aves

Alt 6

KATHERINE
MIRANDA

Modifíquese el **artículo 6** del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*”, el cual quedará así:

Artículo 6. Consejo Nacional de Salud. Créase el Consejo Nacional de Salud como instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social.

El Consejo Nacional de Salud estará conformado por:

1. Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá.
2. Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.
3. Ministro del Trabajo o su delegado.
4. Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible o su delegado.
5. Ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación, o su delegado.
6. El Director de Planeación Nacional o su delegado.
7. El Director de la ADRES o su delegado.
8. Un representante de los gobernadores y alcaldes.
9. Un representante de los trabajadores de la salud.
10. Un representante de las organizaciones representativas de los profesionales de la salud.
11. Un representante de pacientes o usuarios.
12. Un representante de la academia, facultades y escuelas de salud.
13. Un representante de los grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado.
14. Un representante de las Gestoras de Salud y Vida.
15. Un representante de las IPS.



1:03 pm

El Superintendente Nacional de Salud, el Director del INVIMA y el Director del Instituto Nacional de Salud formarán parte del Consejo Nacional de Salud con voz, pero sin voto. A su vez, el Consejo Nacional de Salud podrá invitar a instituciones y personas naturales o jurídicas que considere pertinentes.

El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesiones extraordinarias por el Ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de **siete (7)** de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quórum para sesionar con diez (10) de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría calificada del total de los miembros del Consejo.

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Recomendar a los distintos sectores y entidades del Gobierno nacional y a los actores del Sistema de Salud, la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión.

2. Realizar recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social, respecto de la definición del valor anual de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), teniendo en cuenta factores diferenciales como edad, el sexo, ubicación geográfica, condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población, y costos de las tecnologías en salud, entre otros.

3. 2- Presentar iniciativas en materia de reglamentación del Sistema de Salud para consideración del

4. 3- Monitorear el buen funcionamiento del Sistema de Salud y el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud, así mismo proponer mecanismos y herramientas para optimizar la vigilancia y control del sistema.

5. 4- Revisar los informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de Salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia.

6. 5- Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente Ley. El Consejo Nacional de Salud, en cabeza de la Secretaría Técnica en el primer trimestre de cada año, rendirá un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, en el que se evalúe la implementación y reglamentación de la presente Ley.

7. 6- Adoptar su propio reglamento.

Parágrafo 1. Las decisiones que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 2. El Gobierno nacional reglamentará, en un tiempo máximo de seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley, los mecanismos de elección, alternancia y participación en este Consejo.

Parágrafo 3. La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo humano independiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito y previa convocatoria, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud.

Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social incluirá en su presupuesto el funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que cubra los gastos de la Secretaría Técnica, honorarios y desplazamiento de los consejeros no gubernamentales, el soporte técnico, y gastos para comunicación.

Parágrafo 5. Los Consejos Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Seguridad Social en Salud, se denominarán Consejos Territoriales en Salud y tendrán una conformación y funciones similares al Consejo Nacional de Salud.

Katherine Miranda P.

KATHERINE MIRANDA
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS DE LEY
NO. 135 DE 2024 CÁMARA.

"Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras
disposiciones"

Si el suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a
consideración, la siguiente proposición de adición al artículo 6, el cual quedará así:

Artículo 6. Consejo Nacional de Salud.

(...)

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

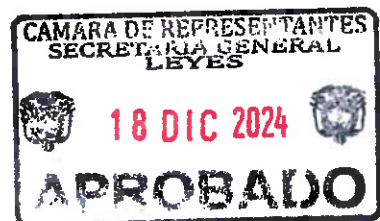
(...)

Numeral nuevo. Estudiar y plantear recomendaciones sobre el plan integral de fortalecimiento
y modernización de la red pública nacional de servicios de salud presentado a consideración
del CNS por el Ministerio de Salud y Protección Social.

(...)"

[Firma manuscrita]

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar



PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS DE LEY
NO. 135 DE 2024 CÁMARA.

*"Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras
disposiciones"*

El suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a
consideración, la siguiente proposición de adición al artículo 6, el cual quedará así:

"Artículo 6. Consejo Nacional de Salud.

(...)

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

(...)

**Numeral nuevo. Promover estudios técnicos y alternativas para el fortalecimiento de las
intervenciones colectivas y poblacionales de salud pública territorial y su distribución, según
las necesidades evidenciadas por los resultados en salud de los diferentes territorios.**

(...)"

Jose Salazar

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar



Salazar

DEL 6



PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS DE LEY
No. 135 DE 2024 CÁMARA.

*"Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras
disposiciones"*

El suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a
consideración la siguiente proposición de adición al artículo 6, el cual quedará así:

"Artículo 6. Consejo Nacional de Salud.

(...)

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

(...)

**Numeral nuevo. Impulsar la definición de políticas públicas orientadas a la promoción de la
salud, a la prevención de la enfermedad y a elevar la calidad de vida de la población,
encaminadas a favorecer que, en todas las políticas, se tengan en cuenta criterios y conceptos
de salud para buscar sinergias económicas y programáticas, y para que consideren las
implicaciones nocivas para la salud de las decisiones que se tomen en otros sectores.**

(...)"

Jose Elvira

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar



PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.

MODIFÍQUESE el artículo 6° del Proyecto de Ley N° 312 del 2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones" el cual quedará así,

Artículo 6. Consejo Nacional de Salud. Créase el Consejo Nacional de Salud como instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social.

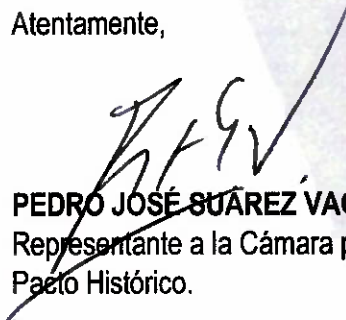
(...)
El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

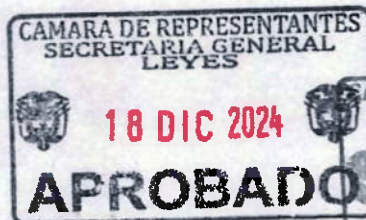
1. Recomendar a los distintos sectores y entidades del Gobierno nacional y a los actores del Sistema de Salud, la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión.
2. Presentar iniciativas en materia de reglamentación del Sistema de Salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Monitorear el buen funcionamiento del Sistema de Salud y el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud, así mismo proponer mecanismos y herramientas para optimizar la vigilancia y control del sistema.
4. Revisar los informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de Salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia.
5. Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente Ley. El Consejo Nacional de Salud, en cabeza de la Secretaría Técnica en el primer trimestre de cada año, rendirá un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, en el que se evalúe la implementación y reglamentación de la presente Ley.
6. Adoptar su propio reglamento.

7. Elaborar estrategias, planes y proyectos para la prevención, mitigación y gestión de los riesgos relacionados con los estados de emergencia, como los sanitarios y/o financieros que puedan afectar e impedir el funcionamiento eficaz y continuo del sistema de salud.

(...)

Atentamente,


PEDRO JOSÉ SUÁREZ VACCA
Representante a la Cámara por Boyacá
Pacto Histórico.



1:19 pm

AQUIVTE LA DEMOCRACIA

Cra. 7ª No. 8-68 Ofc 330B – Cel: (+57) 3203794708
Tel: (+57) (601) 3904050 Ext. 3269 - 3291
pedro.suarez@camara.gov.co / suarezvacca.camara@gmail.com
Bogotá, D.C. – Colombia



@suarezvacca



Pedro José Suárez Vacca



320 3794708

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

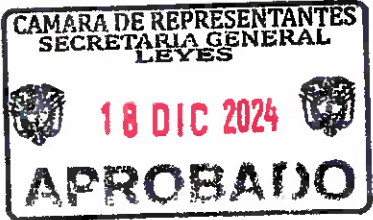
Modifíquese el artículo 6 del proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara “Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”, el cual, en lo pertinente quedará así:

“Artículo 6. (...)

El Superintendente Nacional de Salud, el Director del IETS, el Director del INVIMA y el Director del Instituto Nacional de Salud formarán parte del Consejo Nacional de Salud con voz, pero sin voto. A su vez, el Consejo Nacional de Salud podrá invitar a instituciones y personas naturales o jurídicas que considere pertinentes.

(...)”.

Cordialmente,



<div>Katherine Miranda P.</div> <div>KATHERINE MIRANDA</div> <div>Representante a la Cámara</div> <div>Partido Alianza Verde</div>	<div>Jennifer Pedraza S</div> <div>JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL</div> <div>Representante a la Cámara por Bogotá</div> <div>Partido Dignidad y Compromiso</div>
<div>Julia Miranda</div> <div>JULIA MIRANDA LONDOÑO</div> <div>Representante a la Cámara por Bogotá</div> <div>Partido Nuevo Liberalismo</div>	<div>Juan Sebastián Gómez González</div> <div>JUAN SEBASTIÁN GÓMEZ GONZÁLES</div> <div>Representante a la Cámara por Caldas</div> <div>Nuevo Liberalismo</div>
<div>Alejandro García R</div> <div>ALEJANDRO GARCÍA RÍOS</div> <div>Representante a la Cámara por Risaralda</div> <div>Partido Alianza Verde</div>	<div>Daniel Carvalho Mejía</div> <div>DANIEL CARVALHO MEJÍA</div> <div>Representante a la Cámara</div>

Carolina Giraldo B

CAROLINA GIRALDO BOTERO
Representante a la Cámara
Departamento de Risaralda

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.

Modifíquese el inciso quinto del ARTÍCULO 6 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

ARTÍCULO 6. Consejo Nacional de Salud. (...)

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Recomendar a los distintos sectores y entidades del Gobierno nacional y a los actores del Sistema de Salud, la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión.
2. Presentar iniciativas en materia de reglamentación del Sistema de Salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Monitorear el buen funcionamiento del Sistema de Salud y el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud, así mismo proponer mecanismos y herramientas para optimizar la vigilancia y control del sistema.
4. Revisar y consolidar los informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de Salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia. Esta consolidación de los informes deberá ser publicado para su libre acceso y conocimiento en el sitio web del Ministerio de Salud y Protección Social.
5. Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente Ley. El Consejo Nacional de Salud, en cabeza de la Secretaría Técnica en el primer trimestre de cada año, rendirá un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, en el que se evalúe la implementación y reglamentación de la presente Ley.
6. Adoptar su propio reglamento.

(...)

Del Honorable Congresista,

JORGE RODRIGO TOVAR VÉLEZ
Representante a la Cámara
CITREP No. 12 Cesar, Magdalena y La Guajira
Asociación Paz es Vida (Pa-Vida)



AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

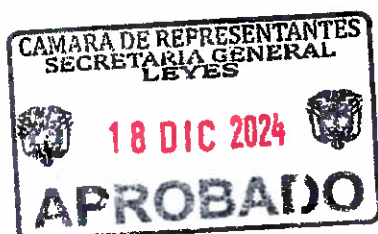


Cra 7 8-88 Edificio Nuevo del Congreso oficinas 430B-431B
✉ utl.jorge-tovar@camara.gov.co | jorgerodrigotovar.com
f jorgerodrigotovar | @jorgerodrigotv | jorgerodrigotv

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFIQUESE EL PARÁGRAFO 1 DEL ARTÍCULO 6 DEL TÍTULO II AL PROYECTO DE LEY NO. 312-2024C POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES, EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

Parágrafo 1. Las decisiones que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministerio de Salud y Protección Social **y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.**



10:31 am

Cordialmente,

DUVALIER SÁNCHEZ ARANGO

Representante a la Cámara – Valle del Cauca
Partido Alianza Verde

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Edificio Nuevo del Congreso - Carrera 7 #8-62, oficina 505 B.
Teléfonos: 3823000 - correo electrónico: duvalier.sanchez@camara.gov.co

Justificación

Toda decisión que tenga impacto fiscal debe ser evaluada y aprobada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Cordialmente,

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Edificio Nuevo del Congreso - Carrera 7 #8-62, oficina 505 B.
Teléfonos: 3823000 - correo electrónico: duvalier.sanchez@camara.gov.co

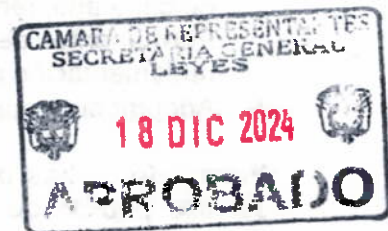
PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Modifíquese el artículo 6 del texto propuesto para primer debate del **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara**, acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones". El cual quedará así:

Artículo 6. Consejo Nacional de Salud. Créase el Consejo Nacional de Salud como instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social.

El Consejo Nacional de Salud estará conformado por:

1. Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá.
2. Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.
3. Ministro del Trabajo o su delegado.
4. Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible o su delegado.
5. Ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación, o su delegado.
6. El Director de Planeación Nacional o su delegado.
7. El Director de la ADRES o su delegado.
8. Un representante de los gobernadores y alcaldes.
9. Un representante de los alcaldes
10. Un representante de los trabajadores de la salud.
11. Un representante de las organizaciones representativas de los profesionales de la salud.
12. Un representante de pacientes o usuarios.
13. Un representante de la academia, facultades y escuelas de salud.
14. Un representante de las comunidades étnicas NARP (Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras) ~~los grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado.~~
15. Un representante de las comunidades indígena y ROM
16. Un representante de la población campesina
17. Un representante por víctimas del conflicto armado.
18. Un representante de las Gestoras de Salud y Vida.
19. Un representante de las IPS.



El Superintendente Nacional de Salud, el Director del INVIMA y el Director del Instituto Nacional de Salud formarán parte del Consejo Nacional de Salud con voz, pero sin voto. A su vez, el Consejo Nacional de Salud podrá invitar a instituciones y personas naturales o jurídicas que considere pertinentes.

El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesiones extraordinarias por el Ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de siete (7) ~~nueve~~ (9) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quorum para sesionar con diez (10) ~~doce~~ (12) de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría calificada del total de los miembros del Consejo.

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Recomendar a los distintos sectores y entidades del Gobierno nacional y a los actores del Sistema de Salud, la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión.
2. Presentar iniciativas en materia de reglamentación del Sistema de Salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Monitorear el buen funcionamiento del Sistema de Salud y el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud, así mismo proponer mecanismos y herramientas para optimizar la vigilancia y control del sistema.
4. Revisar los informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de Salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia.
5. Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente Ley. El Consejo Nacional de Salud, en cabeza de la Secretaría Técnica en el primer trimestre de cada año, rendirá un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, en el que se evalúe la implementación y reglamentación de la presente Ley.
6. Adoptar su propio reglamento.

Parágrafo 1. Las decisiones que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministerio de Salud y Protección Social.

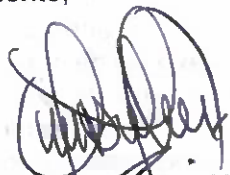
Parágrafo 2. El Gobierno nacional reglamentará, en un tiempo máximo de seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley, los mecanismos de elección, alternancia y participación en este Consejo.

Parágrafo 3. La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo humano independiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito y previa convocatoria, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud.

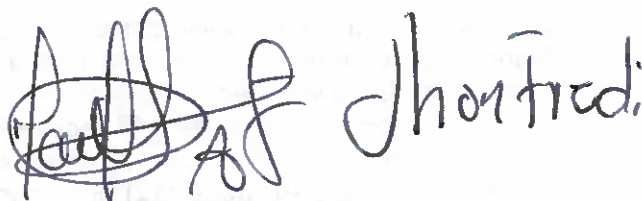
Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social incluirá en su presupuesto el funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que cubra los gastos de la Secretaría Técnica, honorarios y desplazamiento de los consejeros no gubernamentales, el soporte técnico, y gastos para comunicación.

Parágrafo 5. Los Consejos Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Seguridad Social en Salud, se denominarán Consejos Territoriales en Salud y tendrán una conformación y funciones similares al Consejo Nacional de Salud.

Cordialmente,



ANA ROGELIA MONSALVE ÁLVAREZ
Representante a la Cámara
Partido Demócrata Colombiano



MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara



Eduardo Sarmiento Ricalzo

Aval



Act 6

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY
No. 135 de 2024 CÁMARA

“Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras
disposiciones”.

El suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a
consideración, la siguiente proposición modificativa del numeral 15 del artículo 6, el cual quedará así:

“Artículo 6. Consejo Nacional de Salud. Créase el Consejo Nacional de Salud como instancia de
dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social.

El Consejo Nacional de Salud estará conformado por:

1. Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá.
(...)

15. Un representante ~~de las IPS~~ de los prestadores de salud.
(...)”

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara





Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



4:57 pm
5

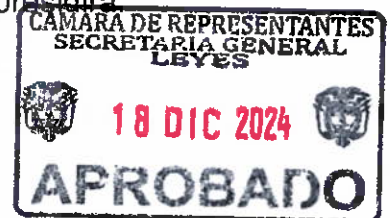
PROPOSICIÓN.

Modifíquese el artículo 6 del Proyecto de Ley 312 de 2024 “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, el cual quedará así:

Artículo 6. Consejo Nacional de Salud. Créase el Consejo Nacional de Salud como instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social.

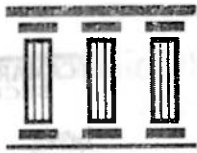
El Consejo Nacional de Salud estará conformado por:

1. Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá.
2. Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.
3. Ministro del Trabajo o su delegado.
4. Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible o su delegado.
5. Ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación, o su delegado.
6. El Director de Planeación Nacional o su delegado.
7. El Director de la ADRES o su delegado.
8. Un representante de los gobernadores **y alcaldes**.
9. Un representante de los trabajadores de la salud.
10. Un representante de las organizaciones representativas de los profesionales de la salud.
11. Un representante de pacientes o usuarios.
12. Un representante de la academia, facultades y escuelas de salud.
13. Un representante de los grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado.
14. Un representante de las Gestoras de Salud y Vida.
15. Un representante de las IPS.
16. Un representante de los Alcaldes.



El Superintendente Nacional de Salud, el Director del INVIMA, el Defensor del Pueblo y el Director del Instituto Nacional de Salud formarán parte del Consejo Nacional de Salud con voz, pero sin voto. A su vez, el Consejo Nacional de Salud podrá invitar a instituciones y personas naturales o jurídicas que considere pertinentes.

El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesiones extraordinarias por el Ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de siete (7) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quorum para sesionar con diez (10) de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría calificada del total de los miembros del Consejo.

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Recomendar a los distintos sectores y entidades del Gobierno nacional y a los actores del Sistema de Salud, la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión.
2. Presentar iniciativas en materia de reglamentación del Sistema de Salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Monitorear el buen funcionamiento del Sistema de Salud y el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud, así mismo proponer mecanismos y herramientas para optimizar la vigilancia y control del sistema.
4. Revisar los informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de Salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia.
5. Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente Ley. El Consejo Nacional de Salud, en cabeza de la Secretaría Técnica en el primer trimestre de cada año, rendirá un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, en el que se evalúe la implementación y reglamentación de la presente Ley.
6. Adoptar su propio reglamento.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

Parágrafo 1. Las decisiones que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 2. El Gobierno nacional reglamentará, en un tiempo máximo de seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley, los mecanismos de elección, alternancia y participación en este Consejo.

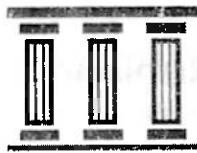
Parágrafo 3. La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo humano independiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito y previa convocatoria, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud.

Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social incluirá en su presupuesto el funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que cubra los gastos de la Secretaría Técnica, honorarios y desplazamiento de los consejeros no gubernamentales, el soporte técnico, y gastos para comunicación.

Parágrafo 5. Los Consejos Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Seguridad Social en Salud, se denominarán Consejos Territoriales en Salud y tendrán una conformación y funciones similares al Consejo Nacional de Salud.


PIEDAD CORREAL RUBIANO.
Representante a la Cámara por el Quindío.





Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUSTIFICACIÓN

Se debe tener por separado los representantes de los alcaldes y gobernadores, es decir, cada gremio con su representante y además se debe agregar al Defensor del Pueblo al del Consejo Nacional de Salud ya que es la entidad que tiene el contacto con la comunidad y que en el presente conoce la gran mayoría de las acciones de tutela del sistema de salud.

PROPOSICIÓN

AL TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY Nro.
312/2024C "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS
DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 7 del texto propuesto para segundo debate del Proyecto de Ley Nro. 312/2024C "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", el cual quedará así:

Artículo 7. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores participantes en el Sistema de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará, desarrollará e implementará el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) para garantizar el acceso transparente, en línea y en tiempo real de las transacciones en salud y administrativas por parte de cada actor del Sistema de Salud, según sean sus responsabilidades operativas o estratégicas, en el orden nacional, territorial e institucional. Para ello deberá elaborar un plan estratégico de diseño, implementación y evaluación y deberá podrá contar con la cooperación técnica del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, cuando lo considere pertinente y en el marco de sus competencias.

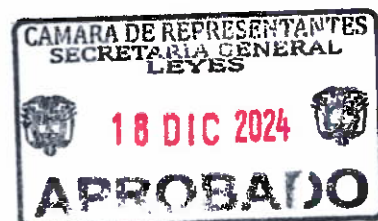
La incorporación de la información al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), tanto administrativa como asistencial, será obligatoria para todos los integrantes del Sistema de Salud.

El Sistema entrará a operar por etapas, en armonía con los avances en conectividad y capacidad tecnológica instalada en el país, priorizando territorios donde aún no hay conectividad, y deberá integrar los sistemas de información ya disponibles. Para el desarrollo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) se articularán los actores en una estructura multimodal de coordinación con un desarrollo por etapas secuenciales y armónicas con la incorporación de funcionalidades.

El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) deberá recoger los estándares y políticas de interoperabilidad para los sistemas de información definidas por el Gobierno nacional.

El manejo de la información confidencial sobre las condiciones de salud de las personas estará sujeto a la normatividad vigente, en especial a la Ley 2015 de 2020, o la que la modifique o sustituya.

WILMER CASTELLANOS HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara por Boyacá
Congreso de la República de Colombia





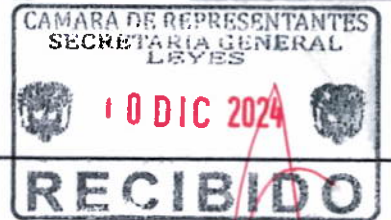
CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Wilmer ♥ Castellanos
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUSTIFICACIÓN

Como quiera que el Ministerio de Salud desarrollará e implementará el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) y para ello deberá elaborar un plan estratégico de diseño, tendrá que asegurar la cooperación técnica del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en lo de sus competencias, razón por la cual no se puede dejar la redacción en términos facultativos sino obligatorios.

**CÁMARA DE REPRESENTANTES
PLENARIA**



Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara

"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones"


PROPOSICIÓN

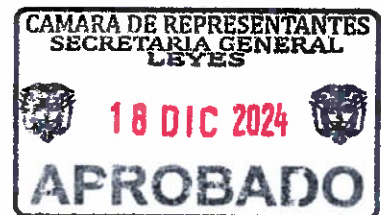
ADICIÓNASE UN PARÁGRAFO NUEVO, AL ARTÍCULO 7, DEL PRESENTE PROYECTO DE LEY EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

Artículo 7. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores participantes en el Sistema de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará, desarrollará e implementará el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) para garantizar el acceso transparente, en línea y en tiempo real de las transacciones en salud y administrativas por parte de cada actor del Sistema de Salud, según sean sus responsabilidades operativas o estratégicas, en el orden nacional, territorial e institucional. Para ello deberá elaborar un plan estratégico de diseño, implementación y evaluación y podrá contar con la cooperación técnica del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, cuando lo considere pertinente y en el marco de sus competencias.

Parágrafo nuevo. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), deberá cumplir con estándares internacionales de interoperabilidad y seguridad de la información, garantizando la protección de datos personales, el acceso equitativo y la transparencia en la gestión del sistema.

Atentamente,


Karen A Manrique O
Representante a la Cámara
Comisión Primera
CITREP 2, Arauca.



Bogotá D.C. Diciembre 9 de 2024

Honorable Representante
Jaime Raul Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes
Congreso de la República



Reciba un cordial saludo.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, presentamos la siguiente:

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 7, el cual quedara así:

Artículo 7. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores participantes en el Sistema de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará, desarrollará e implementará el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) para garantizar el acceso transparente, en línea y en tiempo real de las transacciones en salud y administrativas por parte de cada actor del Sistema de Salud, según sean sus responsabilidades operativas o estratégicas, en el orden nacional, territorial e institucional. Para ello deberá elaborar un plan estratégico de diseño, implementación y evaluación y podrá contar con la cooperación técnica del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, cuando lo considere pertinente y en el marco de sus competencias.

La incorporación de la información al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), tanto administrativa como asistencial, será obligatoria para todos los integrantes del Sistema de Salud.



Verde



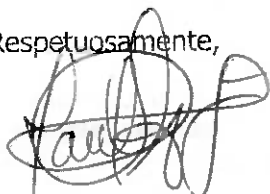
El Sistema entrará a operar por etapas, en armonía con los avances en conectividad y capacidad tecnológica instalada en el país, ~~priorizando territorios donde aún no hay conectividad~~, y deberá integrar los sistemas de información ya disponibles. Para el desarrollo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) se articularán los actores en una estructura multimodal de coordinación con un desarrollo por etapas secuenciales y armónicas con la incorporación de funcionalidades. **Se brindará asistencia técnica e inversión prioritaria, en aquellos municipios donde no hay conectividad con el fin de cerrar brechas tecnológicas y facilitar su vinculación al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).**

El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) deberá recoger los estándares y políticas de interoperabilidad para los sistemas de información definidas por el Gobierno nacional.

El manejo de la información confidencial sobre las condiciones de salud de las personas estará sujeto a la normatividad vigente, en especial a la Ley 2015 de 2020, o la que la modifique o sustituya.

Justificación:

Respetuosamente,



MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde



Duralier Sánchez
Rep. Valle - P. Verde.



Verde



PROPOSICIÓN ADITIVA



5:06 pm

g

Adiciónese un inciso al Artículo 8. del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones". el cual quedará así:

Artículo 8. Obligatoriedad de las cotizaciones. Son aportantes al Sistema de Salud las personas jurídicas en calidad de empleadores y las personas naturales de acuerdo con la normatividad vigente.

Las cotizaciones y aportes son contribuciones sobre los salarios, honorarios, pensiones, ingresos o la renta de las personas. La liquidación y pago de las cotizaciones al Sistema de Salud son de carácter obligatorio.

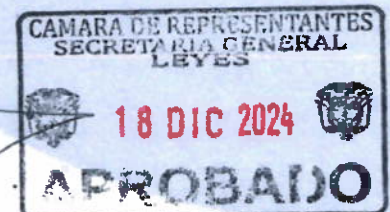
Los aportantes presentarán las liquidaciones de sus cotizaciones en salud ante los operadores del pago de aportes autorizados y con destino a la Cuenta de Recaudo del Fondo Único Público de Salud administrado por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).

La Unidad de ^{o administrativa Especial} Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP), será la entidad competente para adelantar las acciones de determinación y cobro de las Contribuciones Parafiscales en salud, respecto de las personas naturales con ingresos ordinarios mensualizados, no mensualizados o extraordinarios, los omisos o inexactos; igualmente, lo podrá hacer respecto de las personas jurídicas.

De igual manera la UGPP establecerá auditorías aleatorias para verificar la veracidad de las liquidaciones y pagos realizados por los aportantes, con el fin de prevenir prácticas de evasión."

Cordialmente,

ALEJANDRO OCAMPO GIRALDO
Representante a la Cámara



Actual

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el literal 22 del artículo 9 del proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

1 ✓
ALC
4 20V

" Artículo 9. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.

(...)

22. Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud, de acuerdo con las auditorías **integrales** que realicen las Gestoras de Salud y Vida, para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población

Cordialmente,

<div>Jennifer Pedraza S</div> <div>JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL</div> <div>Representante a la Cámara por Bogotá</div> <div>Partido Dignidad y Compromiso</div>	<div>Katherine Miranda P.</div> <div>KATHERINE MIRANDA</div> <div>Representante a la Cámara</div> <div>Partido Alianza Verde</div>
<div>Julia Miranda</div> <div>JULIA MIRANDA LONDOÑO</div> <div>Representante a la Cámara por Bogotá</div> <div>Partido Nuevo Liberalismo</div>	<div>Juan Sebastián Gómez González</div> <div>JUAN SEBASTIÁN GÓMEZ GONZÁLES</div> <div>Representante a la Cámara por Caldas</div> <div>Nuevo Liberalismo</div>



<p>Alejandro García R</p> <p>ALEJANDRO GARCÍA RÍOS Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde</p>	<p></p> <p>DANIEL CARVALHO MEJÍA Representante a la Cámara</p>
<p></p> <p>CAROLINA GIRALDO BOTERO Representante a la Cámara Departamento de Risaralda</p>	

10 MAR 2015

PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS DE LEY
NO. 135 DE 2024 CÁMARA.

*"Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras
disposiciones"*

El suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a
consideración, la siguiente proposición aditiva al artículo 9, el cual quedará así:

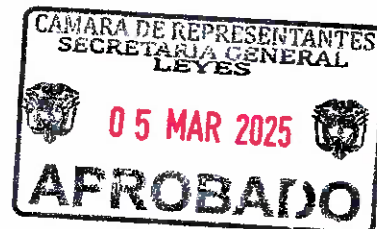
Artículo 9. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).

(...)

**Numeral nuevo. Pagar la cofinanciación de las ISE, previa aprobación por parte del Ministerio
de Salud y Protección Social, según lo dispuesto en la presente Ley.**

(...)"

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar



PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS DE LEY
NO. 135 DE 2024 CÁMARA.

*"Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras
disposiciones"*

El suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a
consideración, la siguiente proposición aditiva al artículo 9, el cual quedará así:

Artículo 9. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).

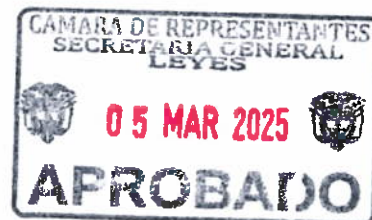
(...)

Numeral nuevo. Pagar el valor correspondiente al saneamiento de las Empresas Sociales del
Estado que se transformen en ISE, según lo dispuesto en la presente Ley.

(...)"

[Firma manuscrita]

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar



PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS DE LEY
NO. 135 DE 2024 CÁMARA.

*"Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras
disposiciones"*

El suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a
consideración, la siguiente proposición aditiva al artículo 9, incluyendo un numeral nuevo, el cual
quedará así:

Artículo 9. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).

(...)

30 Numeral nuevo. Realizar el pago de las licencias de maternidad o paternidad y el
reconocimiento de la prestación económica a las madres gestantes no cotizantes, según lo
dispuesto en la presente Ley.

(...)"

[Firma manuscrita]

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar





CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA



JORGE RODRIGO TOVAR
CÁMARA DE PAZ 2022-2026



PROPOSICIÓN ADITIVA.

Adiciónese dos numerales al **ARTÍCULO 9** del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 9. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) creada en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, a partir de la vigencia de la presente Ley se denominará "Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES", tendrá por objeto garantizar el adecuado recaudo, administración, flujo y control de los recursos públicos del Sistema de Salud y ejercerá las siguientes funciones:

(...)

- 31) **Rendir semestralmente un informe detallado, el cual deberá ser de público acceso y conocimiento, sobre la ejecución de los recursos destinados para el Sistema de Salud. Este informe deberá ser presentado ante las Comisiones Séptimas Constitucionales de Senado de la República y Cámara de Representantes.**
- 32) **Las demás que sean necesarias para el desarrollo de su objeto.**

Del Honorable Congresista,

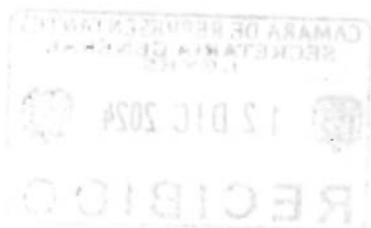
JORGE RODRIGO TOVAR VÉLEZ
Representante a la Cámara
CITREP No. 12 Cesar, Magdalena y La Guajira
Asociación Paz es Vida (Pa-Vida)



AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



• Cra 7 8-68 Edificio Nuevo del Congreso oficinas 430B-431B
✉ utljorge-tovar@camara.gov.co • jorgerodrigotovar.com
f jorgerodrigotovar | @jorgerodrigotv | jorgerodrigotv



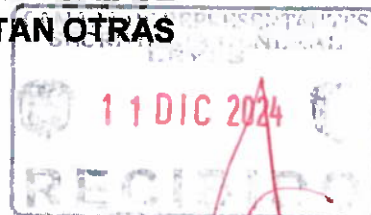
15 DIC 2004

Acu

PROPOSICION MODIFICATIVA

PROYECTO DE LEY N° 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY N° 135 DE 2024 CÁMARA “POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

Modifíquese el artículo 9 del proyecto de ley, el cual, quedará así:



Artículo 9. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) creada en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, a partir de la vigencia de la presente Ley se denominará “Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES”, tendrá por objeto garantizar el adecuado recaudo, administración, flujo y control de los recursos públicos del Sistema de Salud y ejercerá las siguientes funciones:

(...)

Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social en los seis(6) meses siguientes a la sanción de la presente ley. Expedirá la reglamentación en relación a definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). La Administradora deberá realizar audiencias de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de la misma.

ATC
9320

De los Honorables Representantes

CARLOS FELIPE QUINTERO OVALLE
Representante a la Cámara
Departamento de Cesar



PBX: 3904050
Ext.4014



carlos.quintero@camara.gov.co

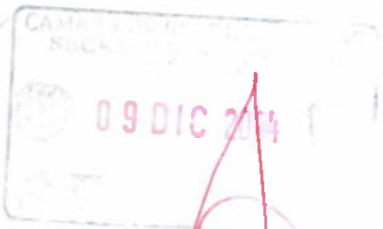


Carrera 7ª N° 8-68 Edificio
Nuevo del Congreso Of. 550B



PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Aval



Del 9.

Modifíquese el parágrafo 3 del artículo 9 del proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara “Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”, el cual quedará así:

1 ✓
AIG
420 ✓

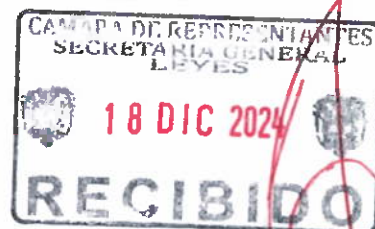
“Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). Sin perjuicio de las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud y demás organismos de control, la ~~La~~ Administradora deberá realizar audiencias de rendición de cuentas ante el Consejo Nacional de Salud, informando de su gestión y los resultados obtenidos de la misma”.

Cordialmente,

<p><i>Julia Miranda</i></p> <p>JULIA MIRANDA LONDOÑO Representante a la Cámara por Bogotá Partido Nuevo Liberalismo</p>	<p><i>Jennifer Pedraza S</i></p> <p>JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso</p>
<p><i>Katherine Miranda P.</i></p> <p>KATHERINE MIRANDA Representante a la Cámara Partido Alianza Verde</p>	<p><i>J. Sebastián Gómez González</i></p> <p>JUAN SEBASTIÁN GÓMEZ GONZÁLES Representante a la Cámara por Caldas Nuevo Liberalismo</p>
<p><i>Alejandro García R.</i></p> <p>ALEJANDRO GARCÍA RÍOS Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde</p>	<p><i>Carolina Giraldo B.</i></p> <p>CAROLINA GIRALDO BOTERO Representante a la Cámara Departamento de Risaralda</p>

Art 9

Art 9



PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Modifíquese el numeral 20 del artículo 9 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará de la siguiente manera:

20. De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con mayores riesgos en salud, así como manuales tarifarios, con pisos y techos, los cuales se establecerán de manera participativa y democrática.

1. Parágrafo 4. Para efectos de establecer los pisos y techos de los manuales tarifarios de que trata el numeral 20. del artículo 9, el Ministerio de Salud, deberá conformar un Comité Técnico en el que participe la (ADRES), un (1) representante de las Comunidades Científicas y un (1) representante de los hospitales públicos y las clínicas privadas.

un(1) representante de las clínicas privadas

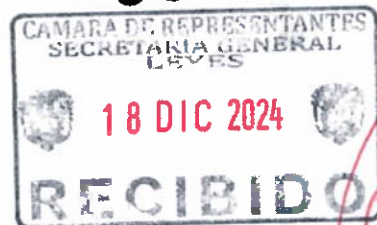
Atentamente,

CARLOS ARTURO VALLEJO BELTRÁN
Representante a la Cámara
Departamento del Meta
carlos.vallejo@camara.gov.co
Teléfono 3164683301





CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá



Acel Det 9

CATHY
JUVINAO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 9 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

ALC
3 25 ✓

Artículo 9. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) creada en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, a partir de la vigencia de la presente Ley se denominará "Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES", tendrá por objeto garantizar el adecuado recaudo, administración, flujo y control de los recursos públicos del Sistema de Salud y ejercerá las siguientes funciones:

1. Recaudar todos los recursos fiscales y parafiscales que legalmente deben ingresar al Fondo Único Público de Salud
2. Administrar los recursos del Fondo Único Público en Salud, que financian el Sistema de Salud, de conformidad con lo previsto en la presente ley.
3. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET).
4. Realizar los pagos de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, asumir como pagador único del Sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de medicamentos y tecnologías en salud, de naturaleza pública, privada y mixta, de acuerdo con los controles y auditorías que realicen las Gestoras de Salud y Vida.
5. Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) o a las instituciones de las que dependan o los operen.
6. Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas, pagos y transferencias que corresponden a los diferentes agentes del Sistema en los términos de la presente Ley, que serán registrados en el Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS.
7. Desarrollar un modelo de seguimiento y evaluación del gasto del Sistema de salud, que esté en capacidad de detectar tendencias y desviaciones y realizar comparaciones entre regiones e instituciones, como elemento fundamental para retroalimentar régimen tarifas y formas de pago, con el fin de garantizar el control del riesgo financiero y la sostenibilidad del sistema.
8. Realizar el pago de la remuneración por administración e incentivos a las Gestoras de Salud y Vida.

🐦@CathyJuvinao @cathy_juvinao 📧Cathy Juvinao - Fuera Vagos 🎵@CathyJuvinao

🌐www.cathyjuvinao.com 📞314 3341374 ✉catherine.juvinao@camara.gov.co 📍Calle 10 N° 7-50 OF301/ Capitolio Nacional

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

9. Realizar los pagos por incentivos a los prestadores de mediana y alta complejidad.
10. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promuevan la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto podrá contratar las auditorías integrales que corresponda.
11. Administrar y llevar registro de la información propia de sus operaciones financieras y las de los diferentes actores del sistema que tengan relación con las funciones de la entidad, a través de un sistema de información interoperable con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).
12. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.
13. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria en Salud (APS) para lo cual podrá solicitar información a las entidades territoriales y otros agentes.
14. Garantizar el flujo oportuno de los recursos del Sistema de Salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los recursos disponibles, de conformidad con mecanismo de autorización del pago de servicios.
15. Hacer públicas todas las transacciones y reconocimientos del sector salud para garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud, a través del Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS.
16. Realizar las actividades de gestión administrativa necesarias para garantizar la administración del Fondo Único Público. Su régimen de contratación interno para fines de funcionamiento y apoyo administrativo se regirá por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. La ejecución de los recursos administrados del Fondo Único Público destinados a garantizar los servicios de salud y protección social se realizará sin más formalidad que el reconocimiento de los servicios prestados y auditorías por los diferentes prestadores y proveedores, de acuerdo con lo establecido en la presente Ley y las normas vigentes que regulan la ordenación de pagos a los distintos actores del sistema.
17. Adelantar las acciones de reembolso del pago de servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales.
18. Realizar las acciones de cobro o de repetición por los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito por vehículos no asegurados con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema.
19. Realizar convenios y/o contratos con entidades especializadas para la realización de auditorías médicas y de cuentas en salud, incluidas auditorías aleatorias o dirigidas sobre la auditoría de las Gestoras de Salud y Vida.
20. De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con mayores riesgos en salud, así como manuales tarifarios, con pisos y techos.

🐦@CathyJuvinao 📧@cathy_juvinao 📠Cathy Juvinao - Fuera Vagos 🎧@CathyJuvinao

🌐 www.cathyjuvinao.com 📞 314 3341374 ✉ catherine.juvinao@camara.gov.co 📍 Calle 10 N° 7-50 OF301/ Capitolio Nacional

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

21. Entregar al Ministerio de Salud y Protección Social insumos y análisis del gasto para el establecimiento y actualización del régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud.
22. Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud, de acuerdo con las auditorías que realicen las Gestoras de Salud y Vida, para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población.
23. Desarrollar una política de inversión y manejo financiero de los recursos que permita la mayor rentabilidad al menor riesgo.
24. Administrar, gestionar y girar los recursos de inversión o funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social que este determine.
25. Diseñar mecanismos financieros y de crédito para contribuir a la liquidez de las instituciones prestadoras de servicios de salud, siempre que se cumplan los criterios de respaldo en el monto y la frecuencia de los pagos realizados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) a la institución prestadora, que permita la recuperación de los recursos.
26. Suscribir los acuerdos marco con los prestadores, gestores farmacéuticos, y proveedores de servicios y tecnologías en salud.
27. Constituir un fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras que se puedan presentar.

28-29-30-31-32.

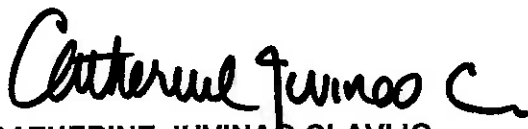
Parágrafo 1. Todas las referencias legales vigentes relacionadas con la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud se entienden referidas a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).

Parágrafo 2. A partir de la entrada en vigencia de la presente Ley el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) reglamentarán y definirán el Plan de Fortalecimiento Institucional necesario para garantizar que en un plazo máximo de un (1) año, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) cuente con la capacidad operativa para asumir las funciones asignadas.

Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). La Administradora deberá realizar audiencias de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de la misma.

Parágrafo Nuevo.

Atentamente,



CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

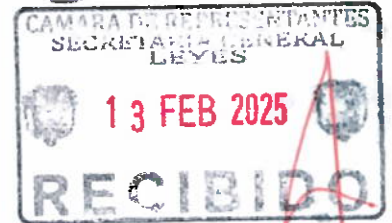
Representante a la Cámara por Bogotá



And

DZT 10

Bogotá, D.C, 13 de febrero de 2025

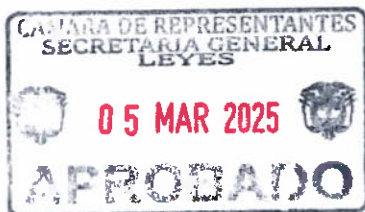


PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el **ARTÍCULO 10mo.** del Proyecto de Ley 312 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

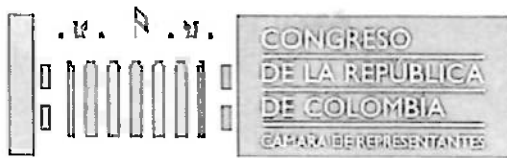
Artículo 10. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). A la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) le corresponde administrar los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional y territorial, asignados para garantizar el aseguramiento social en salud, los cuales se consolidarán en el Fondo Único Público de Salud que contará con un conjunto de subcuentas, de acuerdo con la destinación de los recursos, y entre otros incluye los siguientes:

1. Las cotizaciones sociales que al Sistema de Salud aporten las personas naturales y jurídicas asociados a los aportes patronales, ingreso por salarios, rentas, trabajo independiente o por cuenta propia, contratos de prestación de servicios o pensiones.
2. Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001.
3. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar el aseguramiento social en salud.
4. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, las municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 por los obligados.
5. Los recursos de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, destinados a financiar el Sistema de Salud.
6. Los recursos destinados por la Nación u organismos internacionales a la atención en salud de la población migrante y otras poblaciones especiales.
7. Los recursos de las Entidades Territoriales provenientes de las rentas cedidas asignadas, que a la vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud, incluyen los recaudos gestionados por entidades del orden nacional y los recaudados territorialmente, los cuales deben ser girados directamente por los administradores y/o recaudadores a la ADRES.
8. Los recursos propios de las Entidades Territoriales, correspondientes a recursos corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente Ley, venían siendo girados a la ADRES para el financiamiento del aseguramiento en salud.
9. Los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), que el Ministerio de Salud y Protección Social determine.



AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Edificio Nuevo del Congreso
Bogotá, D.C.



10. Los recursos correspondientes a la contribución equivalente al 52% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que se cobra con adición a ella.
11. Los recursos del Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT) creado por el Decreto-Ley 1032 de 1991.
12. Los ingresos provenientes de cuotas moderadoras y copagos que deben ser descontados de las facturas presentadas y contabilizados por la ADRES.
13. Los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales serán transferidos directamente por la UGPP a la ADRES, sin operación presupuestal.
14. Los recursos destinados al financiamiento de los residentes médicos y otros programas de formación del talento humano en salud.
15. Los recursos del Presupuesto General de la Nación y otros recursos destinados a la financiación del aseguramiento social en salud.
16. Los rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del sistema y sus excedentes.
17. Los demás recursos que por disposición legal se le asignen para el financiamiento del Sistema de Salud **o que se le entreguen en administración relacionados con la salud y la protección social.**
18. Los recursos que se recauden por concepto de los impuestos saludables considerados en el Título V de la Ley 2277 de 2022 o la norma que la sustituya o modifique.
19. Figura jurídica para la destinación específica del 0.5 del IVA social.

20 - Parágrafo.

Alfredo M
Cordialmente,

Donia Susana M

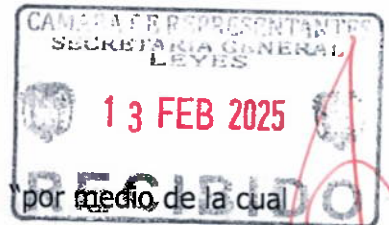
ALFREDO MONDRAGÓN
Circunscripción Valle del Cauca
Pacto Histórico

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Edificio Nuevo del Congreso
Bogotá, D.C.

AVALADO
PROPOSICIÓN

DLT 10
Ayer

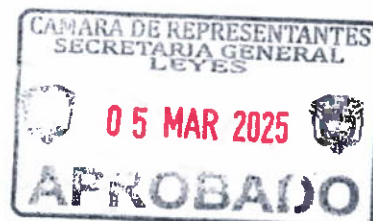


Modifíquese el artículo 10º del Proyecto de Ley 312 de 2024 Cámara por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones” de la siguiente manera:

2:04

Artículo 10. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. A la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) le corresponde administrar los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional y territorial, asignados para garantizar el aseguramiento social en salud, los cuales se consolidarán en el Fondo Único Público de Salud que contará con un conjunto de subcuentas, de acuerdo con la destinación de los recursos, y entre otros incluye los siguientes:

1. Las cotizaciones sociales que al Sistema de Salud aporten las personas naturales y jurídicas asociados a los aportes patronales, ingreso por salarios, rentas, trabajo independiente o por cuenta propia, contratos de prestación de servicios o pensiones.
2. Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001.
3. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar el aseguramiento social en salud.
4. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, las municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 por los obligados.
5. Los recursos de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, destinados a financiar el Sistema de Salud.
6. Los recursos destinados por la Nación u organismos internacionales a la atención en salud de la población migrante y otras poblaciones especiales.
7. Los recursos de las Entidades Territoriales provenientes de las rentas cedidas asignadas, que a la vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud, incluyen los recaudos gestionados por entidades del orden nacional y los recaudados territorialmente, los cuales deben ser girados directamente por los administradores y/o recaudadores a la ADRES.
8. Los recursos propios de las Entidades Territoriales, correspondientes a recursos corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente Ley, venían siendo girados a la ADRES para el financiamiento del aseguramiento en salud.
9. Los recursos de Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), que el Ministerio de Salud y Protección Social determine.



10. Los recursos correspondientes a la contribución equivalente al 52% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que se cobra con adición a ella.

11. Los recursos del Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT) creado por el Decreto-Ley 1032 de 1991.

12. Los ingresos provenientes de cuotas moderadoras y copagos que deben ser descontados de las facturas presentadas y contabilizados por la ADRES.

13. Los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales serán transferidos directamente por la UGPP a la ADRES, sin operación presupuestal.

14. Los recursos destinados al financiamiento de los residentes médicos y otros programas de formación del talento humano en salud.

15. Los recursos del Presupuesto General de la Nación y otros recursos destinados a la financiación del aseguramiento social en salud.

16. Los rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del sistema y sus excedentes.

17. Los demás recursos que por disposición legal se le asignen para el financiamiento del Sistema de Salud.


18. Los recursos que se recauden por concepto de los impuestos saludables considerados en el Título V de la Ley 2277 de 2022 o la norma que la sustituya, modifique o derogue.


19. Figura jurídica para la destinación específica del 0.5 del IVA social

20. El Gobierno Nacional ampliará los cupos de gasto con cargo a recursos de ingresos corrientes y recursos de capital del Ministerio de Salud y Protección Social de manera progresiva equivalente a un punto porcentual (1%) del Producto Interno Bruto entre los años 2026 y 2032.

Parágrafo 1: Los recursos correspondientes a los numerales 18 y 19 de que trata el presente artículo se incorporarán como cupos adicionales del sector salud en el marco de gasto de mediano plazo para 2026 en adelante, sin que representen una sustitución de otras fuentes a las que financian el presupuesto del sector en la vigencia fiscal de 2025, ni disminuyan el esfuerzo de la Nación en su financiamiento.

~~**Parágrafo 2:** La ADRES tiene la obligación de calcular, constituir y mantener actualizadas mensualmente las reservas técnicas conocidas y no conocidas que deberán acreditarse ante la Superintendencia Nacional de Salud, sobre las cuales se deberá mantener inversiones de al menos el 100% del saldo de sus reservas técnicas del mes calendario inmediatamente anterior, de acuerdo con el siguiente régimen y los plazos que defina el Gobierno nacional.~~


Jorge E. Tanaño





Bogotá D.C., diciembre de 2024
Honorable Representante
JAIME RAUL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes
Ciudad

DLT 11

09 DIC 2024

RECIBIDO

8/05

Asunto: Proposición para el Proyecto de Ley Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Respetado Presidente

Por intermedio suyo presento la siguiente **PROPOSICIÓN para adicionar un numeral al artículo 11:**

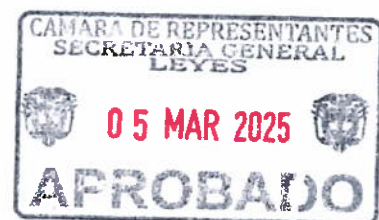
Artículo 11. Nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud. Adiciónese el artículo 513-14 del Título X del Libro III del Estatuto Tributario, así:

Artículo 513-14. Destinación de los impuestos saludables. El Gobierno nacional, a partir del primero (1°) de enero de 2026, destinará el cien por ciento (100%) del recaudo de los impuestos a las bebidas ultraprocesadas azucaradas (IBUA) y los impuestos a los productos comestibles ultraprocesados industrialmente y/o con alto contenido de azúcares añadidos (ICUI), al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Parágrafo: El Gobierno Nacional, en cabeza de los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación, evaluará e incorporará de forma progresiva definirá nuevas fuentes de financiación para el sistema de salud que incluya a partir del año 2026. que permitan garantizar la continuidad en la atención y un crecimiento suficiente de los recursos para la prestación de los servicios de salud en todo el territorio nacional y en todos los niveles de atención.

Atentamente

HÉCTOR DAVID CHAPARRO
Representante a la Cámara Boyacá
Partido Liberal





Justificación

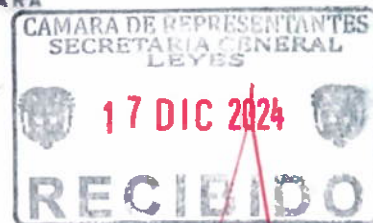
Este artículo podría interpretarse limitado a hacer una modificación al Estatuto Tributario para destinar recursos de los impuestos a bebidas azucaradas y a los ultraprocesados, sin que se asuma una función de diseño y desarrollo de nuevas fuentes de financiación en el largo plazo.

La situación financiera actual del sistema, y los retos que a mediano y largo plazo enfrentará el sistema, asociados a factores como el aumento en la expectativa de vida, cambios en los perfiles epidemiológicos y mayores expectativas de la población, exige pensar en alternativas de financiación adicionales que permita al sistema de salud contar con recursos suficientes para atender las necesidades de la población en todos los niveles y en todo el territorio nacional.

Si bien en Colombia el gasto en salud como porcentaje del PIB es cercano al promedio de la OCDE (8,1% en Colombia vs 9,2% promedio en los países OCDE), el gasto per cápita está en los últimos lugares (USD 1.640 vs USD 4.986, cifras en PPP). Así las cosas, materializar las aspiraciones contenidas en la Ley Estatutaria en Salud requiere un mayor esfuerzo financiero y explorar nuevas opciones que complementen las fuentes actuales de recursos destinadas al sistema de salud del país.

La redacción propuesta permitiría avanzar en este sentido, al requerir por parte del Gobierno Nacional la evaluación e incorporación progresiva de nuevas fuentes de financiación.

PROPOSICIÓN



AL TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY Nro. 312/2024C
"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 11 del texto propuesto para segundo debate del Proyecto de Ley Nro. 312/2024C "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", el cual quedará así:

Artículo 11. Nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud. Adiciónese el artículo 513-14 del Título X del Libro III del Estatuto Tributario, así:

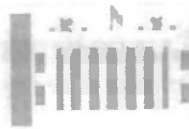
Artículo 513-14. Destinación de los impuestos saludables. El Gobierno nacional, a partir del primero (1°) de enero de 2026, destinará el cien por ciento (100%) del recaudo de los impuestos a las bebidas ultraprocesadas azucaradas (IBUA) y los impuestos a los productos comestibles ultraprocesados industrialmente y/o con alto contenido de azúcares añadidos (ICUI), al Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud ~~Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)~~.

Parágrafo. El Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, definirá nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud que incluya a partir del año 2026.

modifica parágrafo

WILMER CASTELLANOS HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara por Boyacá
Congreso de la República de Colombia





CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Wilmer ♥ Castellanos
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUSTIFICACIÓN

De la lectura de la exposición de motivos y del articulado de la iniciativa tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un **Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud**, para garantizar el derecho fundamental; así en reiteradas oportunidades dentro del articulado se hace referencia al "*Nuevo Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud*", razón por la cual encontramos justificada la proposición de ajustar el texto en todos los apartes en donde se hace referencia SGSS y no al SASSS.



JULIÁN LOPEZ
CONGRESISTA

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

En mi condición de Representante a la Cámara por el Departamento del Valle del Cauca y de conformidad con el artículo 113 y 114 de la ley 5ª de 1992, me permito presentar la siguiente proposición modificatoria del numeral undécimo (11) del artículo doceavo (12) del Proyecto de ley No.312 de 2024, **"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"** las modificaciones propuestas se resaltan en negrilla y subrayado en la siguiente tabla:

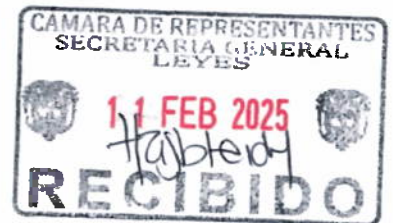
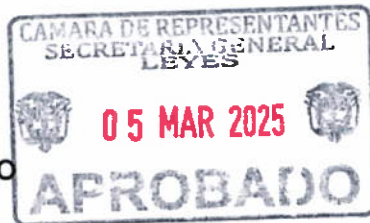
TEXTO ORIGINAL	TEXTO PROPUESTO
Artículo 12. Destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). Los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) serán destinados a lo siguiente: (...)	Artículo 12. Destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). Los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) serán destinados a lo siguiente: (...) 11.El fortalecimiento <u>y mejora</u> de la Red Nacional de Atención de Urgencias. (...)

1

Atentamente,

Atentamente,

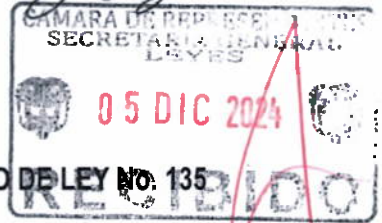
JULIÁN DAVID LÓPEZ TENORIO
Representante a la Cámara



5:10pm

JULIÁN LOPEZ
CONGRESISTA

📍 Oficina:343B-344B Edificio Nuevo Congreso
☎️ Teléfono:(57+1)3904050 ext. 4163-4302-4303 📱 Celular:3024629992
✉️ julian.lopez@camara.gov.co 🌐 julianlopezte 📍 Julián López



PROPOSICIÓN DE MODIFICACIÓN
PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA- ACUMULADO PROYECTO DE LEY No. 135
DE 2024 CÁMARA

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE
DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

El suscrito representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la Ley 5 de 1992 somete a consideración del Presidente y los miembros de la plenaria de la Honorable Cámara de Representantes, la siguiente proposición de modificación artículo 12, el cual quedara así:

"Artículo 12. Destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). Los recursos administrados por la Administradora de Recursos para la Salud (ADRES) serán destinados a lo siguiente:

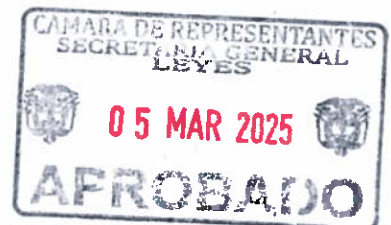
(..)

13. El financiamiento de los laboratorios de salud pública y las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, conforme a lo establecido en la presente Ley.
14. El Pago de incentivos que se establezcan para los prestadores de servicios de salud incluyendo quienes presten servicios las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad, y los incentivos que de acuerdo a la presente ley se reconozcan para las Gestoras de Salud y Vida.

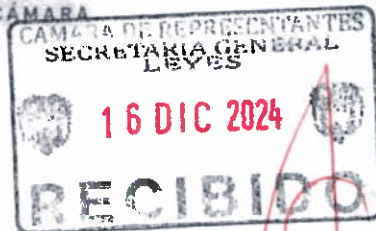
(...)"

Jose Eliecer Salazar Lopez

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ
Representante a la Cámara
Departamento del Cesar



PROPOSICIÓN



AL TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY Nro. 312/2024C
"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 13 del texto propuesto para segundo debate del Proyecto de Ley Nro. 312/2024C "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", el cual quedará así:

Artículo 13. Fondo Único Público de Salud. Créese el Fondo Único Público de Salud cuya fuente serán los recursos a los que hace referencia el artículo 10 de la presente Ley, es decir, los asignados a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) 67 de la Ley 1753 de 2015, y los demás ingresos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del Sistema de Salud, sin personería jurídica ni planta de personal propia. Será administrado por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES).

El Fondo Único Público de Salud tendrá tres cuentas, dos de ellas serán independientes y una será de carácter general integrada por los demás recursos del Sistema de Salud que harán unidad de caja en el Fondo.

Las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud serán las de:

- a. Atención Primaria en Salud.
- b. Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria.

La cuenta de carácter general se denominará como Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud.

La inspección, vigilancia y control del Fondo Único Público de Salud será competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y de las demás autoridades competentes establecidas por la Constitución y la Ley.

parágrafo.

WILMER CASTELLANOS HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara por Boyacá
Congreso de la República de Colombia



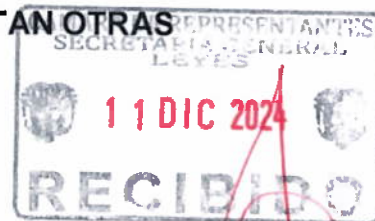
JUSTIFICACIÓN

El Artículo 10 de la presente iniciativa, que habla sobre los recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), toda vez que a ella le corresponde administrar los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional y territorial, asignados para garantizar el aseguramiento social en salud, los cuales se consolidarán en el Fondo Único Público de Salud que contará con un conjunto de subcuentas, de acuerdo con la destinación de los recursos, razón por la cual no encontramos acertado que el artículo objeto de modificación remita al artículo 67 de la Ley 1753 de 2011.

PROPOSICION MODIFICATIVA

PROYECTO DE LEY N° 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY N° 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 13 del proyecto de ley, el cual, quedará así:



Artículo 13. Fondo Único Público de Salud. Créese el Fondo Único Público de Salud cuya fuente serán los recursos a los que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, y los demás ingresos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del Sistema de Salud, sin personería jurídica ni planta de personal propia. Será administrado por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES).

El Fondo Único Público de Salud tendrá tres cuentas, dos de ellas serán independientes y una será de carácter general integrada por los demás recursos del Sistema de Salud que harán unidad de caja en el Fondo.

Las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud serán las de:

- a. Atención Primaria en Salud.
- b. Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria.

La cuenta de carácter general se denominará como Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud.

La inspección, vigilancia y control del Fondo Único Público de Salud será competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y de las demás autoridades competentes establecidas por la Constitución y la Ley.

Parágrafo: Dentro de los 12 meses siguientes a la promulgación de la presente ley, se implementará un sistema de auditoría en tiempo real basado en tecnologías digitales, incluyendo blockchain, que permita rastrear el uso de los recursos asignados al Fondo Único Público de Salud y garantizar su destinación exclusiva al fortalecimiento del sistema de salud, promoviendo la transparencia y la eficiencia en su administración.

De los Honorables Representantes

CARLOS FELIPE QUINTERO OVALLE
Representante a la Cámara
Departamento de Cesar



PBX: 3904050
Ext. 4014



carlos.quintero@camara.gov.co



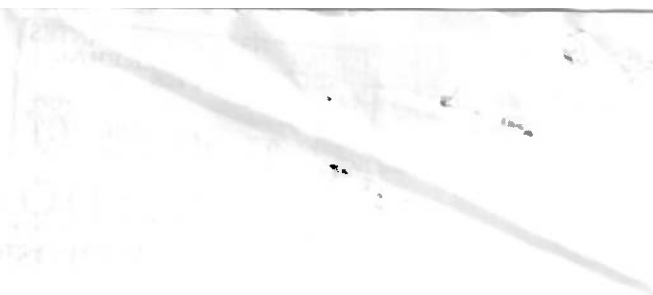
Carrera 7ª N° 8-68 Edificio
Nuevo del Congreso Of. 550B

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

En mi condición de Representante a la Cámara del Departamento de Cundinamarca y con sustento en la ley 5ta de 1992, me permito presentar proposición para modificar el artículo 14 del Proyecto de Ley N° 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 185 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará de la siguiente manera:

RECIBIDO
10 DIC 2024

Artículo del Proyecto de Ley	Proposición Modificativa
<p>Artículo 14. Traslado presupuestal entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud. Con el fin de optimizar el uso de los recursos y garantizar la atención en salud en todo el territorio nacional, la ADRES podrá realizar traslados presupuestales entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:</p> <p>1. Los traslados presupuestales podrán realizarse entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud: la de Atención Primaria en Salud, la de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria y la Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud.</p> <p>2. Los traslados deberán estar orientados a atender las necesidades más urgentes del Sistema de Salud, priorizando la atención en salud de la población más vulnerable, la mejora en la calidad de los servicios y el fortalecimiento de la red pública hospitalaria.</p> <p>3. No podrán trasladarse aquellos recursos que por disposición legal o reglamentaria estén destinados a un fin específico.</p> <p>4. El traslado de los recursos entre las cuentas debe ser aprobado por la Junta Directiva de la ADRES, previa evaluación técnica y financiera que justifique la necesidad del traslado, garantizando el equilibrio financiero del Fondo y la cobertura de las obligaciones priorizadas.</p> <p>5. Cada traslado presupuestal deberá ser reportado de</p>	<p>Artículo 14. Traslado presupuestal entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud. Con el fin de optimizar el uso de los recursos y garantizar la atención en salud en todo el territorio nacional, la ADRES podrá realizar traslados presupuestales entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:</p> <p>1. Los traslados presupuestales podrán realizarse entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud: la de Atención Primaria en Salud, la de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria y la Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud.</p> <p>2. Los traslados deberán estar orientados a atender las necesidades más urgentes del Sistema de Salud, priorizando la atención en salud de la población más vulnerable, la mejora en la calidad de los servicios y el fortalecimiento de la red pública hospitalaria.</p> <p>3. No podrán trasladarse aquellos recursos que por disposición legal o reglamentaria estén destinados a un fin específico.</p> <p>4. El traslado de los recursos entre las cuentas debe ser aprobado por la Junta Directiva de la ADRES, previa evaluación técnica y financiera que justifique la necesidad del traslado, garantizando el equilibrio financiero del Fondo y la cobertura de las obligaciones priorizadas.</p> <p>5. Cada traslado presupuestal deberá ser reportado de manera detallada a la Superintendencia Nacional de</p>



...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...



manera detallada a la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de los treinta (30) días siguientes a la autorización, con el fin de garantizar la transparencia en el manejo de los recursos públicos y permitir la adecuada inspección, vigilancia y control.

6. El traslado de recursos entre las cuentas no podrá afectar las metas previamente establecidas por la ADRES, ni comprometer los compromisos adquiridos con el Fondo para la atención en salud en sus diferentes niveles.

Salud, dentro de los treinta (30) días siguientes a la autorización, con el fin de garantizar la transparencia en el manejo de los recursos públicos y permitir la adecuada inspección, vigilancia y control.

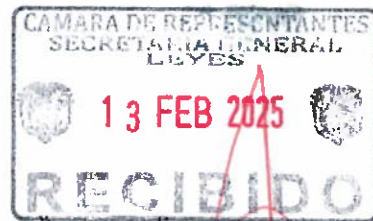
De igual manera deberá ser reportado de inmediato en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS, con el fin de generar transparencia en el traslado y trazabilidad de los recursos.

6. El traslado de recursos entre las cuentas no podrá afectar las metas previamente establecidas por la ADRES, ni comprometer los compromisos adquiridos con el Fondo para la atención en salud en sus diferentes niveles.

LILIANA RODRÍGUEZ VALENCIA
Representante a la Cámara
Departamento de Cundinamarca

Bogotá D.C., 13 de febrero de 2025

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA



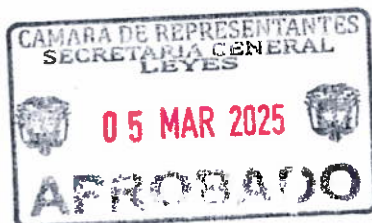
Modifíquese el artículo 14º del Proyecto de Ley 312 de 2024 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones" de la siguiente manera:

Artículo 14. Traslado presupuestal entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud. Con el fin de optimizar el uso de los recursos y garantizar la atención en salud en todo el territorio nacional, la ADRES podrá realizar traslados presupuestales entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

1. Los traslados presupuestales podrán realizarse entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud: la de Atención Primaria en Salud, la de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria y la Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud.
2. Los traslados deberán estar orientados a atender las necesidades más urgentes del Sistema de Salud, priorizando la atención en salud de la población más vulnerable, la mejora en la calidad de los servicios y el fortalecimiento de la red pública hospitalaria.
3. No podrán trasladarse aquellos recursos que por disposición legal o reglamentaria estén destinados a un fin específico.
4. El traslado de los recursos entre las cuentas debe ser aprobado por la Junta Directiva de la ADRES, previa evaluación técnica y financiera que justifique la necesidad del traslado, garantizando el equilibrio financiero del Fondo y la cobertura de las obligaciones priorizadas.
5. Cada traslado presupuestal deberá ser reportado de manera detallada a la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de los treinta (30) días siguientes a la autorización, con el fin de garantizar la transparencia en el manejo de los recursos públicos y permitir la adecuada inspección, vigilancia y control.
6. El traslado de recursos entre las cuentas no podrá afectar las metas previamente establecidas por la ADRES, ni comprometer los compromisos adquiridos con el Fondo para la atención en salud en sus diferentes niveles.

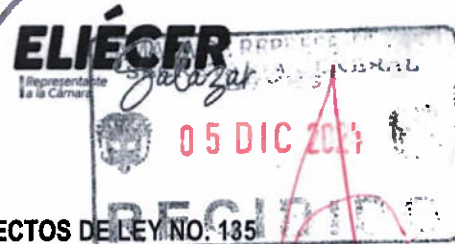
Cordialmente,

Alfred M



Acuel

Act 14



PROPOSICIÓN MODIFICACIÓN

PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA.

"Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

El suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. De la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición de modificación; al numeral 5 del artículo 14 el cual quedará así:

"Artículo 14. Traslado presupuestal entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud. Con el fin de optimizar el uso de los recursos y garantizar la atención en salud en todo el territorio nacional, la ADRES podrá realizar traslados presupuestales entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

1. Los traslados presupuestales podrán realizarse entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud: la de Atención Primaria en Salud, la de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria y la Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud.

(...)

5. Cada traslado presupuestal deberá ser reportado de manera detallada a la Superintendencia Nacional de Salud y la Contraloría General de la República, dentro de los treinta (30) días siguientes a la autorización, con el fin de garantizar la transparencia en el manejo de los recursos públicos y permitir la adecuada inspección, vigilancia y control.

6. El traslado de recursos entre las cuentas no podrá afectar las metas previamente establecidas por la ADRES, ni comprometer los compromisos adquiridos con el Fondo para la atención en salud en sus diferentes niveles."

JUSTIFICACIÓN

Es uno de los órganos especializados en el control fiscal competente para iniciar este tipo de investigación.

Jose Elvira

Representante a la Cámara
Departamento del Cesar



Edificio Nuevo del Congreso: Carrera 7 N° 8 – 68 Oficinas 603B-604B
Conmutador: 4325100-01-02 - Extensiones 3633-3636
Correo Electrónico: jose.salazar@camara.gov.co



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



PROPOSICIÓN.

Modifíquese el N° 5 del artículo 14 del Proyecto de Ley 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones". el cual quedará así:

Artículo 14. Traslado presupuestal entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud. Con el fin de optimizar el uso de los recursos y garantizar la atención en salud en todo el territorio nacional, la ADRES podrá realizar traslados presupuestales entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

1. Los traslados presupuestales podrán realizarse entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud: la de Atención Primaria en Salud, la de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria y la Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud.
2. Los traslados deberán estar orientados a atender las necesidades más urgentes del Sistema de Salud, priorizando la atención en salud de la población más vulnerable, la mejora en la calidad de los servicios y el fortalecimiento de la red pública hospitalaria.
3. No podrán trasladarse aquellos recursos que por disposición legal o reglamentaria estén destinados a un fin específico.
4. El traslado de los recursos entre las cuentas debe ser aprobado por la Junta Directiva de la ADRES, previa evaluación técnica y financiera que justifique la necesidad del traslado, garantizando el equilibrio financiero del Fondo y la cobertura de las obligaciones priorizadas.
5. Cada traslado presupuestal deberá ser reportado de manera detallada a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Contraloría General de la República, dentro de los treinta (30) días siguientes a la autorización, con el fin de garantizar la transparencia en el manejo de los recursos públicos y permitir la adecuada inspección, vigilancia y control.
6. El traslado de recursos entre las cuentas no podrá afectar las metas previamente establecidas por la ADRES, ni comprometer los compromisos adquiridos con el Fondo para la atención en salud en sus diferentes niveles.



PIEDAD CORREAL RUBIANO.

Representante a la Cámara por el Quindío.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

Act 15



Aval



4:57pm
gr

PROPOSICIÓN.

Modifíquese el artículo 15 del Proyecto de Ley 312 de 2024 “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, el cual quedará así:

Artículo 15. Cuenta de Atención Primaria en Salud. La Cuenta de Atención Primaria en Salud tendrá las siguientes fuentes:

- 1 Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar la prestación de servicios de salud y los destinados, a la vigencia de la presente Ley, al régimen subsidiado, que pertenecen a los distritos y municipios.
- 2 Los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, que a la entrada en vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.
- 3 Los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).
- 4 Los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, incluidos los de regímenes exceptuados.
- 5 Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria en salud.

Estos recursos deberán considerarse en la definición de la Unidad de pago por Capitación (UPC) con destino a la Atención Primaria en Salud y su crecimiento progresivo, luego de que el Ministerio de Salud y Protección defina técnicamente los alcances, inclusiones, costeo de la atención y costo de la disponibilidad de servicios.

Estos recursos se destinarán a financiar:

- 1 Los servicios prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), públicos, privados y mixtos.
- 2 Las soluciones de transporte y dotación de los equipos de salud territorial,




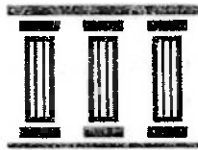
Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

3 La atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos.

4 Los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el fortalecimiento y desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS) se podrán destinar los recursos de Capital del Fondo Municipal o Distrital y otros recursos que los municipios aporten al Fondo Municipal de Salud.

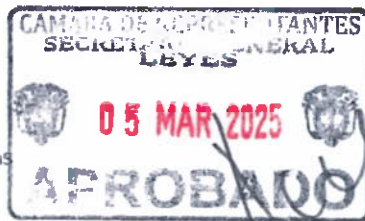

PIEDAD CORREAL RUBIANO.
Representante a la Cámara por el Quindío.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUSTIFICACIÓN

Se debe realizar la modificación con el fin de dejar claro que los CAPS pueden ser públicos, privados o mixtos.



PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 15 del Proyecto de Ley 312 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”, el cual quedará así:

Artículo 15. Cuenta de Atención Primaria en Salud. La Cuenta de Atención Primaria en Salud integra los recursos que se asignen en la definición de la Unidad de pago por Capitación con destino a la Atención Primaria en Salud, con criterios de ajuste por variable geográfica, dispersión poblacional patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas, alcances, y disponibilidad de la oferta, y tendrá las siguientes fuentes:

1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar la prestación de servicios de salud y los destinados, a la vigencia de la presente Ley, al régimen subsidiado, que pertenecen a los distritos y municipios.
2. Los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, que a la entrada en vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.
3. Los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).
4. Los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, incluidos los de regímenes exceptuados.
5. Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria en salud.

~~Estos recursos deberán considerarse en la definición de la Unidad de pago por Capitación (CAPS) con destino a la Atención Primaria en Salud y su crecimiento progresivo, luego de que el Ministerio de Salud y Protección defina técnicamente los alcances, inclusiones, costo de la atención y costo de la disponibilidad de servicios.~~

Estos recursos se destinarán a financiar:

1. Los servicios prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).
2. Las soluciones de transporte y dotación de los equipos de salud territorial,
3. La atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos.
4. Los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.



Para el fortalecimiento y desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS) se podrán destinar los recursos de Capital del Fondo Municipal o Distrital y otros recursos que los municipios aporten al Fondo Municipal de Salud.

Cordialmente.



HUGO ALFONSO ARCHILA SUÁREZ

Representante a la Cámara
Departamento del Casanare



ALT 15

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Proposición modificativa Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Modifíquese el artículo 15° del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

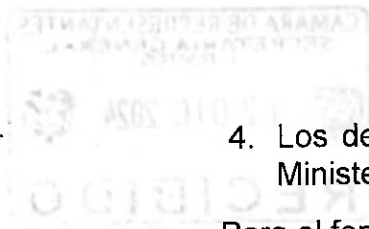
Artículo 15. Cuenta de Atención Primaria en Salud. La Cuenta de Atención Primaria en Salud tendrá las siguientes fuentes:

1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar la prestación de servicios de salud y los destinados, a la vigencia de la presente Ley, al régimen subsidiado, que pertenecen a los distritos y municipios.
2. Los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, que a la entrada en vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.
3. Los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).
4. Los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, incluidos los de regímenes exceptuados.
5. Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria en salud.

Estos recursos deberán considerarse en la definición de la Unidad de pago por Capitación (UPC) con destino a la Atención Primaria en Salud y su crecimiento progresivo, luego de que el Ministerio de Salud y Protección defina técnicamente los alcances, inclusiones, costeo de la atención y costo de la disponibilidad de servicios.

Estos recursos se destinarán a financiar:

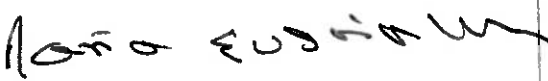

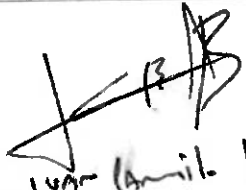
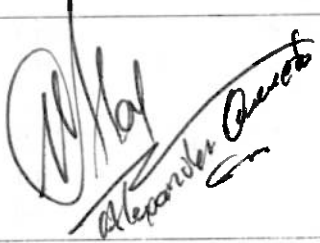
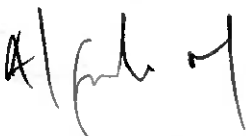

1. Los servicios y tecnologías prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), así como los medicamentos de uso ambulatorio prescritos en estas unidades.
2. Las soluciones de transporte y dotación de los equipos de salud territorial,
3. La atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos.

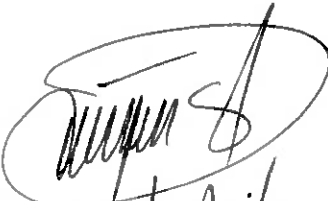


4. Los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el fortalecimiento y desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS) se podrán destinar los recursos de Capital del Fondo Municipal o Distrital y otros recursos que los municipios aporten al Fondo Municipal de Salud.

Atentamente.

	
 Juan Camilo Lomaxo	 Alejandro Quintero
 Camilo Acila	 Germán Gómez.


Camilo Acila



JULIÁN LOPEZ CONGRESISTA

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

En mi condición de Representante a la Cámara por el Departamento del Valle del Cauca y de conformidad con el artículo 113 y 114 de la ley 5ª de 1992, me permito presentar la siguiente proposición modificatoria del numeral tercero (03) del artículo Diecisiete (17) del Proyecto de ley No.312 de 2024, **“POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”** las modificaciones propuestas se resaltan en negrilla y subrayado en la siguiente tabla:

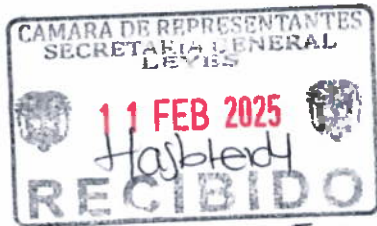
TEXTO ORIGINAL	TEXTO PROPUESTO
Artículo 17. Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud. Los demás recursos que financian el Sistema de Salud y que están integrados en el Fondo Único Público de Salud, deberán presupuestarse para los siguientes usos obligatorios: (...)	Artículo 17. Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud. Los demás recursos que financian el Sistema de Salud y que están integrados en el Fondo Único Público de Salud, deberán presupuestarse para los siguientes usos obligatorios: (...) 3.El financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo completo. (...)

1

Atentamente,

Julian
24

JULIÁN DAVID LÓPEZ TENORIO
Representante a la Cámara



5:10 pm.

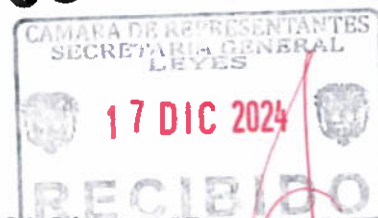
JULIÁN LOPEZ CONGRESISTA

- Oficina:343B-344B Edificio Nuevo Congreso
- Teléfono:(57+1)3904050 ext. 4163-4302-4303
- Celular:3024629992
- julian.lopez@camara.gov.co
- julianlopezte
- juliantopezte
- Julián López

CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

CATHY
JUVINAO



PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 17 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

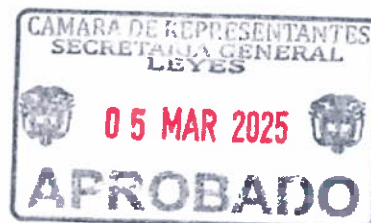
Artículo 17. Cuenta General para el manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud. Los demás recursos que financian el sistema de salud y que están integrados en el Fondo Único Público de Salud, deberán presupuestarse para los siguientes usos obligatorios:

1. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarios y ambulatorios de naturaleza pública, privada y mixta, que harán parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis.
2. El pago de las incapacidades, licencias de maternidad y paternidad, y la prestación económica por maternidad a las mujeres y personas no cotizantes según lo definido en la presente Ley.
3. El financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo.
4. El financiamiento para la formación en salud.
5. La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias.
6. El pago de la atención en salud e indemnizaciones que, se deban reconocer por Accidentes de Tránsito, sin perjuicio de las obligaciones que les competen en dichos reconocimientos a las empresas aseguradoras del SOAT.
7. Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron.
8. Pago de remuneración por la administración a las Gestoras de Salud y Vida
9. Pago de incentivos para los prestadores de mediana y alta complejidad y Gestoras de Salud y Vida.

Estos recursos harán unidad de caja, excepto los presupuestados para el fondo para la atención de catástrofes y epidemias y el pago de servicios de mediana y alta complejidad.

Atentamente,

Catherine Juvinao C.
CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

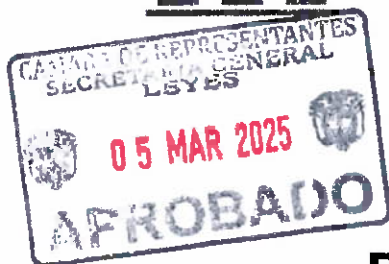


Twitter: @CathyJuvinao Instagram: @cathy_juvinao Facebook: Cathy Juvinao - Fuera Vagos TikTok: @CathyJuvinao

Web: www.cathyjuvinao.com.co Teléfono: 314 3341374 Correo: cathyjuvinao@comunicacion.gov.co Calle 10 N° 7-50 OF301/Capitolio Nacional



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



Aval

4:57pm
4

PROPOSICIÓN.

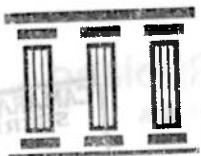
Modifíquese el artículo 18 del Proyecto de Ley 312 de 2024 *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones"*, el cual quedará así:

Artículo 18. Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el aseguramiento social en salud y su asignación. El Ministerio de Salud y Protección Social, tomando en cuenta las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), para cubrir la atención en salud de la población, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral, de todo los residentes del país a excepción de los usuarios de los regímenes especiales y exceptuados.

El Estado tiene la responsabilidad de calcular una Unidad de Pago por Capitación (UPC) suficiente para financiar los servicios de salud, mediante estudios técnicos y cálculos actuariales **y valores actualizados a la respectiva anualidad**, con criterios de ajustes por variables geográficas de dispersión poblacional, demográficas como edad o grupo etario y sexo, condiciones de salud y se ajuste por distintos tipos de riesgos individual o grupal, de tal forma que los recursos sean asignados en función de la carga de enfermedad, condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población, y demás factores determinantes para cubrir la atención en salud de la población en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas y alcances, costos de la atención y costos de la disponibilidad de servicios en el territorio nacional.

Igualmente, se deberá tener en cuenta para el cálculo actuarial, los incrementos de frecuencias por servicios preventivos, el crecimiento de los eventos adversos secundarios al mayor número de actividades y procedimientos requeridos para la recuperación de la salud de la población y del aumento de las actividades del Sistema de Salud, para su prevención y control.

Los estudios necesarios para definir la Unidad de Pago por Capitación que requieran, deberán ser desarrollados por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Departamento Nacional de Planeación. El Ministerio de Salud garantizará que en el término de implementación del SPUS que se señala en la presente ley se utilice la información de fuente primaria para el cálculo de la UPC.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

Para garantizar la suficiencia de recursos, la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los residentes en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social determinará la UPC así:

1 Se asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento del nivel primario, con **valores actualizados a la respectiva anualidad y** criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas y alcances, costeos de la atención y costos de la disponibilidad de servicios en territorio para la Atención Primaria en Salud, que le corresponde al Sistema de Salud.

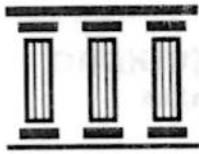
La financiación del nivel primario se hará vía oferta, para garantizar los servicios de salud territoriales según las necesidades. El total de los recursos asignados deberá garantizar la sostenibilidad de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

2 Establecerá el valor del per cápita para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías priorizadas y otras variables que sean pertinentes,

Parágrafo 1. En todo caso la UPC será utilizada para el aseguramiento social en salud y el pago de prestación de servicios y tecnologías de salud. En casos de una situación extraordinaria sobreviniente y no previsible en salud, como la declaratoria de una Emergencia Sanitaria o un desastre natural, entre otras, la atención en salud será financiada con el fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras, establecido en el numeral 27 del artículo 9 de la presente Ley. El Gobierno nacional dispondrá los recursos financieros adicionales para asumir costos y gastos derivados de la misma cuando existan faltantes en el fondo.

Parágrafo 2. Los recursos que financian el aseguramiento en salud de que trata el numeral 1 del artículo 47 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019, integran la subcuenta de Atención Primaria en Salud para la financiación del per cápita destinado a la Atención Primaria en Salud.

Parágrafo 3. Los recursos complementarios de cofinanciación previstos en el artículo 50 de la Ley 715 de 2001 se destinarán a la financiación del per cápita definido para la atención en salud de la mediana y alta complejidad.

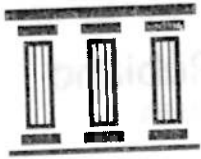


Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

Parágrafo 4. En el tercer trimestre de cada anualidad, la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, rendirán informe a las comisiones séptimas del Congreso de la República sobre la metodología y los resultados obtenidos a partir de esta.

Parágrafo Transitorio. La redefinición de la metodología del cálculo de la UPC se realizará dentro del primer año de la entrada en vigencia de la presente Ley.

PIEDAD CORREAL RUBIANO.
Representante a la Cámara por el Quindío.



Piedad **CORREAL** Rubiano
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUSTIFICACIÓN

Se debe dejar claro que en el momento de definir la UPC, debe hacerse con valores actualizados en la anualidad, con el fin de lograr la suficiencia de la UPC

[Faint signature]

Bogotá D.C. Diciembre 10 de 2024

Honorable Representante
Jaime Raul Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, presentamos la siguiente:

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 18, el cual quedara así:

Artículo 18. Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el aseguramiento social en salud y su asignación. El Ministerio de Salud y Protección Social, tomando en cuenta las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), para cubrir la atención en salud de la población, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral, de todo los residentes del país a excepción de los usuarios de los regímenes especiales y exceptuados

El Estado tiene la responsabilidad de calcular una Unidad de Pago por Capitación (UPC) suficiente para financiar los servicios de salud, mediante estudios técnicos y cálculos actuariales con criterios de ajustes por variables geográficas de dispersión poblacional, demográficas como edad o grupo etario y sexo, condiciones de salud, cambios y/o nuevas adopciones en las Guías y protocolos clínicos autorizados. y se ajuste La UPC se deberá ajustar por distintos tipos de riesgos individual o grupal, de tal forma que los recursos sean asignados en función de la carga de enfermedad, condiciones



Verde



epidemiológicas y socioeconómicas de la población, y demás factores determinantes para cubrir la atención en salud de la población en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas y alcances, costos de la atención y costos de la disponibilidad de servicios en el territorio nacional.

Igualmente, se deberá tener en cuenta para el cálculo actuarial, los incrementos de frecuencias por servicios preventivos, el crecimiento de los eventos adversos secundarios al mayor número de actividades y procedimientos requeridos para la recuperación de la salud de la población y del aumento de las actividades del Sistema de Salud, para su prevención y control.

Los estudios necesarios para definir la Unidad de Pago por Capitación que requieran, deberán ser desarrollados por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Departamento Nacional de Planeación. El Ministerio de Salud garantizará que en el término de implementación del SPUIIS que se señala en la presente ley se utilice la información de fuente primaria para el cálculo de la UPC.

Para garantizar la suficiencia de recursos, la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los residentes en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social determinará la UPC así:

1. Se asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento del nivel primario, con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas y alcances, costos de la atención y costos de la disponibilidad de servicios en territorio para la Atención Primaria en Salud, que le corresponde al Sistema de Salud.

La financiación del nivel primario se hará vía oferta, para garantizar los servicios de salud territoriales según las necesidades. El total de los recursos asignados deberá garantizar la sostenibilidad de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

2. Establecerá el valor del per cápita para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías priorizadas y otras variables que sean pertinentes,

Parágrafo 1. En todo caso la UPC será utilizada para el aseguramiento social en salud y el pago de prestación de servicios y tecnologías de salud. En casos de una situación extraordinaria sobreviniente y no previsible en salud, como la declaratoria de una Emergencia Sanitaria o un desastre natural, entre otras, la atención en salud será financiada con el fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras, establecido en el numeral 27 del artículo 9 de la presente Ley. El Gobierno



Verde



nacional dispondrá los recursos financieros adicionales para asumir costos y gastos derivados de la misma cuando existan faltantes en el fondo.

Parágrafo 2. Los recursos que financian el aseguramiento en salud de que trata el numeral 1 del artículo 47 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019, integran la subcuenta de Atención Primaria en Salud para la financiación del per cápita destinado a la Atención Primaria en Salud.

Parágrafo 3. Los recursos complementarios de cofinanciación previstos en el artículo 50 de la Ley 715 de 2001 se destinarán a la financiación del per cápita definido para la atención en salud de la mediana y alta complejidad.

Parágrafo 4. En el tercer trimestre de cada anualidad, la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, rendirán informe a las comisiones séptimas del Congreso de la República sobre la metodología y los resultados obtenidos a partir de esta.

Parágrafo Transitorio. La redefinición de la metodología del cálculo de la UPC se realizará dentro del primer año de la entrada en vigencia de la presente Ley.

Justificación: Se hace un ajuste en el inciso para dejar claro que en la metodología del cálculo de la Unidad de Pago por Capitación deberá tener en cuenta los cambios y nuevas adopciones de medicamentos y tecnologías autorizadas que sean incluidas en las guías de práctica clínica. De igual forma se elimina en el numeral 2 las patologías priorizadas dado que en el cálculo de la UPC para mediana y alta no se puede priorizar una patología para su atención.

Respetuosamente,



MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde



Verde



[Handwritten flourish]

[Handwritten signature]

DET 18



JULIÁN LOPEZ
CONGRESISTA

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

En mi condición de Representante a la Cámara por el Departamento del Valle del Cauca y de conformidad con el artículo 113 y 114 de la ley 5ª de 1992, me permito presentar la siguiente proposición modificatoria del artículo dieciocho (18) del Proyecto de ley No.312 de 2024, **"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"** las modificaciones propuestas se resaltan en negrilla y subrayado en la siguiente tabla:

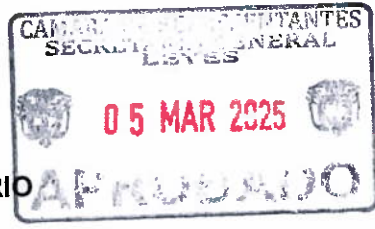
TEXTO ORIGINAL	TEXTO PROPUESTO
Artículo 18. Unidad de Pago por Capacitación (UPC) en el aseguramiento social en salud y su asignación. El Ministerio de Salud y Protección Social, tomando en cuenta las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capacitación (UPC), para cubrir la atención en salud de la población, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral, de todo los residentes del país a excepción de los usuarios de los regímenes especiales y exceptuados	Artículo 18. Unidad de Pago por Capacitación (UPC) en el aseguramiento social en salud y su asignación. El Ministerio de Salud y Protección Social, tomando en cuenta las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capacitación (UPC), para cubrir la atención en salud de la población, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral <u>y oportuno</u> , de todo los residentes del país a excepción de los usuarios de los regímenes especiales y exceptuados
(...)	(...)

1

Atentamente,

[Handwritten signature]

JULIÁN DAVID LÓPEZ TENORIO
Representante a la Cámara



5:10 pm

JULIÁN LOPEZ
CONGRESISTA

- 📍 Oficina:343B-344B Edificio Nuevo Congreso
- ☎ Teléfono:(57+1)3904050 ext. 4163-4302-4303
- 📞 Celular:3024629992
- ✉ julian.lopez@camara.gov.co
- 👤 julianopezte
- 📱 julianopezte
- 👤 Julián López

Acta
OCTAVIO
CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL
05 DIC 2024
RECIBIDO
9-1-2025
116r

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

En mi condición de Representante a la Cámara por el Departamento de Caldas, y conforme a lo establecido en los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5 de 1992, propongo a la Honorable Plenaria de la Cámara de Representantes, someter a consideración la siguiente proposición, **con el fin modificar el artículo 19 del proyecto de Ley No. 312 del 2024 Cámara** en el siguiente sentido:

ARTICULO ORIGINAL	ARTICULO PROPUESTO
<p>Artículo 19. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 32 de la presente Ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que les faculta para hacer parte de las Redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud.</p> <p>Una vez registrado y certificado en las RIITS, cada prestador y proveedor procederá a firmar un acuerdo marco con la ADRES, pagador único, para poder recibir la remuneración por sus servicios; el acuerdo que incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del sistema público unificado e interoperable de información en salud y de las auditorias tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la ADRES, con base en los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, que haya convenido con la Gestora de Salud y Vida, bajo el control de la Entidad Territorial, según la presente Ley.</p>	<p>Artículo 19. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 32 de la presente Ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que les faculta para hacer parte de las Redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud.</p> <p>Una vez registrado y certificado en las RIITS, cada prestador y proveedor procederá a firmar un acuerdo marco con la ADRES, pagador único, para poder recibir la remuneración por sus servicios; el acuerdo que incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del sistema público unificado e interoperable de información en salud y de las auditorias tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la ADRES, con base en los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, que haya convenido con la Gestora de Salud y Vida, bajo el control de la Entidad Territorial, según la presente Ley.</p>

ACQUIRIR LA DEMOCRACIA
CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL
05 MAR 2025
APROBADO



Una vez prestado el servicio de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, así como los proveedores autorizados, presentarán concomitantemente las cuentas a la ADRES y a la Gestora de Salud y Vida correspondiente. A partir de esa fecha la Adres dispondrá de 30 días para pagar mínimo el 85% de su valor y la Gestora de Salud y Vida de 60 días para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión.

En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la ADRES estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas siguientes del prestador o proveedor.

Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el proceso de radicación, facturación, glosas y pagos, en un plazo no superior a seis (6) meses.

Una vez prestado el servicio de salud, **dentro de los 8 días siguientes**, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, así como los proveedores autorizados, presentarán concomitantemente las cuentas a la ADRES y a la Gestora de Salud y Vida correspondiente. A partir de esa fecha la Adres dispondrá de 30 días para pagar mínimo el 85% de su valor y la Gestora de Salud y Vida de 60 días para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a **partir** de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión.

En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la ADRES estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas siguientes del prestador o proveedor.

Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el proceso de radicación, facturación, glosas y pagos, en un plazo no superior a seis (6) meses.

Cordialmente,

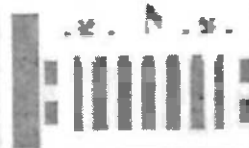
JOSE OCTAVIO CARDONA LEON
Representante a la Cámara por Caldas
Partido Liberal

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

En mi condición de Representante a la Cámara por el Departamento de Caldas y conforme a lo establecido en los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5 de 1992, propongo a la Honorable Plenaria de la Cámara de Representantes, someter a consideración la siguiente proposición, con el fin modificar el artículo 19 del proyecto de Ley No. 312 del 2024 Cámara en el siguiente sentido:

ARTICULO ORIGINAL	ARTICULO PROPUESTO
<p>Artículo 19. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 32 de la presente Ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que les faculta para hacer parte de las Redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud.</p> <p>Una vez registrado y certificado en las RIITS, cada prestador y proveedor procederá a firmar un acuerdo marco con la ADRES, pagador único, para poder recibir la remuneración por sus servicios; el acuerdo que incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del sistema público unificado e interoperable de información en salud y de las auditorias tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la ADRES, con base en los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, que haya convenido con la Gestora de Salud y Vida, bajo el control de la Entidad Territorial, según la presente Ley.</p>	<p>Artículo 19. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 32 de la presente Ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que les faculta para hacer parte de las Redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud.</p> <p>Una vez registrado y certificado en las RIITS, cada prestador y proveedor procederá a firmar un acuerdo marco con la ADRES, pagador único, para poder recibir la remuneración por sus servicios; el acuerdo que incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del sistema público unificado e interoperable de información en salud y de las auditorias tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la ADRES, con base en los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, que haya convenido con la Gestora de Salud y Vida, bajo el control de la Entidad Territorial, según la presente Ley.</p>

AQUIVIVELA DEMOCRACIA



Una vez prestado el servicio de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, así como los proveedores autorizados, presentarán concomitantemente las cuentas a la ADRES y a la Gestora de Salud y Vida correspondiente. A partir de esa fecha la Adres dispondrá de 30 días para pagar mínimo el 85% de su valor y la Gestora de Salud y Vida de 60 días para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión.

En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la ADRES estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas siguientes del prestador o proveedor.


Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el proceso de radicación, facturación, glosas y pagos, en un plazo no superior a seis (6) meses.

Una vez prestado el servicio de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, así como los proveedores autorizados, presentarán concomitantemente las cuentas a la ADRES y a la Gestora de Salud y Vida correspondiente. A partir de ~~esa fecha~~ la radicación de la cuenta de cobro la Adres dispondrá de 30 días para pagar mínimo el 85% de su valor y la Gestora de Salud y Vida de 60 días para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión.

En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la ADRES estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas siguientes del prestador o proveedor.

Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el proceso de radicación, facturación, glosas y pagos, en un plazo no superior a seis (6) meses.

Cordialmente,


JOSE OCTAVIO CARDONA LEON
Representante a la Cámara por Caldas
Partido Liberal

ACT 19

OCTAVIO

05 DIC 2024

916

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

En mi condición de Representante a la Cámara por el Departamento de Caldas y conforme a lo establecido en los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5 de 1992, propongo a la Honorable Plenaria de la Cámara de Representantes, someter a consideración la siguiente proposición, con el fin modificar el artículo 19 del proyecto de Ley No. 312 del 2024 Cámara en el siguiente sentido:

ARTICULO ORIGINAL	ARTICULO PROPUESTO
<p>Artículo 19. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 32 de la presente Ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que les faculta para hacer parte de las Redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud.</p> <p>Una vez registrado y certificado en las RIITS, cada prestador y proveedor procederá a firmar un acuerdo marco con la ADRES, pagador único, para poder recibir la remuneración por sus servicios; el acuerdo que incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del sistema público unificado e interoperable de información en salud y de las auditorias tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la ADRES, con base en los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, que haya convenido con la Gestora de Salud y Vida, bajo el control de la Entidad Territorial, según la presente Ley.</p> <p>Una vez prestado el servicio de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud</p>	<p>Artículo 19. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 32 de la presente Ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que les faculta para hacer parte de las Redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud.</p> <p>Una vez registrado y certificado en las RIITS, cada prestador y proveedor procederá a firmar un acuerdo marco con la ADRES, pagador único, para poder recibir la remuneración por sus servicios; el acuerdo que incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del sistema público unificado e interoperable de información en salud y de las auditorias tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la ADRES, con base en los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, que haya convenido con la Gestora de Salud y Vida, bajo el control de la Entidad Territorial, según la presente Ley.</p> <p>Una vez prestado el servicio de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, así como los</p>



públicas, privadas y mixtas, así como los proveedores autorizados, presentarán concomitantemente las cuentas a la ADRES y a la Gestora de Salud y Vida correspondiente. A partir de esa fecha la Adres dispondrá de 30 días para pagar mínimo el 85% de su valor y la Gestora de Salud y Vida de 60 días para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión.

En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la ADRES estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas siguientes del prestador o proveedor.

Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el proceso de radicación, facturación, glosas y pagos, en un plazo no superior a seis (6) meses.

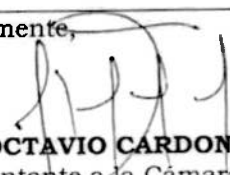
proveedores autorizados, presentarán concomitantemente las cuentas a la ADRES y a la Gestora de Salud y Vida correspondiente. A partir de esa fecha la Adres dispondrá de 30 días para pagar mínimo el 85% de su valor y la Gestora de Salud y Vida de 60 días para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión.

En todo caso si dentro de los 60 días hábiles siguientes a la radicación de la cuenta no se realizare auditoría se entenderá aprobada la cuenta y la gestora de Salud y vida responsable de la revisión incurrirá en incumplimiento de las obligaciones contractuales.

En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la ADRES estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas siguientes del prestador o proveedor.

Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el proceso de radicación, facturación, glosas y pagos, en un plazo no superior a seis (6) meses.

Cordialmente,


JOSE OCTAVIO CARDONA LEON
Representante a la Cámara por Caldas
Partido Liberal

PROPOSICIÓN

AL TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY Nro. 312/2024C "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 19 del texto propuesto para segundo debate del Proyecto de Ley Nro. 312/2024C "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", el cual quedará así:

Artículo 19. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 32 de la presente Ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que les faculta para hacer parte de las Redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud.

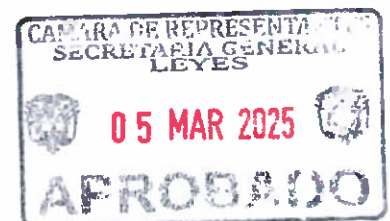
Una vez registrado y certificado en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), cada prestador y proveedor procederá a firmar un acuerdo marco con la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), pagador único, para poder recibir la remuneración por sus servicios; el acuerdo que incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del sistema público unificado e interoperable de información en salud y de las auditorías tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), con base en los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, que haya convenido con la Gestora de Salud y Vida, bajo el control de la Entidad Territorial, según la presente Ley.

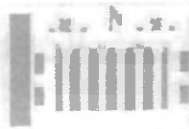
Una vez prestado el servicio de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, así como los proveedores autorizados, presentarán concomitantemente las cuentas debidamente respaldadas por los soportes que acreditan la prestación de servicios, los cuales serán de carácter obligatorio a efectos del reconocimiento y pago de las obligaciones a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y a la Gestora de Salud y Vida correspondiente. A partir de esa fecha la Adres dispondrá de 30 días para pagar mínimo el 85% de su valor y la Gestora de Salud y Vida de 60 días para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la subsunción ~~radicación de la respuesta~~ a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión.

En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas siguientes del prestador o proveedor.

Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el proceso de radicación, facturación, glosas y pagos, en un plazo no superior a seis (6) meses.

WILMER CASTELLANOS HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara por Boyacá
Congreso de la República de Colombia





CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
CAMARA DE REPRESENTANTES

Wilmer ♥ Castellanos
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUSTIFICACIÓN

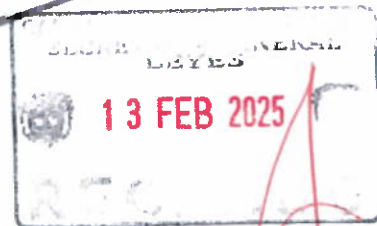
Se considera pertinente prever que las cuentas se deben encontrar debidamente soportadas a efectos de su reconocimiento y pago de lo que se cobra al Estado, toda vez que podría haber un detrimento patrimonial al confiar solamente en la información reportada por los prestadores y proveedores.

No debe establecerse que los 30 días calendario para el pago total corren después de contestarse las glosas, después de subsanadas las mismas se debe contar dicho término, esto en aras de asegurar que una vez corregidas y rectificadas las inconsistencias entonces se habilitaría el proceso de pago. El fin último de las auditorías es justamente realizar una evaluación crítica e independiente al sistema para lograr que funcione de manera óptima y con calidad.



Bcal

ΔLT 19



Bogotá D.C, 07 de febrero de 2025

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Cámara de Representantes

Cordial saludo,

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

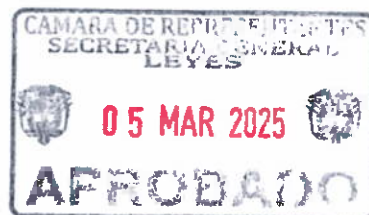
En el marco de las disposiciones contenidas en la Ley 5ª de 1992, artículos 112 y subsiguientes se presenta proposición modificativa al artículo 19, del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 19. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud.
(...)

Una vez prestado el servicio de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, así como los proveedores autorizados, presentarán concomitantemente las cuentas a la ADRES y a la Gestora de Salud y Vida correspondiente. A partir de esa fecha la ADRES Adres dispondrá de 30 días para pagar mínimo el 85% de su valor y la Gestora de Salud y Vida de 60 días para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión.

(...).


HERÁCLITO LANDÍNEZ SUÁREZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico



Capitolio Nacional de Colombia – Calle 10 No 7-50
heraclito.landinez@camara.gov.co
Ventanilla única de Correspondencia Carrera 7ª No. 8-68. Primer Piso.

Aval

Oct 19.

Bogotá D.C. Diciembre 10 de 2024

Honorable Representante
Jaime Raúl Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, presentamos la siguiente:

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

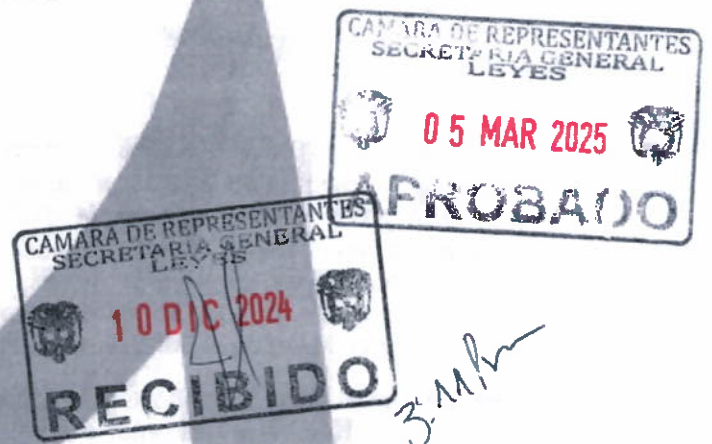
Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 19, el cual quedara así:

Artículo 19. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 32 de la presente Ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que les faculta para hacer parte de las Redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud.

Una vez registrado y certificado en las RIITS, cada prestador y proveedor procederá a firmar un acuerdo marco con la ADRES, pagador único, para poder recibir la remuneración por sus servicios; el acuerdo que incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del sistema público unificado e interoperable de información en salud y de las auditorías tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la ADRES, con base en los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, que haya convenido con la Gestora de Salud y Vida, bajo el control de la Entidad Territorial, según la presente Ley.

Una vez prestado el servicio de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, así como los proveedores autorizados, presentarán concomitantemente las cuentas a la ADRES y a la Gestora de Salud y Vida correspondiente. A partir de esa fecha la Adres dispondrá



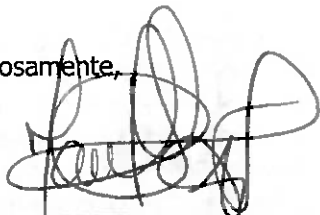
de 30 días para pagar mínimo el 85% de su valor y la Gestora de Salud y Vida de 60 días **calendario** para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión.

En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la ADRES estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas siguientes del prestador o proveedor.

Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el proceso de radicación, facturación, glosas y pagos, en un plazo no superior a seis (6) meses.

Justificación: Se agrega la palabra calendario en inciso 3 para precisar que las GSV tendrán 60 días calendario para auditar las cuentas. Se agrega el parágrafo 2 para establecer el mecanismo por medio el cual un prestador, o proveedor, que se declare en insolvencia económica y tengan deudas con el sistema de salud

Respetuosamente,



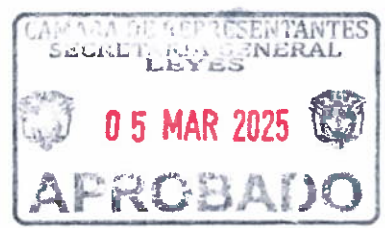
MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde



Aceen

Bogotá D.C, 09 de diciembre de 2024

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Cámara de Representantes



Cordial saludo,

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

En el marco de las disposiciones contenidas en la Ley 5ª de 1992, artículos 112 y subsiguientes se presenta proposición modificativa al artículo 20 del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024** Cámara “por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”, el cual quedará así:

Artículo 20. Autorización de pago de servicios.

(...)

Nacional!

De encontrarse irregularidades en la facturación de los servicios de una institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta, se informará ~~a las Direcciones Territoriales de Salud~~ a la Superintendencia de Salud, las cuales ~~pedrán~~ deberá adelantar un proceso de verificación y decidir sobre ~~exigir~~ la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución.

(...)

HERÁCLITO LANDÍNEZ SUÁREZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico



11:30am

RESEARCH LABORATORY

RESEARCH LABORATORY
RESEARCH LABORATORY
RESEARCH LABORATORY
RESEARCH LABORATORY
RESEARCH LABORATORY

RESEARCH LABORATORY

RESEARCH LABORATORY
RESEARCH LABORATORY
RESEARCH LABORATORY
RESEARCH LABORATORY
RESEARCH LABORATORY

RESEARCH LABORATORY

RESEARCH LABORATORY
RESEARCH LABORATORY
RESEARCH LABORATORY
RESEARCH LABORATORY
RESEARCH LABORATORY

RESEARCH LABORATORY
RESEARCH LABORATORY
RESEARCH LABORATORY
RESEARCH LABORATORY
RESEARCH LABORATORY

RESEARCH LABORATORY
RESEARCH LABORATORY
RESEARCH LABORATORY
RESEARCH LABORATORY
RESEARCH LABORATORY

RESEARCH LABORATORY
RESEARCH LABORATORY
RESEARCH LABORATORY
RESEARCH LABORATORY
RESEARCH LABORATORY

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presentó

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 20° de del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, el cual quedará así:

Artículo 20. Autorización de pago de servicios. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, que conformen la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud (RIITS), al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis, según el régimen de tarifas y formas de pago del sistema de salud y los convenios de desempeño.

El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud establecerá tarifas diferenciales por regiones y modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y regulará el uso y costos de los recursos públicos del Sistema de Salud, garantizando la contención del gasto y la sostenibilidad financiera del Sistema de Salud. Igualmente, habrá un piso y un techo para incentivar la calidad; así como un incentivo para la prestación de servicios de salud en zonas rurales y dispersas.

La ADRES llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la Institución Prestadora de Servicios de Salud, el diagnóstico y otras variables de relevancia, con el fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados, del gasto en salud en cada territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Se dispondrá de un sistema de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas, con la respectiva auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud. La auditoría médica se realiza a los actos médicos, los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación y el profesionalismo. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), contendrá un módulo para el seguimiento del estado de la auditoría de cuentas médicas.

Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Gestoras de Salud y Vida realizarán los controles previos, concurrentes y posteriores de los servicios de salud y las auditorías a las facturas presentadas por los integrantes de las RIITS, y certificarán ante la ADRES el cumplimiento para el pago.

La ADRES, dentro de su competencia, podrá contratar con firmas especializadas de auditoría, debidamente registradas en la Superintendencia Nacional de Salud, para la realización de auditorías independientes integrales, aleatorias o dirigidas a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la RIITS, de acuerdo con las tendencias de gasto identificadas. Sus informes serán dispuestos a través del SPUIIS para su consulta pública y gratuita.





CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

EDUARD
SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara

PACTO
HISTÓRICO

De encontrarse irregularidades en la facturación de los servicios de una institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta, se informará a las Direcciones Territoriales de Salud, las cuales podrán exigir la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución.

Parágrafo 1. El Gobierno nacional establecerá mecanismos para que la facturación electrónica por prestación de servicios de salud sea informada a la ADRES para efectos de llevar un control sobre el orden de los pagos y la resolución de las glosas.

Parágrafo 2. Por ningún motivo se podrá usar el mecanismo de autorizaciones en salud para la prestación de un servicio, como control previo por parte de las Gestoras de Salud y Vida.

Parágrafo 3. Los resultados de las auditorías realizadas por la ADRES y las firmas especializadas serán publicados semestralmente en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), garantizando la transparencia, la publicidad y permitiendo el control ciudadano.


EDUARD SARMIENTO HIDALGO

Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

EDUARD
SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara

Axal

A. 10

Bogotá, diciembre de 2024

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes

[Handwritten signature]



2:33 pm
✓

PROPOSICIÓN DE MODIFICACIÓN

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Modifíquese el parágrafo 1 del artículo 20, el cual quedará así:

Parágrafo 1. El Gobierno nacional establecerá mecanismos para permitir el acceso del Ministerio de Salud y Protección Social y la Administradora de los Recursos de Sistema de Salud - ADRES a la información que reposa en la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, que sea necesaria para efectos de llevar un control sobre las transacciones entre los agentes del sector salud. ~~que la facturación electrónica por prestación de servicios de salud sea informada a la ADRES para efectos de llevar un control sobre el orden de los pagos y la resolución de las glosas.~~

Para suscribir ✓

Alfredo Mondragón

[Handwritten signature]
Alexander Gu

[Handwritten signature]
Cavito A. 10

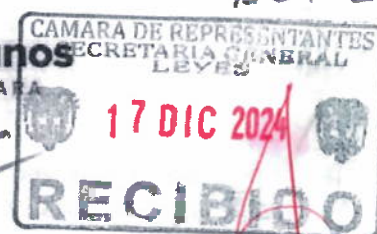
[Handwritten signature]
Germán J. Sincel

[Handwritten signature]
Juan Camilo Lasso





Wilmer ♥ Castellanos
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



PROPOSICIÓN

**AL TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY Nro. 312/2024C
"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"**

Modifíquese el artículo 20 del texto propuesto para segundo debate del Proyecto de Ley Nro. 312/2024C "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", el cual quedará así:

Artículo 20. Autorización de pago de servicios. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, que conformen la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud (RIITS), al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis, según el régimen de tarifas y formas de pago del sistema de salud y los convenios de desempeño.

El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud establecerá tarifas diferenciales por regiones y modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y regulará el uso y costos de los recursos públicos del Sistema de Salud, garantizando la contención del gasto y la sostenibilidad financiera del Sistema de Salud. Igualmente, habrá un piso y un techo para incentivar la calidad; así como un incentivo para la prestación de servicios de salud en zonas rurales y dispersas.

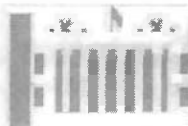
La ADRES llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la Institución Prestadora de Servicios de Salud, el diagnóstico y otras variables de relevancia, con el fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados, del gasto en salud en cada territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Se dispondrá de un sistema de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas, con la respectiva auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud. La auditoría médica se realiza a los actos médicos, los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación y el profesionalismo. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), contendrá un módulo para el seguimiento del estado de la auditoría de cuentas médicas.

Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Gestoras de Salud y Vida realizarán los controles previos, concurrentes y posteriores de los servicios de salud y las auditorías a las facturas presentadas por los integrantes de las RIITS, y certificarán ante la ADRES el cumplimiento para el pago, siempre que se encuentren debidamente respaldadas por los soportes que acreditan la prestación de servicios, los cuales serán de carácter obligatorio a efectos del reconocimiento y pago de las obligaciones.

La ADRES, dentro de su competencia, podrá contratar con firmas especializadas de auditoría, debidamente registradas en la Superintendencia Nacional de Salud, para la realización de auditorías independientes integrales, aleatorias o dirigidas a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la RIITS, de acuerdo con las tendencias de gasto identificadas. Sus informes serán dispuestos a través del SPUIIS para su consulta pública y gratuita.



CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Wilmer ♥ Castellanos
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

De encontrarse irregularidades en la facturación de los servicios de una institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta, se informará a las Direcciones Territoriales de Salud, las cuales podrán exigir la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución. **De cualquier forma, el cierre parcial, total, temporal o definitivo de solicitudes de servicios a la institución objeto de las mismas, no podrá, bajo ninguna circunstancia, afectar la correcta prestación del servicio a los usuarios.**

Parágrafo 1. El Gobierno nacional establecerá mecanismos para que la facturación electrónica por prestación de servicios de salud sea informada a la ADRES para efectos de llevar un control sobre el orden de los pagos y la resolución de las glosas.

Parágrafo 2. Por ningún motivo se podrá usar el mecanismo de autorizaciones en salud para la prestación de un servicio, como control previo por parte de las Gestoras de Salud y Vida.

WILMER CASTELLANOS HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara por Boyacá
Congreso de la República de Colombia

JUSTIFICACIÓN

Se considera pertinente prever que las cuentas se deben encontrar debidamente soportadas a efectos de su reconocimiento y pago de lo que se cobra al Estado, toda vez que podría haber un detrimento patrimonial al confiar solamente en la información reportada por los prestadores y proveedores.

De otro lado, se debe garantizar que las intervenciones a las instituciones prestadoras de servicios de salud no deben afectar el funcionamiento, ni comprometer el servicio a los usuarios. Se debe garantizar que el acceso a los servicios de salud cumpla con los criterios de calidad, eficiencia, oportunidad, integralidad y continuidad; de no ser así, se transgreden de forma directa los derechos fundamentales de los usuarios del sistema de salud.



UN PAISANO CON FIRMEZA



AGS-963-2025 III

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

En mi condición de Representante a la Cámara por el Departamento del Guainía y de conformidad con el artículo 113 y 114 de la ley 5ª de 1992, me permito presentar la siguiente proposición modificatoria del artículo 20 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara – acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones” las modificaciones propuestas se resaltan en negrilla y subrayado en la siguiente tabla:

2:39pm

TEXTO ORIGINAL	TEXTO PROPUESTO
<p>Artículo 20. Autorización de pago de servicios. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, que conformen la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud (RIITS), al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis, según el régimen de tarifas y formas de pago del sistema de salud y los convenios de desempeño.</p> <p>El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud establecerá tarifas diferenciales por regiones y modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y regulará el uso y costos de los recursos públicos del Sistema de Salud, garantizando la contención del gasto y la sostenibilidad financiera del Sistema de Salud. Igualmente, habrá un piso y un techo para incentivar la calidad; así como un incentivo para la prestación de servicios de salud en zonas rurales y dispersas. La ADRES llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la</p>	<p>Artículo 20. Autorización de pago de servicios. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, que conformen la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud (RIITS), al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis, según el régimen de tarifas y formas de pago del sistema de salud y los convenios de desempeño.</p> <p>El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud establecerá tarifas diferenciales por regiones y modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y regulará el uso y costos de los recursos públicos del Sistema de Salud, garantizando la contención del gasto y la sostenibilidad financiera del Sistema de Salud. Igualmente, habrá un piso y un techo para incentivar la calidad; así como un incentivo para la prestación de servicios de salud en zonas rurales y dispersas. La ADRES llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la</p>





<p>Institución Prestadora de Servicios de Salud, el diagnóstico y otras variables de relevancia, con el fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados, del gasto en salud en cada territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud.</p> <p>Se dispondrá de un sistema de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas, con la respectiva auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud. La auditoría médica se realiza a los actos médicos, los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación y el profesionalismo. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), contendrá un módulo para el seguimiento del estado de la auditoría de cuentas médicas.</p> <p>Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Las Gestoras de Salud y Vida realizarán los controles previos, concurrentes y posteriores de los servicios de salud y las auditorías a las facturas presentadas por los integrantes de las RIITS, y certificarán ante la ADRES el cumplimiento para el pago.</p> <p>La ADRES, dentro de su competencia, podrá contratar con firmas especializadas de auditoría, debidamente registradas en la Superintendencia Nacional de Salud, para la realización de auditorías independientes integrales, aleatorias o dirigidas a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la RIITS, de acuerdo con las tendencias de gasto identificadas. Sus</p>	<p>Institución Prestadora de Servicios de Salud, el diagnóstico y otras variables de relevancia, con el fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados, del gasto en salud en cada territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud.</p> <p>Se dispondrá de un sistema de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas, con la respectiva auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud. La auditoría médica se realiza a los actos médicos, los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación y el profesionalismo <u>y pertinencia médica</u>. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), contendrá un módulo para el seguimiento del estado de la auditoría de cuentas médicas.</p> <p>Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Las Gestoras de Salud y Vida realizarán los controles previos, concurrentes y posteriores de los servicios de salud y las auditorías a las facturas presentadas por los integrantes de las RIITS, y certificarán ante la ADRES el cumplimiento para el pago.</p> <p>La ADRES, dentro de su competencia, podrá contratar con firmas especializadas de auditoría, debidamente registradas en la Superintendencia Nacional de Salud, para la realización de auditorías independientes integrales, aleatorias o dirigidas a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la RIITS, de acuerdo con las tendencias de gasto identificadas. Sus</p>
--	--





informes serán dispuestos a través del SPUIIS para su consulta pública y gratuita. De encontrarse irregularidades en la facturación de los servicios de una institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta, se informará a las Direcciones Territoriales de Salud, las cuales podrán exigir la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución.

Parágrafo 1. El Gobierno nacional establecerá mecanismos para que la facturación electrónica por prestación de servicios de salud sea informada a la ADRES para efectos de llevar un control sobre el orden de los pagos y la resolución de las glosas.

Parágrafo 2. Por ningún motivo se podrá usar el mecanismo de autorizaciones en salud para la prestación de un servicio, como control previo por parte de las Gestoras de Salud y Vida.

informes serán dispuestos a través del SPUIIS para su consulta pública y gratuita. De encontrarse irregularidades en la facturación de los servicios de una institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta, se informará a las Direcciones Territoriales de Salud, las cuales podrán exigir la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución.

Parágrafo 1. El Gobierno nacional establecerá mecanismos para que la facturación electrónica por prestación de servicios de salud sea informada a la ADRES para efectos de llevar un control sobre el orden de los pagos y la resolución de las glosas.

Parágrafo 2. Por ningún motivo se podrá usar el mecanismo de autorizaciones en salud para la prestación de un servicio, como control previo por parte de las Gestoras de Salud y Vida.

Atentamente,

ALEXANDER GUARÍN SILVA

Representante a la Cámara por el Guainía

JUSTIFICACIÓN

Revisando de fondo la intención del proyecto de Ley, se evidencia que es necesario incluir dentro del texto el criterio de pertinencia médica prevista en el decreto 1011 de 2006 y decreto 441 de 2022 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.

Página 3 de 3



Partido de la Unión
por la gente.

AQUIVIVE LA DEMOCRACIA

Carrera 7 No. 8 - 62 Edificio Nuevo del Congreso
Oficina 544B Ext. 3101 - 3102

Aprobado

Alexandra Vasquez

VÁSQUEZ



PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Con fundamento en lo contemplado en la ley 5 de 1992 y las normas concordantes, modifíquese el Artículo 21 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 21. Servicios Sociales Complementarios en Salud. Son servicios sociales complementarios en salud aquellos que requiere una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud y su condición de discapacidad y/o socioeconómica y/o geográfica le impide proporcionárselos por sí misma. Tales como servicios de transporte, hospedaje, cuidado o asistente personal en casa, conforme a los que sean considerados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Gobierno nacional determinará las fuentes para financiarlos, la población beneficiaria del servicio y su cobertura. En todo caso, los servicios sociales complementarios continuarán siendo financiados con cargo a las fuentes actuales, hasta tanto se dispongan nuevas fuentes de recursos.

Parágrafo 1. Cuando se prescriba cuidador o asistente personal como parte de los servicios necesarios para el cuidado integral de una persona, se dará prevalencia en la contratación, a quien venía realizando las actividades de cuidador o asistente personal de forma no remunerada.

Parágrafo 2. El Gobierno nacional determinará, en un plazo de seis (6) meses, el responsable y fuente de financiación para el pago del traslado del cadáver al lugar de residencia, de la población campesina, Rrom, indígena, negra, afrodescendiente, raizal, palenquera, nivel A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces, que no tengan pago servicio funerario y que por condiciones de salud sean trasladados o remitidos fuera de su lugar de residencia y, que debido a su situación de salud fallezcan.

Atentamente,

Alexandra Vasquez

LEIDER ALEXANDRA VÁSQUEZ OCHOA

Representante a la Cámara por Cundinamarca



Bogotá, diciembre de 2024.

Doctor:
Jaime Raúl salamanca Torres.
Presidente Honorable Cámara de Representantes
Congreso de la República.
Ciudad. -

Cordial saludo.

Comedidamente me permito presentar proposición modificatoria al artículo 21 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

PROPOSICION MODIFICATORIA

El artículo 21 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", se modifica y quedará así:

Artículo 21. Servicios Sociales Complementarios en Salud. Son servicios sociales complementarios en salud aquellos que requiere una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud y su condición socioeconómica y/o geográfica le impide proporcionárselos por sí misma. Tales como servicios de transporte, hospedaje, cuidado o asistente personal en casa, conforme a los que sean considerados por el Ministerio de Salud y Protección Social. **El transporte, alimentación y hospedaje del acompañante, cuando se requiera.**

El Gobierno nacional determinará las fuentes para financiarlos, la población beneficiaria del servicio y su cobertura. En todo caso, los servicios sociales complementarios continuarán siendo financiados con cargo a las fuentes actuales, hasta tanto se dispongan nuevas fuentes de recursos.

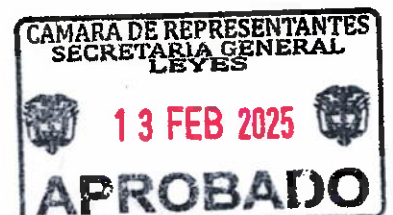
Parágrafo 1. Cuando se prescriba cuidador o asistente personal como parte de los servicios necesarios para el cuidado integral de una persona, se dará prevalencia en la contratación, a quien venía realizando las actividades de cuidador o asistente personal de forma no remunerada.

Parágrafo 2. El Gobierno nacional determinará, en un plazo de seis (6) meses, el responsable y fuente de financiación para el pago del traslado del cadáver al lugar de residencia, de la población campesina, Rrom, indígena, negra, afrodescendiente, raizal, palenquera, nivel A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces, que no tengan pago servicio funerario y que por condiciones de salud sean trasladados o remitidos fuera de su lugar de residencia y, que debido a su situación de salud fallezcan.

Presentado por:

GERSON LISIMACO MONTAÑO ARIZALA
Representante a la Cámara CITREP-10

Carrera 7 No. 8 - 68 Oficina 446B Edificio Nuevo del Congreso
gerson.montano@camara.gov.co



10:05am

BE/2004

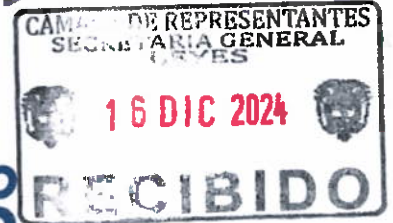
10-2004

RECIBIDO
13 FEB 2005
SECRETARIA DE ECONOMIA

RECIBIDO
13 FEB 2005
SECRETARIA DE ECONOMIA

Act 21

Aprobado



5:06pm

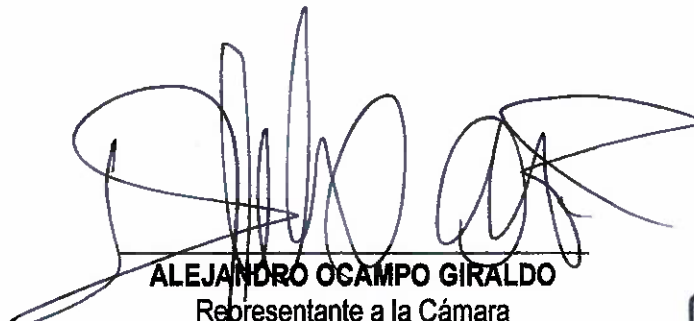
9/

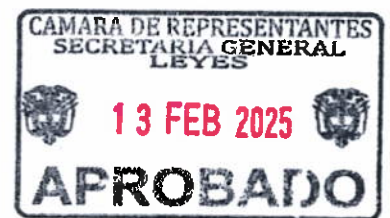
Cámara de Representantes
Plenaria
16 de diciembre

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el **Parágrafo 1 del Artículo 21** del PL 312/2024C "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" el cual quedará así:

Parágrafo 1. Cuando se prescriba cuidador o asistente personal como parte de los servicios necesarios para el cuidado integral de una persona, se dará prevalencia en la contratación, a quien venía realizando las actividades de cuidador o asistente personal de forma no remunerada, salvo objeción de la persona a quien se le prescribió este servicio social complementario.


ALEJANDRO OCAMPO GIRALDO
Representante a la Cámara



CONTACTO@ALEJANDROOCAMPO.COM.CO



WWW.ALEJANDROOCAMPO.COM.CO



CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 21 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:


Artículo 21. Servicios Sociales Complementarios en Salud. Son servicios sociales complementarios en salud aquellos que requiere una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud y su condición socioeconómica y/o geográfica le impide proporcionárselos por sí misma. Tales como servicios de transporte, hospedaje, cuidado o asistente personal en casa, conforme a los que sean considerados por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante un estudio técnico y teniendo en consideración las recomendaciones adoptadas por el Consejo Nacional de Salud.

El Gobierno nacional determinará las fuentes para financiarlos, la población beneficiaria del servicio y su cobertura. En todo caso, los servicios sociales complementarios continuarán siendo financiados con cargo a las fuentes actuales, hasta tanto se dispongan nuevas fuentes de recursos.

Parágrafo 1. Cuando se prescriba cuidador o asistente personal como parte de los servicios necesarios para el cuidado integral de una persona, se dará prevalencia en la contratación, a quien venía realizando las actividades de cuidador o asistente personal de forma no remunerada.

Parágrafo 2. El Gobierno nacional determinará, en un plazo de 6 (seis) meses, el responsable y fuente de financiación para el pago del traslado de cadáver al lugar de residencia, para de la población campesina, Rrom, indígena, negra, afrodescendiente, raizal, palenquera, nivel A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces, que no tengan pago servicio funerario y que por condiciones de salud sean trasladados o remitidos fuera de su lugar de residencia y, que debido a su situación de salud fallezcan.

Atentamente,


CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá



🐦@CathyJuvinao @cathy_juvinao 📧Cathy Juvinao - Fuera Vagos 🎵@CathyJuvinao

🌐 www.cathyjuvinao.com 📞 314 3341374 ✉ catherine.juvinao@camara.gov.co 📍 Calle 10 N° 7-50 OF301/ Capitolio Nacional

PROPOSICIÓN



**AL TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY Nro. 312/2024C
"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"**

Modifíquese el artículo 21 del texto propuesto para segundo debate del Proyecto de Ley Nro. 312/2024C "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", el cual quedará así:

Artículo 21. Servicios Sociales Complementarios en Salud. Son servicios sociales complementarios en salud aquellos que requiere una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud y su condición socioeconómica y/o geográfica le impide proporcionárselos por sí misma. Tales como servicios de transporte, hospedaje, cuidado o asistente personal en casa, conforme a los que sean considerados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Gobierno nacional determinará las fuentes para financiarlos, la población beneficiaria del servicio y su cobertura. En todo caso, los servicios sociales complementarios continuarán siendo financiados con cargo a las fuentes actuales, hasta tanto se dispongan nuevas fuentes de recursos.

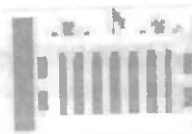
Parágrafo 1. Cuando se prescriba cuidador o asistente personal como parte de los servicios necesarios para el cuidado integral de una persona, se dará prevalencia en la contratación, a quien venía realizando las actividades de cuidador o asistente personal ~~de forma no remunerada~~.

Parágrafo 2. El Gobierno nacional determinará, en un plazo de seis (6) meses, el responsable y fuente de financiación para el pago del traslado del cadáver al lugar de residencia, de la población campesina, Rrom, indígena, negra, afrodescendiente, raizal, palenquera, nivel A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces, que no tengan pago servicio funerario y que por condiciones de salud sean trasladados o remitidos fuera de su lugar de residencia y, que debido a su situación de salud fallezcan.

Las poblaciones a las que se refiere este parágrafo también deberán pertenecer a los niveles A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces

WILMER CASTELLANOS HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara por Boyacá
Congreso de la República de Colombia





CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Wilmer ♥ Castellanos
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUSTIFICACIÓN

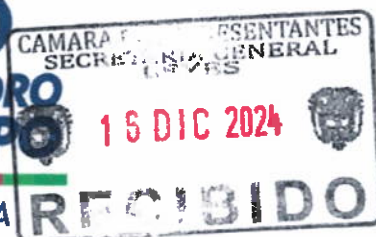
En los casos en los que se prescribe un cuidador o asistente personal como parte de los servicios necesarios para el cuidado integral de una persona, se debe dar prevalencia, de forma general, a quien venía realizando las actividades de cuidador o asistente personal independientemente si existe o no remuneración, como quiera que no todos los cuidadores que tienen ingresos están bien remunerados y representan a un sector de la población históricamente relegada de los beneficios de las políticas de Estado.

Ahora bien, en cuanto a la diferenciación que se hace entre diferentes sectores de la población, respecto de las personas que debido a su situación de salud fallezcan y no cuenten con servicio funerario, la consideramos inoportuna como viene en el texto original, como quiera que debe ser general para todas aquellas personas que presenten condiciones de vulnerabilidad y que no cuenten con capacidad económica para asumir el pago, bajo los criterios establecidos en los niveles A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces.





Aprobado
Ayer
Diciembre 22



5:06p
✓

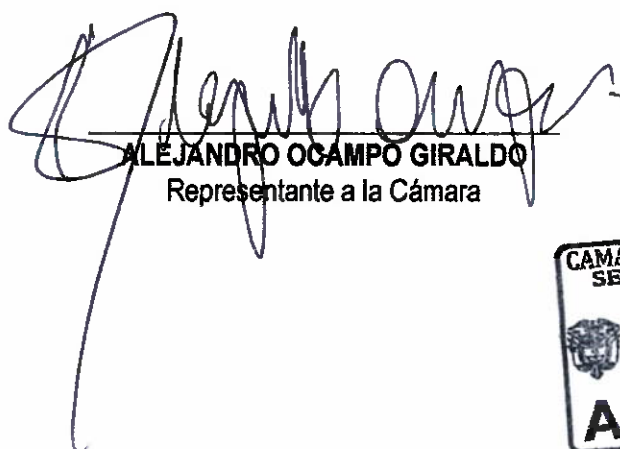
Cámara de Representantes
Plenaria
16 de diciembre

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Modifíquese el **Artículo 22** del PL 312/2024C "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" el cual quedará así:

Artículo 22. Prestaciones económicas. Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas para a proteger a las familias del impacto financiero por maternidad, paternidad y o por incapacidad derivada de una enfermedad de origen común.

(...)


ALEJANDRO OCAMPO GIRALDO
Representante a la Cámara



CONTACTO@ALEJANDROOCAMPO.COM.CO



WWW.ALEJANDROOCAMPO.COM.CO

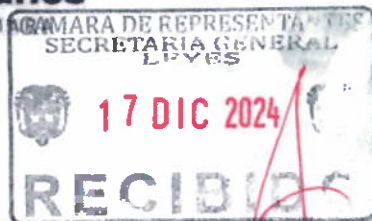


CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Wilmer ♥ Castellanos

REPRESENTANTE A LA CÁMARA

PROPOSICIÓN



**AL TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY Nro. 312/2024C
"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"**

Modifíquese el artículo 22 del texto propuesto para segundo debate del Proyecto de Ley Nro. 312/2024C "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", el cual quedará así:

Artículo 22. Prestaciones económicas. Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas para proteger a las familias del impacto financiero por maternidad, paternidad y por incapacidad derivada de una enfermedad de origen común.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la expedición, reconocimiento y pago de estas prestaciones de la población cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas, en ningún caso serán inferiores a los que se reconocen a la vigencia de la presente Ley.

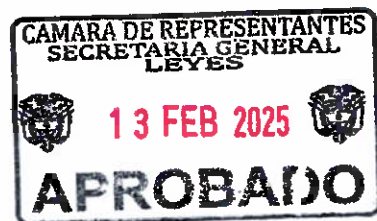
Las mujeres y personas gestantes no cotizantes, categorizadas en los niveles A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces, recibirán el equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto viable, esta protección alcanzará de manera progresiva los cuatro (4) meses a partir del año 2030. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el aumento progresivo de cobertura en función del nivel socioeconómico de los hogares, hasta alcanzar la universalidad en el año 2029.

El procedimiento administrativo de auditoría y revisión de documentos soporte para el pago de las prestaciones económicas, realizado por las Gestoras de Salud y Vida, no podrá exceder los treinta (30) días calendario, y la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) realizará el pago efectivo de dichas prestaciones económicas en un máximo de ocho (8) días hábiles contados a partir de la aprobación.

Parágrafo 1. El Sistema de Salud deberá garantizar el adecuado control prenatal a todas las mujeres y personas gestantes, eliminando las barreras de acceso a los servicios y procurando la corresponsabilidad de las mismas para la protección de la vida y la salud.

Parágrafo 2. Todas las provisiones y garantías establecidas en la presente ley para las mujeres gestantes no cotizantes, se hacen extensivas en los mismos términos y en cuanto fuere procedente al padre que quede a cargo del recién nacido sin apoyo de la madre a causa de su muerte.

WILMER CASTELLANOS HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara por Boyacá
Congreso de la República de Colombia



Modifíquese el artículo 23 del proyecto de Ley 319 de 2024 Cámara de Representantes “Por medio del cual se modifica el sistema de salud”, de la siguiente manera:

Artículo 23. Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. El Gobierno Nacional establecerá los requisitos y procedimientos para que las Instituciones de Salud del Estado (ISE) e y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), ya sean públicas, privadas o mixtas, se les concedan accedan a créditos blandos con tasas compensadas, que les faciliten el destinados a saneamiento de sus finanzas financiero, y les favorezca su estabilización financiera y permanencia en el Sistema de Salud. Se priorizarán prestadores afectados financieramente por EPS liquidadas o en proceso de liquidación.

Parágrafo 1: Se dará prioridad a aquellas instituciones que acrediten afectaciones financieras comprobadas derivadas de la liquidación o el proceso de liquidación de Entidades Promotoras de Salud (EPS).

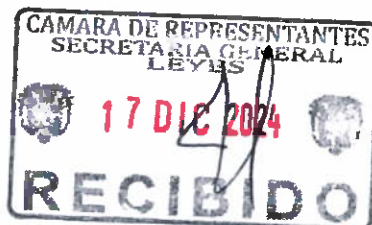
Parágrafo 2: El Gobierno Nacional reglamentará la destinación, condiciones y mecanismos de control de estos créditos, asegurando criterios de transparencia, eficiencia y equidad en su otorgamiento.

Katherine Miranda P.

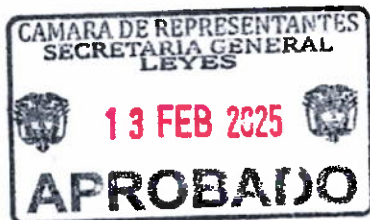
KATHERINE MIRANDA

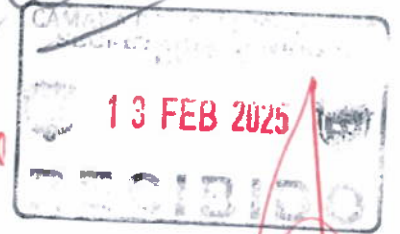
Representante a la Cámara

Partido Alianza Verde



1:03pm





DET 24

Derogado

1 v
ALC
11/19/25

Bogotá D.C, 07 de febrero de 2025

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Cámara de Representantes

Cordial saludo,

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

En el marco de las disposiciones contenidas en la Ley 5ª de 1992, artículos 112 y subsiguientes se presenta proposición modificativa al **artículo 24**, del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024** Cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 24. Modificación de la destinación de parte de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC). Las Cajas de Compensación Familiar que hayan administrado o administren programas de salud o participen en el aseguramiento en salud y/o se encuentren en liquidación podrán usar los recursos de su apropiación del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) hasta en un porcentaje del 40% de los recursos del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, incorporados a dicho Fondo en virtud del numeral 2 del artículo 6 de la Ley 1636 de 2013 para el saneamiento de pasivos debidamente auditados, conciliados y reconocidos asociados a la prestación de servicios de salud de sus afiliados, así como para efectuar el pago de las deudas que las Cajas de Compensación Familiar presenten con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), registradas en los estados financieros de la Administradora de los Recursos del Sistema de General de Seguridad Social en Salud (ADRES) con la respectiva caja.

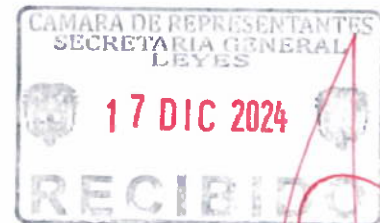
(...)

HERÁCLITO LANDÍNEZ SUÁREZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico

Capitolio Nacional de Colombia – Calle 10 No 7-50
heraclito.landinez@camara.gov.co
Ventanilla única de Correspondencia Carrera 7ª No. 8-68. Primer Piso.



CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá



PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 24 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

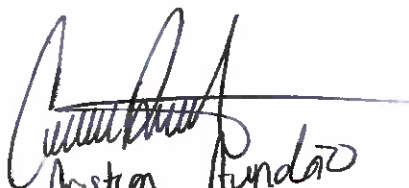
ARTÍCULO 24. Modificación de la destinación de parte de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante. Las Cajas de Compensación Familiar que hayan administrado o administren programas de salud o participen en el aseguramiento en salud y/o se encuentren en liquidación podrán usar los recursos de su apropiación del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) hasta en un porcentaje del 40% de los recursos del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, incorporados a dicho Fondo en virtud del numeral 2 del artículo 6 de la Ley 1636 de 2013 para el saneamiento de pasivos debidamente auditados, conciliados y reconocidos asociados a la prestación de servicios de salud de sus **afiliados**, así como para efectuar el pago de las deudas que las Cajas de Compensación Familiar presenten con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), registradas en los estados financieros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) con la respectiva caja.

Parágrafo 1. La modificación temporal de la destinación del porcentaje del FOSFEC será hasta por dos (2) años contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley.

Parágrafo 2. Las Cajas de Compensación Familiar deberán emitir un informe anual detallado sobre el empleo discriminado de estos recursos del FOSFEC.

Atentamente,


CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá


Cristian Pardo



Art 28



PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Proposición modificatoria Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Modifíquese el numeral 14 del artículo 28° del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 28. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida. Las Gestoras de Salud y Vida son entidades de naturaleza privada, pública o mixta, con o sin ánimo de lucro, que surgen en virtud de la transformación de las EPS y creadas únicamente para los fines expresados en esta Ley, conformadas de acuerdo con las disposiciones legales y normativas que rigen este tipo de entidades y debidamente autorizadas y habilitadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud.

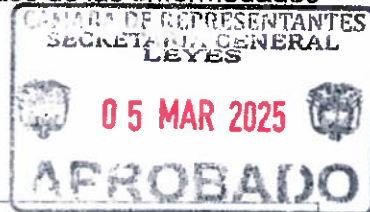
Las Gestoras de Salud y Vida para la gestión integral del riesgo en salud y operativo y la representación del usuario en el territorio de salud asignado, cumplirán las siguientes funciones:

(...)

14. Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, y los CAPS, la prestación de servicios especializados en el nivel de complejidad correspondiente para personas con enfermedades raras o huérfanas, incluyendo su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, así como en el caso de las enfermedades de alto costo.

(...)

Atentamente.



Acción



PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

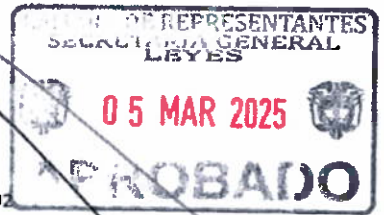
En mi condición de Representante a la Cámara por el Departamento del Valle del Cauca y de conformidad con el artículo 113 y 114 de la ley 5ª de 1992, me permito presentar la siguiente proposición modificatoria del parágrafo segundo (2) del artículo veintiocho (28) del Proyecto de ley No.312 de 2024, **"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"** las modificaciones propuestas se resaltan en negrilla y subrayado en la siguiente tabla:

TEXTO ORIGINAL	TEXTO PROPUESTO
<p>Artículo 28. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida. Las Gestoras de Salud y Vida son entidades de naturaleza privada, pública o mixta, con o sin ánimo de lucro, que surgen en virtud de la transformación de las EPS y creadas únicamente para los fines expresados en esta Ley, conformadas de acuerdo con las disposiciones legales y normativas que rigen este tipo de entidades y debidamente autorizadas y habilitadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Las Gestoras de Salud y Vida para la gestión integral del riesgo en salud y operativo y la representación del usuario en el territorio de salud asignado, cumplirán las siguientes funciones:</p> <p>(...)</p> <p>Parágrafo 2: El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de las Gestoras de Salud y Vida, las cuales serán un estándar de habilitación y permanencia. Las Gestoras de Salud y</p>	<p>Artículo 28. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida. Las Gestoras de Salud y Vida son entidades de naturaleza privada, pública o mixta, con o sin ánimo de lucro, que surgen en virtud de la transformación de las EPS y creadas únicamente para los fines expresados en esta Ley, conformadas de acuerdo con las disposiciones legales y normativas que rigen este tipo de entidades y debidamente autorizadas y habilitadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Las Gestoras de Salud y Vida para la gestión integral del riesgo en salud y operativo y la representación del usuario en el territorio de salud asignado, cumplirán las siguientes funciones:</p> <p><u>(...)</u></p> <p>Parágrafo 2: El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de las Gestoras de Salud y Vida, las cuales serán un estándar de habilitación y permanencia. Las Gestoras de Salud y</p>

1

JULIÁN LOPEZ CONGRESISTA

📍 Oficina:343B-344B Edificio Nuevo Congreso
☎️ Teléfono:(57+1)3904050 ext. 4163-4302-4303 📞 Celular:3024629992
✉️ julian.lopez@camara.gov.co 📧 julianlopezte 📱 julianlopezte 📷 Julián López



Vida deberán realizar audiencias públicas de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de estas en cuanto a los indicadores de servicio, resultados en salud de su gestión financiera, en la periodicidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El Gobierno nacional expedirá el régimen de inhabilidades, incompatibilidades y resolución de conflictos de intereses del Gestor de Salud y Vida.

Vida deberán realizar audiencias públicas de rendición de cuentas de la manera más expedita y con la posibilidad de utilizar medios digitales y tecnológicos, con el fin de mostrar su gestión y los resultados obtenidos de estas en cuanto a los indicadores de servicio, resultados en salud de su gestión financiera, en la periodicidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El Gobierno nacional expedirá el régimen de inhabilidades, incompatibilidades y resolución de conflictos de intereses del Gestor de Salud y Vida.

Atentamente,

2

JULIÁN DAVID LÓPEZ TENORIO
Representante a la Cámara

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

En mi condición de Representante a la Cámara por el Departamento del Valle del Cauca y de conformidad con el artículo 113 y 114 de la ley 5ª de 1992, me permito presentar la siguiente proposición modificatoria del numeral once (11) del artículo veintiocho (28) del Proyecto de ley No.312 de 2024, **“POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”** las modificaciones propuestas se resaltan en negrilla y subrayado en la siguiente tabla:

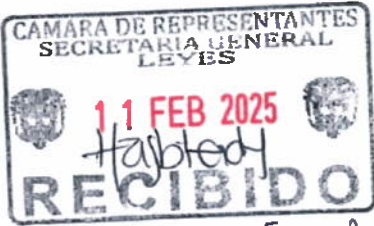
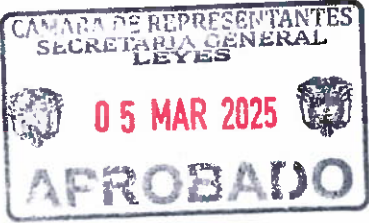
TEXTO ORIGINAL	TEXTO PROPUESTO
<p>Artículo 28. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida. Las Gestoras de Salud y Vida son entidades de naturaleza privada, pública o mixta, con o sin ánimo de lucro, que surgen en virtud de la transformación de las EPS y creadas únicamente para los fines expresados en esta Ley, conformadas de acuerdo con las disposiciones legales y normativas que rigen este tipo de entidades y debidamente autorizadas y habilitadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Las Gestoras de Salud y Vida para la gestión integral del riesgo en salud y operativo y la representación del usuario en el territorio de salud asignado, cumplirán las siguientes funciones:</p> <p>(...)</p> <p>11.Entregar informes periódicos del funcionamiento de las RIITS.</p>	<p>Artículo 28. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida. Las Gestoras de Salud y Vida son entidades de naturaleza privada, pública o mixta, con o sin ánimo de lucro, que surgen en virtud de la transformación de las EPS y creadas únicamente para los fines expresados en esta Ley, conformadas de acuerdo con las disposiciones legales y normativas que rigen este tipo de entidades y debidamente autorizadas y habilitadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Las Gestoras de Salud y Vida para la gestión integral del riesgo en salud y operativo y la representación del usuario en el territorio de salud asignado, cumplirán las siguientes funciones:</p> <p>(...)</p> <p>11.Entregar informes <u>periódicos</u> <u>semestrales</u> del funcionamiento de las RIITS.</p> <p>(...)</p>

1

Atentamente,



JULIÁN DAVID LÓPEZ TENORIO
Representante a la Cámara



5:10pm

Bogotá D.C. Diciembre 9 de 2024

Honorable Representante
Jaime Raul Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, presentamos la siguiente:

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 29, el cual quedara así:

Artículo 29. Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud. Dentro de los tres (3) meses siguientes a partir de expedida la reglamentación sobre la habilitación y autorización de las Gestoras de Salud y Vida, las Entidades Promotoras de Salud autorizadas para operar en alguno o ambos de los dos regímenes de afiliación actuales y que cumplan los requisitos para transformarse en Gestoras de Salud y Vida, deberán presentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social y ante la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a sus competencias, la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a dicha transformación presentando el proyecto de habilitación o plan de retiro voluntario según el caso, y el correspondiente plan de saneamiento, teniendo en cuenta lo siguiente:

1. Si la Entidad Promotora de Salud, desea transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar el proyecto de habilitación como Gestora de Salud y Vida.
2. Si la Entidad Promotora de Salud no está interesada en transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar su plan de retiro voluntario.



Verde



Si la Entidad Promotora de Salud no expresa ninguna de las dos intenciones dentro del término antes indicado, se iniciará inmediatamente el proceso de retiro **cumpliendo los requisitos estipulados para el numeral 2 del presente artículo.**

En el caso del numeral uno (1), las Entidades Promotoras de Salud tendrán que presentar un plan de saneamiento de la totalidad de los pasivos respaldados por acuerdos de pago con sus acreedores, o garantías financieras; el cual tendrá la obligación de implementar en un tiempo no superior a dieciocho (18) meses contados a partir de su aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y deberá presentar el paz y salvo de todas las deudas al finalizar dicho plazo. En caso de incumplimiento la Entidad Promotora en Salud entrará en proceso de vigilancia especial para determinar si puede, o no, seguir en el proceso de transformación.

El cumplimiento del plan de saneamiento de pasivos no podrá afectar la operación de las Gestoras de Salud y Vida; lo cual estará sujeto a vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

En el caso del numeral dos (2), las Entidades Promotoras de Salud tendrán que presentar un plan de saneamiento que contemple el pago de la totalidad del pasivo en un tiempo que no podrá ser superior a veinticuatro (24) meses contados a partir de la radicación del plan de retiro voluntario o al vencimiento de los tres (3) meses previstos en el presente artículo. El plan de saneamiento debe tener en cuenta la prelación de pagos previsto en el artículo 12 de la Ley 1797 de 2016, considerando que en el primer renglón de prelación deben incluirse las deudas que se tengan con todos los trabajadores de la salud con independencia de la forma de vinculación. Si el plan de saneamiento no es aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) o siendo aprobado se incumple, la EPS será intervenida forzosamente.

En todo caso la Superintendencia Nacional de Salud tendrá hasta treinta (30) días calendario para emitir concepto sobre los planes y el cumplimiento de los parámetros.

Parágrafo 1: Para el caso de las EPS intervenidas será deber del agente especial interventor convocar al máximo organismo social de la entidad para que haga la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a la transformación en Entidades Gestoras de Salud y Vida. Deberá a su vez presentar un plan de saneamiento para la aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 2. Para el respectivo saneamiento se tendrán en cuenta las inversiones que respaldan las reservas técnicas de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y otras fuentes de recursos legalmente establecidas.

Parágrafo 3. A la entrada en vigencia de la presente Ley, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que presenten el plan de habilitación y saneamiento observando los



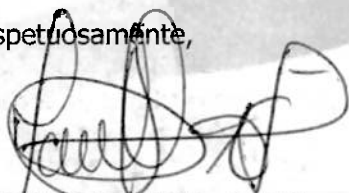
Verde



parámetros definidos en el artículo 30 de la presente ley, podrán obtener una habilitación transitoria como Gestoras de Salud y Vida siempre y cuando la Superintendencia Nacional de Salud apruebe los mencionados planes o garantías financieras de que trata el presente artículo. Como consecuencia de ello, se suspenderán los requisitos de habilitación financiera que les aplica como Entidades Promotoras de Salud (EPS), para permitir el cumplimiento de los planes de habilitación y saneamiento aprobados, sin perjuicio de lo establecido en el régimen de transición.

Justificación: Se realiza un ajuste en la redacción del inciso tres para dejar claro a que se refiere con retiro y cuál es el procedimiento para seguir con ese plan.

Respetuosamente,



MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde



Verde



LET 29
aval.

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 29 del proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

"Artículo 29. Condiciones para la transformación de Entidades Promotoras de Salud.

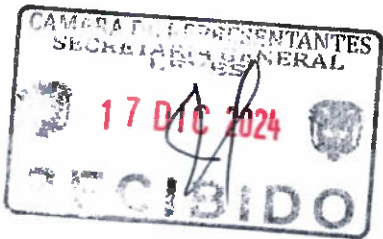
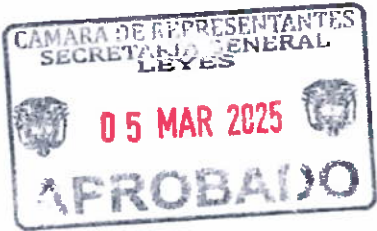
(...)

En el caso del numeral uno (1), las Entidades Promotoras de Salud tendrán que presentar un plan de saneamiento de la totalidad de los pasivos respaldados por acuerdos de pago con sus acreedores, o garantías financieras; el cual tendrá la obligación de implementar en un tiempo no superior a dieciocho (18) meses contados a partir de su aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y deberá presentar el paz y salvo de todas las deudas al finalizar dicho plazo. En caso de incumplimiento la Entidad Promotora en Salud entrará en proceso de vigilancia especial durante un período no mayor a seis (6) meses, para determinar si puede, o no, seguir en el proceso de transformación.

(...)

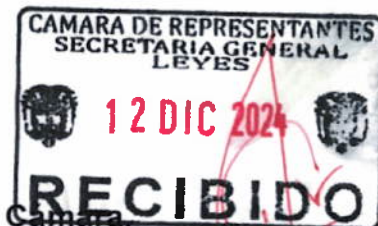
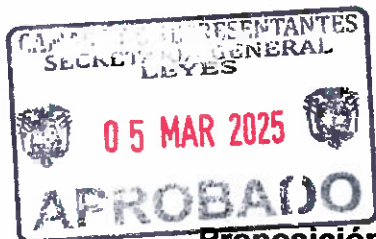
Cordialmente,

<p><i>Jennifer Pedraza S</i></p> <p>JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad y Compromiso</p>	<p><i>Katherine Miranda P.</i></p> <p>KATHERINE MIRANDA Representante a la Cámara Partido Alianza Verde</p>
<p><i>Alejandro García R</i></p> <p>ALEJANDRO GARCÍA RÍOS Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde</p>	



12:15 Pm

ALT 30



PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Proposición modificatoria Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Modifíquese el numeral 7 y el párrafo 5 del artículo 30° del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 30. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por dos (2) años, siempre que cumplan las condiciones de permanencia que les aplica, más aquellas que se consagran en el periodo de transición previsto en la presente Ley.

(...)

7. Todas las EPS tendrán plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad. Excepcionalmente, cuando por razones de suficiencia de infraestructura hospitalaria en zonas marginadas o de baja densidad poblacional se deba mantener, la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar un plazo mayor, sin que en ningún caso supere un (1) año adicional. **No podrán escindir sus activos fijos hasta que no haya cumplido con el paz y salvo del 100% de sus pasivos.**

(...)

Parágrafo 5: Las EPS que decidan transformarse en Gestoras de Salud y Vida y que se encuentren administrando Planes Voluntarios en Salud (Medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de salud) deberán escindir esta operación comercial dentro del periodo de transición para convertirse en Gestoras, sin que se requiera nueva autorización para el efecto de los planes vigentes. **No podrán escindir sus activos fijos hasta que no haya cumplido con el paz y salvo del 100% de sus pasivos.** En ningún caso habrá coexistencia administrativa y financiera con la Gestora de Salud y Vida. Las EPS que no se transformen en Gestoras de Salud y Vida podrán seguir comercializando Planes Voluntarios en Salud de conformidad con la reglamentación legal vigente.

Atentamente.

--	--

Juan Carlos Lopera

Alexander Guevara



Alfonso	Germán Ysmael
Carlos A. A. A.	

Art 30
aval

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 30 del Proyecto de Ley N° 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley N°135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

"Artículo 30. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

(...)

Parágrafo 3: Una vez cumplidos los requisitos para la transformación de la EPS en Gestora de Salud y Vida, y previa aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social, como una alternativa del proceso de disolución, podrán constituir la Gestora de Salud y Vida como una persona jurídica diferente, ya sea de naturaleza privada, mixta o pública según corresponda, para asumir dicho rol, con una Junta Directiva o máximo órgano de dirección, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Para llevar a cabo esta alternativa del proceso de disolución, la EPS que opte por constituir la Gestora de Salud y Vida con una personería jurídica diferente, deberá haber certificado toda su integración vertical, previo al cambio, ante la Superintendencia Nacional de Salud para dar cumplimiento al inciso 7 del presente artículo.

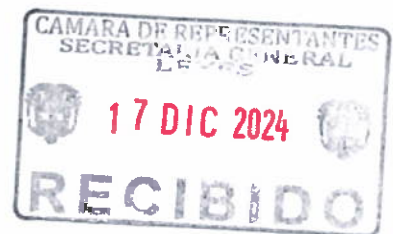
(...)"

Cordialmente,



Jennifer Pedraza S

JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL
CC. 1.010.227.070 de Bogotá D.C.
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
Partido Dignidad y Compromiso



457 per
per

Acual

Bogotá, noviembre de 2024

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes

PROPOSICIÓN DE MODIFICACIÓN

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara
"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

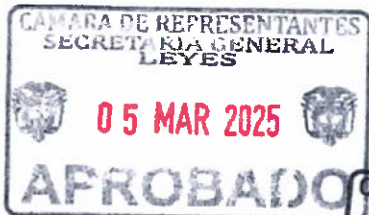
Modifíquese el numeral 8 del artículo 30, el cual quedará así:

8. Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual per cápita sin situación de fondos, ~~para los servicios de mediana y alta complejidad~~, la cual será reconocida mensualmente de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud.
Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las EPS, la ADRES girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos, gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS.

Antonio Soria Opar

Alfredo Mondragón

Alfonso Ovaroa



1.000 m

aval
ALT 30



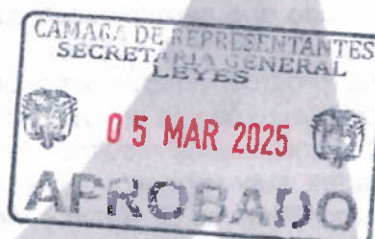
6:23 pm

gen



Bogotá D.C. Marzo 2025

Honorable Representante
Jaime Raul Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes
Congreso de la República



Reciba un cordial saludo.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, presentamos la siguiente:

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 30, el cual quedara así:

Artículo 30. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por dos (2) años, siempre que cumplan las condiciones de permanencia que les aplica, más aquellas que se consagran en el periodo de transición previsto en la presente Ley.

Las EPS podrán manifestar su interés de transformarse en Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos que para dicha transformación reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social durante los tres (3) meses siguientes a la expedición de la presente Ley.

La manifestación de transformación deberá acompañarse de un plan de saneamiento de pasivos aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 29 de la presente Ley.

Durante este periodo deberán cumplir progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros:



Verde



1. Organizar conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, la atención de su población a cargo, en los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) conforme a la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) habilitadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos CAPS que serán financiados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).
2. Durante los dos años de transición previstos en esta Ley, las EPS, deberán efectuar las reformas estatutarias, estructurales, administrativas y operativas a que haya lugar, para adoptar su naturaleza de Entidades Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos de habilitación que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Durante el periodo que permanezcan como EPS, será obligatoria la implementación del giro directo a través de la ADRES.
4. Se organizarán progresivamente por subregiones funcionales para la gestión en salud, reconociendo su experiencia en los sitios en donde históricamente han gestionado el riesgo en salud con buenos resultados y conservando sus afiliados en esos sitios. En las mencionadas subregiones y acreditando los requisitos necesarios, se podrán establecer como Gestoras de Salud y Vida, articulándose con los CAPS presentes en el correspondiente territorio para la gestión en salud.
5. Articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las RIITS que organicen y conformen junto con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal de acuerdo con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley. La habilitación y autorización de las RIITS estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.
6. Presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 18 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano.
7. Todas las Entidades Promotoras de Salud tendrán plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad. **Deberán declarar su grupo económico o grupo empresarial nacional y/o internacional según la normatividad vigente durante los siguientes 60 días.**

Excepcionalmente, cuando por razones de suficiencia de infraestructura hospitalaria en zonas marginadas o de baja densidad poblacional se deba mantener, la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar un plazo mayor, sin que en ningún caso supere un (1) año adicional.



Verde



ACTO
HISTÓRICO

8. Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual per cápita sin situación de fondos, para los servicios de mediana y alta complejidad, la cual será reconocida mensualmente de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud.
Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las EPS, la ADRES girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos, gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS.
9. Las EPS recibirán los recursos correspondientes al pago de gastos de administración establecidos en la legislación vigente.
10. En cualquier momento y antes de cumplirse los dos años de transición previstos en esta Ley, las EPS que cumplan con las condiciones para su transformación y presenten un plan de saneamiento aprobado, podrán iniciar su operación como Gestoras de Salud y Vida en los términos de la presente Ley.

Parágrafo 1. La transformación de las actuales EPS en Entidades Gestoras de Salud y Vida no implica su liquidación sino un proceso de disolución. Los activos, pasivos, patrimonio, pasarán en bloque a la Entidad Gestora de Salud y Vida con subrogación de todos los deberes, derechos y obligaciones, en los términos que reglamente el Gobierno nacional.

Parágrafo 2. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que, a través de su transformación en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas en gestionar de manera integral, la salud de la población que se les asigne y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde. Ninguna de estas operaciones podrá implicar integración vertical en los niveles de mediana y alta complejidad.

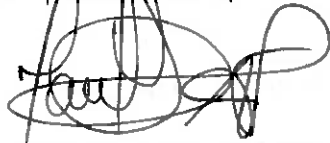
Parágrafo 3: Una vez cumplidos los requisitos para la transformación de la EPS en Gestora de Salud y Vida, y previa aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social, como una alternativa del proceso de disolución, podrán constituir la Gestora de Salud y Vida como una persona jurídica diferente, ya sea de naturaleza privada, mixta o pública según corresponda, para asumir dicho rol, con una Junta Directiva o máximo órgano de dirección, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 4: Las EPS con participación accionaria del Estado podrán certificar el pago de sus pasivos y acreencias por parte de la Nación o de la Entidad territorial de su respectiva jurisdicción, como respaldo de cumplimiento de las condiciones de permanencia que se les aplica, necesarias para transformarse en Gestoras de Salud y Vida.

Parágrafo 5: Las EPS que decidan transformarse en Gestoras de Salud y Vida y que se encuentren administrando Planes Voluntarios en Salud (Medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de salud) deberán escindir esta operación comercial dentro del periodo de transición para convertirse en Gestoras, sin que se requiera nueva autorización para el efecto de los planes vigentes. En ningún caso habrá coexistencia administrativa y financiera con la Gestora de Salud y Vida. Las EPS que no se transformen en Gestoras de Salud y Vida podrán seguir comercializando Planes Voluntarios en Salud de conformidad con la reglamentación legal vigente.

Justificación: Se agrega en el numeral 7 la declaración de las EPS, nuevas Gestoras de Salud y Vida, la obligatoriedad de declarar sus grupos empresariales nacionales e internacionales con el objetivo de transparentar las integraciones verticales.

Respetuosamente,



MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO

Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde



Verde



Art 32

Bogotá, diciembre de 2024

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes



Handwritten signature and initials, including 'AL' and '4 41'.

PROPOSICIÓN DE MODIFICACIÓN

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Modifíquese el artículo 32, el cual quedará así:

Artículo 32. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Como parte de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios sanitarios con calidad, equidad, integralidad y continuidad de manera coordinada y eficiente, con orientación familiar y comunitaria, a una población ubicada en un espacio territorial determinado buscando el logro de los resultados en salud.

Las Gestoras de Salud y Vida junto a las entidades territoriales, conformarán RIITS siendo compuestas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes de salud y transporte especial de pacientes y sus relaciones serán de cooperación y complementariedad.

Los servicios de salud se prestarán por medio de convenios de desempeño ~~acuerdos de voluntades~~ y según las necesidades de la población, con suficiencia técnica y administrativa, cumpliendo los requisitos de habilitación. Los prestadores se deberán registrar y certificar como integrantes de la Red, aceptando las condiciones que al efecto reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social, para promover, preservar y/o recuperar la salud de una población ubicada en un espacio territorial determinado, promoviendo acciones intersectoriales para intervenir en los determinantes sociales de la salud, bajo el modelo preventivo, predictivo y resolutivo, basado en la APS con orientación familiar y comunitaria, intercultural y diferencial incluida la obligatoriedad de interoperar con el sistema de información en salud y de aceptar el régimen de tarifas y formas de pago.

Las Redes tendrán un nivel primario de atención, conformado por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de los que hacen parte los Equipos de Salud Territoriales; y otro complementario, constituido por las instituciones de mediana y alta complejidad, así como por profesionales independientes.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos de coordinación asistencial para la operación de la RIITS y para la toma de decisiones en el marco de los determinantes sociales en salud. Las Gestoras de Salud y Vida, en conjunto con las Entidades Territoriales conformarán las

RIITS a partir de los convenios de desempeño acuerdos de voluntades y adoptarán e implementarán estos mecanismos de coordinación asistencial de acuerdo con las necesidades de la población. Los mecanismos de coordinación deben incluir el desarrollo de acciones conjuntas y sinérgicas entre los CAPS y los demás integrantes de la Red, para asegurar la continuidad del cuidado de las personas, de forma coordinada y generar una cadena de valor que garantice la atención integrada e integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.

En el nivel primario, las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales departamentales y distritales o municipales, según corresponda, establecerán convenios de desempeño con los CAPS para orientar el logro de resultados en salud. Estos convenios deben definir los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. El seguimiento al convenio lo harán las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación.

En el nivel complementario, las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales departamentales y distritales o municipales, según corresponda, establecerán para cada Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de mediana y alta complejidad un convenio de desempeño que defina los servicios a prestar, las condiciones de calidad específicas esperadas de cada servicio y la modalidad de pago aplicable, de acuerdo con el régimen de tarifas y formas de pago definido, así como los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional en la RIITS, junto con los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades Territoriales de salud departamentales y distritales o municipales, según corresponda para que cumplan con lo definido en el modelo de atención.

Parágrafo 1: Los ~~servicios~~ establecimientos farmacéuticos ~~de los prestadores de servicios de salud~~ y los proveedores de tecnologías en salud, que realicen la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud, incluyendo a los operadores logísticos de tecnologías en salud, gestores farmacéuticos, organizaciones no gubernamentales, universidades y otras entidades privadas, los cuales serán considerados servicios de salud y estarán orientados a garantizar el derecho fundamental a la salud, por lo tanto, harán parte de las RIITS, si así se registran y se certifican.

Los ~~establecimientos~~ ~~servicios~~ farmacéuticos y demás establecimientos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud deberán cumplir las condiciones de habilitación para su funcionamiento y demás requisitos establecidos en la normatividad vigente, además de estar autorizados por las entidades territoriales en salud, registrarse y demostrar ante la Superintendencia Nacional de Salud ~~estos~~ el cumplimiento de los requisitos esenciales para la prestación del servicio farmacéutico en cuanto a la capacidad en infraestructura, talento humano, capacidad científica, suficiencia patrimonial y capacidad técnica - tecnológica y administrativa.

El transporte, gestión y dispensación farmacéutica ambulatoria de medicamentos a usuarios del Sistema de Salud se efectuará a través de los establecimientos farmacéuticos de gestores farmacéuticos, droguerías y operadores logísticos autorizados para ello, sin perjuicio de la entrega que se haga a través de ~~estos~~ servicios en las IPS y garantizando la dispensación en zonas rurales y de difícil acceso.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud diseñarán e implementarán un sistema de monitoreo del desempeño, la calidad y la garantía de acceso efectivo a los servicios de salud de las RIITS. Las Direcciones departamentales y distritales o municipales de salud supervisarán el desempeño de las RIITS bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 3. Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas se entenderán integradas a las RIITS. En todo caso, los residentes tendrán derecho a recibir atención inicial de urgencias en cualquier IPS dentro del territorio nacional, cuando así se requiera.

Parágrafo 4: El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones para que los profesionales independientes y las instituciones de atención básica en salud que presten servicios para complementar el cuidado, se integren a las RIITS.

María Eugenia Iorm

Juan Pablo Lora

Macaranda

Alfredo Rodríguez
Gerardo Gómez



PROPOSICIÓN



Agréguese un nuevo párrafo al artículo 32 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”, el cual quedará así:

Artículo 32. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS)
(...)

PARÁGRAFO 5. La vigilancia y control fiscal sobre la gestión de los recursos públicos recibidos por los integrantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud (RIITSS) corresponde a la Contraloría General de la República. Para ello, las RIITSS, en coordinación con las Gestoras de Salud y Vida, las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), deberán reportar a la Contraloría General de la República la información detallada sobre la administración de los recursos. El Contralor General de la República reglamentará la forma, el contenido y la periodicidad de dicha información.

En lo correspondiente a las ISE y las IPS privadas y mixtas, la obligación de reporte de información incluye a las entidades públicas, privadas y mixtas que las integren, cuando administren recursos públicos de la salud.

Jorge E. Tamayo

Camilo Esteban Avila
Coord. ponente.



Aval

Act 32



CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA

PROYECTO DE LEY 312 DE 2024 CÁMARA: "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA
EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"



PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.

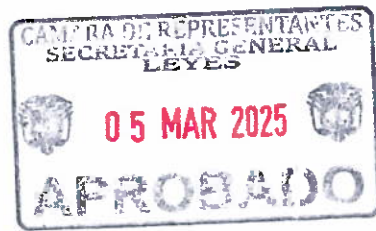
Modifíquese el artículo 32 del proyecto de ley 312 de 2024 Cámara, "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 32. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Como parte de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios sanitarios con calidad, **accesibilidad, inclusividad, equidad, integralidad y continuidad** de manera coordinada y eficiente, con orientación familiar y comunitaria, a una población ubicada en un espacio territorial determinado , **con particularidades geográficas y epidemiológicas diferentes** buscando el logro de los resultados en salud. (..)

12
AIC
753p

Atentamente

Milene Jarava Díaz
Milene Jarava Díaz
Representante a la Cámara
Departamento de Sucre.







PROPOSICIÓN

AL TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY Nro. 312/2024C
"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

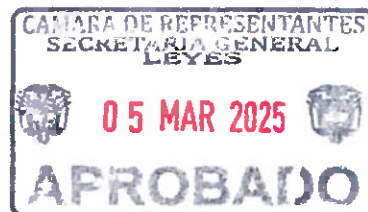
Modifíquese el párrafo del artículo 32 del texto propuesto para segundo debate del Proyecto de Ley Nro. 312/2024C
"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", el
cual quedará así:

Parágrafo 1: Los establecimientos ~~servicios~~ farmacéuticos ~~de los prestadores de servicios de salud~~ y los
proveedores de tecnologías en salud, que realicen la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en
salud, incluyendo a los operadores logísticos de tecnologías en salud, gestores farmacéuticos, organizaciones no
gubernamentales, universidades y otras entidades privadas, ~~los cuales~~ serán considerados servicios de salud y
estarán orientados a garantizar el derecho fundamental a la salud, por lo tanto, podrán ser ~~harán~~ parte de las RIITS,
si así se registran y se certifican.

Los establecimientos ~~servicios~~ farmacéuticos y demás establecimientos que dispensen medicamentos o tecnologías
en salud deberán cumplir las condiciones de habilitación para su funcionamiento y demás requisitos establecidos en la
normatividad vigente, además de estar autorizados por las entidades territoriales en salud, registrarse y demostrar ante
~~estas la Superintendencia Nacional de Salud~~ el cumplimiento de los requisitos esenciales para la prestación del
servicio farmacéutico. En caso de ser parte de las RIITS deberán también demostrar ~~en cuanto a la capacidad en~~
~~infraestructura, talento humano, capacidad científica, suficiencia patrimonial, y capacidad técnica~~ tecnológica y
administrativa.

El transporte, gestión y dispensación farmacéutica ambulatoria de medicamentos a usuarios del Sistema de Salud se
efectuará a través de los establecimientos farmacéuticos de gestores farmacéuticos, droguerías y operadores
logísticos autorizados para ello, sin perjuicio de la entrega que se haga a través de estos servicios en las IPS y
garantizando la dispensación en zonas rurales y de difícil acceso.

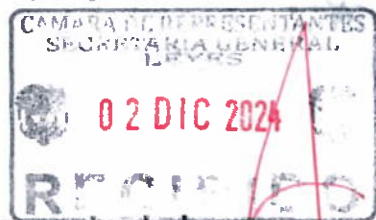
WILMER CASTELLANOS HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara por Boyacá
Congreso de la República de Colombia





Aval

Act 32



PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de ley no. 135 de 2024 cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así.

Modifíquese lo dispuesto en el ARTÍCULO 32 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de ley no. 135 de 2024 cámara "por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así.

Artículo 32. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Como parte de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios sanitarios con calidad, equidad, integralidad y continuidad de manera coordinada y eficiente, con orientación familiar y comunitaria, a una población ubicada en un espacio territorial determinado buscando el logro de los resultados en salud.

Las Gestoras de Salud y Vida junto a las entidades territoriales, conformarán RIITS siendo compuestas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes de salud y transporte especial de pacientes y sus relaciones serán de cooperación y complementariedad.

Los servicios de salud se prestarán por medio de acuerdos de voluntades y según las necesidades de la población, con suficiencia técnica y administrativa, cumpliendo los requisitos de habilitación. Los prestadores se deberán registrar y certificar como integrantes de la Red, aceptando las condiciones que al efecto reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social, para promover, preservar y/o recuperar la salud de una población ubicada en un espacio territorial determinado, promoviendo acciones intersectoriales para intervenir en los determinantes sociales de la salud, bajo el modelo preventivo, predictivo y resolutivo, basado en la APS con orientación familiar y comunitaria, intercultural y diferencial incluida la obligatoriedad de interoperar con el sistema de información en salud y de aceptar el régimen de tarifas y formas de pago.

Las Redes tendrán un nivel primario de atención, conformado por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de los que hacen parte los Equipos de Salud Territoriales; y otro complementario, constituido por las instituciones de mediana y alta complejidad, así como por profesionales independientes.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos de coordinación asistencial para la operación de la RIITS y para la toma de decisiones en el marco de los determinantes sociales en salud. Las Gestoras de Salud y Vida, en conjunto con las Entidades Territoriales conformarán las RIITS a partir de acuerdos de voluntades y adoptarán e implementarán estos mecanismos de coordinación asistencial de acuerdo con las necesidades

de la población. Los mecanismos de coordinación deben incluir el desarrollo de acciones conjuntas y sinérgicas entre los CAPS y los demás integrantes de la Red, para asegurar la continuidad del cuidado de las personas, de forma coordinada y generar una cadena de valor que garantice la atención integrada e integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.

En el nivel primario, las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales departamentales y distritales o municipales, según corresponda, establecerán convenios de desempeño con los CAPS para orientar el logro de resultados en salud. Estos convenios deben definir los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. El seguimiento al convenio lo harán las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación.

En el nivel complementario, las Gestoras de Salud y Vida ~~conjuntamente con las entidades territoriales departamentales y distritales o municipales, según corresponda~~, establecerán para cada Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de mediana y alta complejidad un convenio de desempeño que defina los servicios a prestar, las condiciones de calidad específicas esperadas de cada servicio y la modalidad de pago aplicable, de acuerdo con el régimen de tarifas y formas de pago definido, así como los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional en la RIITS, junto con los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades Territoriales de salud departamentales y distritales o municipales, según corresponda para que cumplan con lo definido en el modelo de atención.

Parágrafo 1: Los servicios farmacéuticos de los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, que realicen la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud, incluyendo a los operadores logísticos de tecnologías en salud, gestores farmacéuticos, organizaciones no gubernamentales, universidades y otras entidades privadas, los cuales serán considerados servicios de salud y estarán orientados a garantizar el derecho fundamental a la salud, por lo tanto, harán parte de las RIITS, si así se registran y se certifican.

Los servicios farmacéuticos y demás establecimientos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud deberán cumplir las condiciones de habilitación para su funcionamiento y demás requisitos establecidos en la normatividad vigente, además de estar autorizados por las entidades territoriales en salud, registrarse y demostrar ante la Superintendencia Nacional de Salud el cumplimiento de los requisitos esenciales para la prestación del servicio farmacéutico en cuanto a la capacidad en infraestructura, talento humano, capacidad científica, suficiencia patrimonial y capacidad técnica - tecnológica y administrativa.

El transporte, gestión y dispensación farmacéutica ambulatoria de medicamentos a usuarios del Sistema de Salud se efectuará a través de los establecimientos farmacéuticos de gestores farmacéuticos, droguerías y operadores logísticos autorizados para ello, sin perjuicio de la entrega que se haga a través de estos servicios en las IPS y garantizando la dispensación en zonas rurales y de difícil acceso.

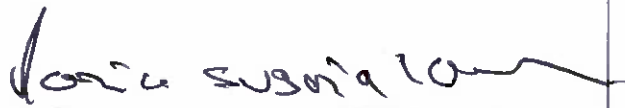


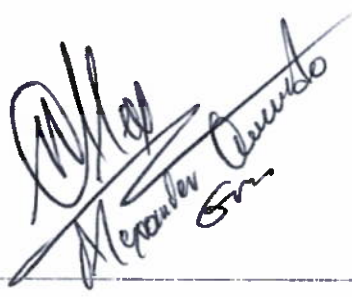


Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud diseñarán e implementarán un sistema de monitoreo del desempeño, la calidad y la garantía de

acceso efectivo a los servicios de salud de las RIITS. Las Direcciones departamentales y distritales o municipales de salud supervisarán el desempeño de las RIITS bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social

Parágrafo 3. Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas se entenderán integradas a las RIITS. En todo caso, los residentes tendrán derecho a recibir atención inicial de urgencias en cualquier IPS dentro del territorio nacional, cuando así se requiera.

Parágrafo 4: El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones para que los profesionales independientes y las instituciones de atención básica en salud que presten servicios para complementar el cuidado, se integren a las RIITS.

Cordialmente;

 María Eugenia López	 Juan Carlos López
 Germán J. Góinez	 Alexander Cárdenas
 Alfredo	 Hugo Acosta



PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.


Modifíquese el numeral primero del **ARTÍCULO 34** del **Proyecto de Ley No. 312 de 2024** **Cámara** acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

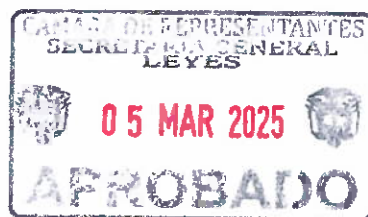
Artículo 34. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La habilitación de las RIITS deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios, teniendo en cuenta los siguientes ámbitos de abordaje:

(...)

1. **Modelo de atención.** Modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad que tenga en cuenta las particularidades poblacionales, territoriales, diferenciales y de género. En el modelo se establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios en un territorio determinado, teniendo en cuenta las necesidades en salud de la población, contando con una oferta amplia de servicios de salud individuales y colectivos, sociosanitarios y de salud pública y ambiental.

Del Honorable Congresista,


JORGE RODRIGO TOVAR VÉLEZ
Representante a la Cámara
CITREP No. 12 Cesar, Magdalena y La Guajira
Asociación Paz es Vida (Pa-Vida)



AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



📍 Cra 7 8-68 Edificio Nuevo del Congreso oficinas 430B-431B
✉ utljorge-tovar@camara.gov.co 🌐 jorgerodrigotovar.com
📱 jorgerodrigotovar | @jorgerodrigotv | 🐦 jorgerodrigotv



CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA

Aval



Art 34

JORGE RODRIGO TOVAR

CÁMARA DE PAZ 2022-2026



1:50 PM

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Modifíquese el numeral cuarto, literal b del ARTÍCULO 34 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 34. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La habilitación de las RIITS deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios, teniendo en cuenta los siguientes ámbitos de abordaje:

(...)

4. **Sistema de asignación e incentivos.** Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la RIITS, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización.

(...)

- b. **Satisfacción de los usuarios:** La oportunidad, continuidad y satisfacción con la atención ambulatoria, en consultas generales y especializadas, en la atención hospitalaria, y en la entrega completa de medicamentos, las tasas de peticiones, quejas, reclamos, tutelas y desacatos, entre otros.

(...)

Del Honorable Congresista,

JORGE RODRIGO TOVAR VÉLEZ

Representante a la Cámara

CITREP No. 12 Cesar, Magdalena y La Guajira

Asociación Paz es Vida (Pa-Vida)



AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

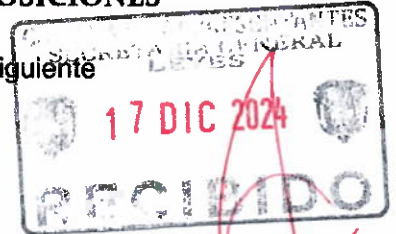


📍 Cra 7 8-68 Edificio Nuevo del Congreso oficinas 430B-431B
✉ utl.jorge-tovar@camara.gov.co 🌐 jorgerodrigotovar.com
📞 jorgerodrigotovar | 📺 jorgerodrigotv | 🐦 jorgerodrigotv

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Proyecto de Ley No. 312 de Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA
EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES "

Agréguese al indicador del numeral a del artículo 34 en su numeral 4, de la siguiente
manera:

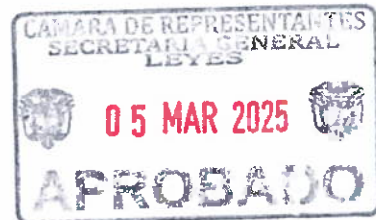


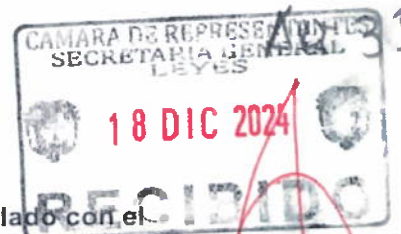
- a. **Resultados en salud:** Los indicadores se evaluarán sobre la línea base inicial disponible hasta lograr las metas establecidas por la OMS/OPS. Se tendrán en cuenta, entre otros:

Cobertura en vacunación, razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad perinatal, cobertura de pacientes con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles y detección temprana de personas con eventos de interés en salud pública.

(Firma)

OLGA LUCIA VELÁSQUEZ NIETO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza Verde





Modifíquese el artículo 35 del proyecto de ley 312/2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135/2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual, en lo pertinente quedará así:

Artículo 35. Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS). El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad polifuncional, de carácter público, privado o mixto, de base territorial de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS); junto con los equipos de salud territorial constituyen el primer contacto de la población con el sistema de salud.

Todos los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) serán financiados por oferta con recursos provenientes de la Cuenta de Atención Primaria en Salud, de acuerdo con presupuestos estándar que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño, bajo las modalidades que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) desarrollarán los procesos de: adscripción poblacional; administración y atención al ciudadano; prestación de servicios de salud y vigilancia en salud pública; gestión intersectorial y participación social; y articulación con las Gestoras de Salud y Vida. Como parte de la operación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), de acuerdo con las necesidades de la población, se constituirán Equipos de Salud Territoriales conformados por personas con perfiles comunitarios, técnicos, profesionales y especialistas para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades; cada equipo tendrá a cargo un grupo de familias en un determinado territorio. La conformación y perfiles de los equipos responderá a las características y necesidades en salud identificadas en las comunidades y familias. Así mismo, deberán incluir progresivamente especialidades básicas como la especialidad de medicina familiar y se articularán con los servicios sociosanitarios y de cuidado disponibles en el territorio. Los profesionales y especialistas podrán desempeñar roles clínicos y administrativos o como coordinadores de los CAPS en salud.

Los CAPS públicos, privados y mixtos podrán tener y operar Puntos de atención descentralizados con el fin de promover y garantizar el acceso y el derecho a la salud. Dichos puntos de atención se denominarán puestos o centros de salud, y se organizarán de acuerdo a las condiciones geográficas, demográficas y socioculturales tanto a nivel rural como urbano.

Las acciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), incluidas las de los equipos de salud territoriales tendrán carácter universal, territorial, sistemático, permanente y resolutivo, bajo un enfoque de salud pública y de determinantes sociales.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada vigencia de la presente ley la conformación, tipologías, localización, funcionamiento, de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), de acuerdo con las condiciones socioculturales, ambientales, demográficas, entre otros aspectos del territorio asignado, promoviendo la participación de los usuarios y de los trabajadores de la salud.

Para el seguimiento y cumplimiento de los indicadores en salud y metas de desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), se realizarán convenios de desempeño con las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales Departamentales y Distritales o Municipales, según corresponda a los cuales las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación, harán seguimiento, con sujeción a los estándares establecidos por la autoridad competente, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico – científicos y de calidad de los servicios.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley el rol de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de naturaleza pública, privada y mixta en el cumplimiento de las funciones de salud pública y de prestación de servicios, de conformidad con la normativa vigente a la expedición de la presente Ley.

Julia Miranda Juliam.

JULIA MIRANDA LONDOÑO
Representante a la Cámara
Nuevo Liberalismo

JUSTIFICACIÓN

La transformación del sistema de salud colombiano hacia la Atención Primaria en Salud (APS) requiere un enfoque integral y equitativo, donde el médico familiar, con su formación especializada, juega un rol central como coordinador en la provisión de servicios de salud. Su capacidad para integrar aspectos médicos, sociales y administrativos es esencial para garantizar una atención continua y de calidad. Si la reforma propone fortalecer su papel en la gestión de redes de atención, mejorando la prevención y el manejo de enfermedades crónicas es necesario darle un rol a la medicina familiar en los CAPS.



Acord



PROPOSICIÓN DE MODIFICACION

PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY No. 135 de 2024 CÁMARA

“Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”.

El suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición modificativa al inciso 6 del Artículo 35, el **cual** quedará así:

“Artículo 35. Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS). El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad polifuncional, de carácter público, privado o mixto, de base territorial de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS); junto con los equipos de salud territorial constituyen el primer contacto de la población con el sistema de salud.

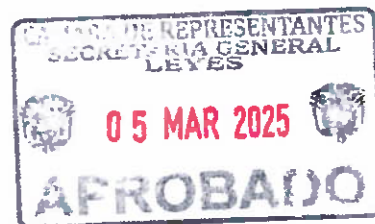
(...)

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada vigencia de la presente ley la conformación, tipologías, localización, funcionamiento, de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), de acuerdo con las condiciones socioculturales, ambientales, demográficas, entre otros aspectos del territorio asignado, promoviendo la participación de los usuarios y de los trabajadores de la salud. Estas condiciones serán revisadas y evaluadas anualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social para verificar su cobertura, la eficiencia y eficacia en la atención.

(...)”

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara



Oficina 603 - 604B
Edificio Nuevo - Capitolio Nacional
Bogotá D.C.

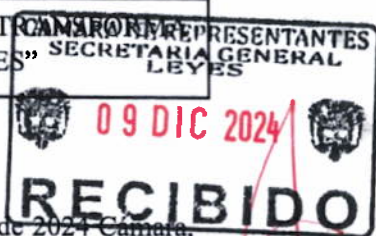
Carrera 12 No. 13B-16
Celular: 3135740221
Valledupar, Cesar

Aval

Act 36



PROYECTO DE LEY 312 DE 2024 CÁMARA: "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"



PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.

Modifíquese el parágrafo 2 del numeral 5 del artículo 36 del proyecto de ley 312 de 2024 Cámara, "Por medio del cual se **transforma** el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

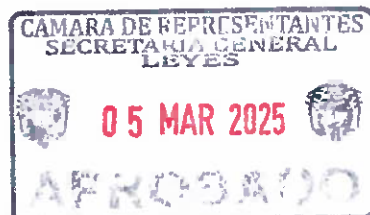
1. Articulación y coordinación con las Gestoras de Salud y Vida

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará mecanismos para garantizar en el nivel primario de atención, la disponibilidad permanente y **continúa**, de servicios en salud mental, con el propósito de prevenir y tratar los problemas psicológicos y trastornos mentales, así como hacer **acompañamiento** psicoemocional a los usuarios del sistema, para reducir las afectaciones de salud mental en la comunidad.

Atentamente

Milene Jarava Díaz

Milene Jarava Díaz
Representante a la Cámara
Departamento de Sucre.



Aval

PROYECTO DE LEY 312 DE 2024 CÁMARA: "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

CÁMARA DE REPRESENTANTES SECRETARÍA GENERAL LEYES
09 DIC 2024
RECIBIDO

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.

Modifíquese literal b del numeral 4 del artículo 36 del proyecto de ley 312 de 2024 Cámara, Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 36. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) (...)

4. Gestión intersectorial y participación social

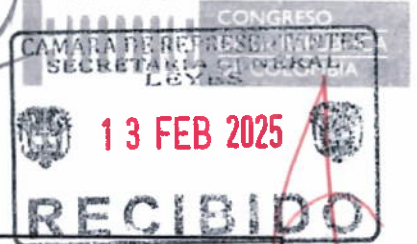
- a. Coordinar con otros sectores y actores para dar respuesta a las necesidades que afectan la salud de la población y el territorio.
- b. Garantizar la participación social y comunitaria en los procesos de **comunicación**, atención y en la planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado.
- c. Dar cumplimiento a las acciones de salud pública según la normativa vigente. (...)

Atentamente,

Milene Jarava Díaz

Milene Jarava Díaz
Representante a la Cámara
Departamento de Sucre.

CÁMARA DE REPRESENTANTES SECRETARÍA GENERAL LEYES
05 MAR 2025
APROBADO



Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara
"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones"

PROPOSICIÓN

MODIFÍQUESE EL NUMERAL 3 DEL ARTICULO 36 DEL PRESENTE PROYECTO DE LEY EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

Artículo 36. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), independiente de su naturaleza jurídica, sean gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones:

[...]

3. Administración y atención al ciudadano

Los CAPS son articuladores territoriales del sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de la población adscrita y de los que temporalmente requieran atención urgente, para lo cual contarán con un equipo técnico y se apoyarán en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).


En articulación con la Entidad Territorial harán una revisión periódica del desempeño de las Gestoras de Salud y Vida, especialmente, en el proceso de referencia y contrarreferencia, que conduzca al mejoramiento continuo.

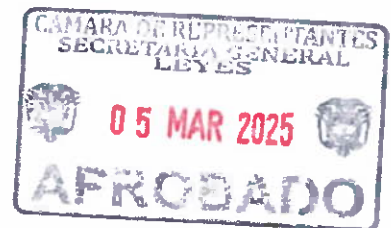
Además, en el marco de este proceso serán responsables de:

- Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques diferenciales y de género.
- Organizar la operación de los CAPS en una o más sedes según las condiciones de la población y el territorio.
- Gestionar las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad, en articulación con las Gestoras de Salud y Vida, cuando aplique.

Los CAPS implementarán estrategias para garantizar una atención digna al ciudadano, minimizando los tiempos de trámites administrativos en sus instalaciones y evitando filas y congestiones. Para ello privilegiarán el uso de las tecnologías de la información cuando corresponda, procurando una atención eficaz y transparente, evitando así las barreras que imposibilitan el acceso a los servicios de salud.

Atentamente,


Karen A. Manrique O
Representante a la Cámara
Comisión Primera
CITREP 2, Arauca.



Bogotá D.C. Diciembre 10 de 2024

Honorable Representante
Jaime Raul Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, presentamos la siguiente:

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 36, el cual quedara así:

Artículo 36. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), independiente de su naturaleza jurídica, sean gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones:

1. Adscripción poblacional

Con el objetivo de orientar la planeación y la respuesta en salud en el territorio, todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un CAPS de su preferencia en función del municipio o distrito de residencia. Para la adscripción se deberán cumplir criterios de contigüidad, cercanía y accesibilidad geográfica, garantizando la libre elección dentro de la oferta disponible de CAPS en la localidad, comuna o unidad administrativa equivalente, según reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.



Las personas podrán solicitar temporalmente la atención en salud en un sitio diferente al lugar permanente de residencia o de trabajo, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia o de trabajo, deberán adscribirse en el CAPS del respectivo municipio, localidad, comuna o unidad administrativa equivalente donde tenga su nueva residencia; de igual forma los equipos de salud territoriales informarán al CAPS las novedades de la población en el territorio asignado para la respectiva actualización de la población adscrita.

En virtud del vínculo permanente con su población adscrita y para garantizar la resolutiveidad del nivel primario, los CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de sus funciones.

2. Prestación de servicios de salud y de vigilancia en salud pública

- a. Recolectar la información de la caracterización de su territorio de salud a través de los equipos de salud territoriales.
- b. Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria, mental y ocupacional, con base en necesidades y potencialidades identificadas en el proceso de caracterización de la población.
- c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud como el primer contacto del sistema de salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias, saberes ancestrales autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- d. Garantizar a las personas el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos.
- e. Gestionar, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas para su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
- f. Desarrollar e implementar los programas de salud pública, en especial, los eventos de interés en salud pública, salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, salud sexual y reproductiva, adaptación y mitigación de los impactos del cambio climático y el cuidado de las poblaciones sujetos de especial protección constitucional, de conformidad con las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección Territorial respectiva.

- g. Prestar los servicios de salud y articular en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes para la continuidad e integralidad de la atención.
- h. Adoptar un modelo de salud que asegure la pertinencia sociocultural de los servicios de salud acorde con las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios.
- i. **Notificar ante las entidades competentes, los casos donde se sospeche maltrato infantil, violencia sexual, violencia intrafamiliar o violencias basadas en género y articular en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) la atención integral a las víctimas.**

3. Administración y atención al ciudadano

Los CAPS son articuladores territoriales del sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de la población adscrita y de los que temporalmente requieran atención urgente, para lo cual contarán con un equipo técnico y se apoyarán en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).

En articulación con la Entidad Territorial harán una revisión periódica del desempeño de las Gestoras de Salud y Vida, especialmente, en el proceso de referencia y contrarreferencia, que conduzca al mejoramiento continuo.

Además, en el marco de este proceso serán responsables de:

- a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques diferenciales y de género.
- b. Organizar la operación de los CAPS en una o más sedes según las condiciones de la población y el territorio.
- c. Gestionar las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad, en articulación con las Gestoras de Salud y Vida, cuando aplique.

Los CAPS implementarán estrategias para garantizar una atención digna al ciudadano, minimizando los tiempos de trámites administrativos en sus instalaciones y evitando filas y congestiones. Para ello privilegiarán el uso de las tecnologías de la información cuando corresponda.



Verde



4. Gestión intersectorial y participación social

- a. Coordinar con otros sectores y actores para dar respuesta a las necesidades que afectan la salud de la población y el territorio.
- b. Garantizar la participación social y comunitaria en los procesos de atención y en la planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado.
- c. Dar cumplimiento a las acciones de salud pública según la normativa vigente.

5. Articulación y coordinación con las Gestoras de Salud y Vida

- a. **Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida intercambiarán y articularán información sobre las caracterizaciones de la situación de salud de su población adscrita.**
- b. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia a través del SPUIIS. En este sentido, son responsables del uso eficiente de los recursos asignados a cada uno acorde a sus competencias y sin perjuicio del control fiscal, disciplinario y penal al que haya lugar.
- c. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida intercambiarán información constante y monitorearán el uso racional de servicios y tecnologías de su población con el fin de garantizar la pertinencia y eficiencia del gasto.
- d. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida evaluarán constantemente los resultados en salud sobre su población adscrita para garantizar la calidad de la atención en salud, con enfoques diferencial, territorial y de género.
- e. Organizar su rol en el sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio de salud asignado, de acuerdo con las RIITS habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social incluido el traslado no asistencial cuando por condiciones del territorio y de la red así lo requiera la población.
- f. Los CAPS desarrollarán mecanismos de coordinación asistencial de las RIITS, en el marco de la operación mixta, para que en conjunto con prestadores y Gestoras de Salud y Vida se genere una cadena de valor que asegure la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.



Verde

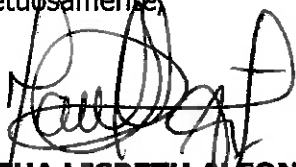


Parágrafo 1. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS) y las Instituciones de Salud del Estado (ISE) que presten servicios de baja complejidad al momento de la promulgación de la presente ley continuarán atendiendo la población que tengan asignada siempre y cuando adopten la estructura, funciones y procesos de los CAPS.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará mecanismos para garantizar en el nivel primario de atención, la disponibilidad permanente de servicios en salud mental, con el propósito de prevenir y tratar los problemas psicológicos y trastornos mentales, así como hacer acompañamiento psicoemocional a los usuarios del sistema, para reducir las afectaciones de salud mental en la comunidad.

Justificación: En numeral 2 literal 3 los CRUE porque estos se eliminaron de las funciones de las gestoras en el Numeral 14 del Artículo 28. Se agrega en el numeral 2 la función i de notificación y atención integral de las violencias basadas en género. Se agrega en el numeral 2 el intercambio de información sobre las caracterizaciones realizadas por los CAPS.

Respetuosamente,



MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde



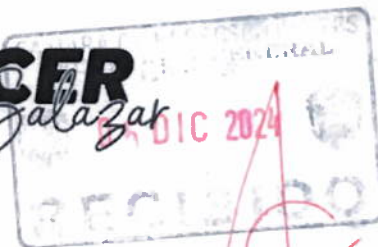
Verde



ACD
ALIANZA VERDE



ELIECER
Representante
a la Cámara



PROPOSICIÓN DE MODIFICACION

PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY No. 135 de 2024 CÁMARA

"Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

El suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición modificativa al Artículo 36, el cual quedará así:

"Artículo 36. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), independiente de su naturaleza jurídica, sean gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones:

1. Adscripción poblacional

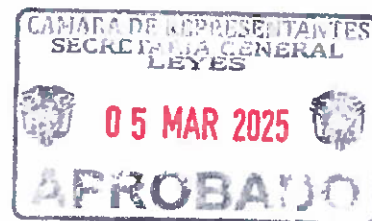
Con el objetivo de orientar la planeación y la respuesta en salud en el territorio, todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) de su preferencia en función del municipio o distrito de residencia. Para la adscripción se deberán cumplir criterios de contigüidad, cercanía y accesibilidad geográfica, garantizando la libre elección dentro de la oferta disponible de Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en la localidad, comuna o unidad administrativa equivalente, según reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las personas podrán solicitar temporalmente la atención en salud en un sitio diferente al lugar permanente de residencia o de trabajo, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia o de trabajo, deberán adscribirse en el Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) del respectivo municipio, localidad, comuna o unidad administrativa equivalente donde tenga su nueva residencia; de igual forma los equipos de salud territoriales informarán mensualmente al Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) las novedades de la población en el territorio asignado para la respectiva actualización de la población adscrita.

(...)"

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara

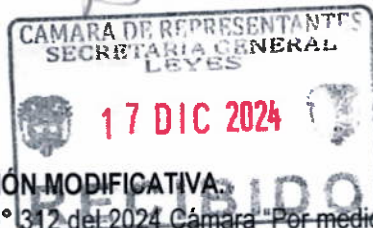


Oficina 603 - 604B
Edificio Nuevo - Capitolio Nacional
Bogotá D.C.

Carrera 12 No. 13B-16
Celular: 3135740221
Valledupar, Cesar



Cámara
de Representantes



ART 36
PEDRO SUÁREZ VACCA
REPRESENTANTE
POR BOYACÁ

2:30p

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE el artículo 36° del Proyecto de Ley N° 312 del 2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones" el cual quedará así,

Artículo 36. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), independiente de su naturaleza jurídica, sean gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones:

(...)

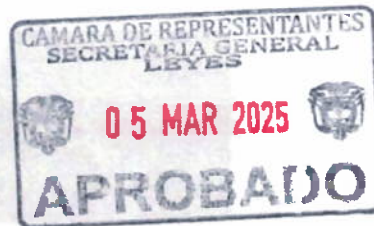
Los CAPS implementarán estrategias para garantizar una atención digna al ciudadano, minimizando los tiempos de trámites administrativos en sus instalaciones y evitando filas y congestiones. Para ello privilegiarán el uso de las tecnologías de la información cuando corresponda. Además, de adaptar su infraestructura y procedimientos administrativos para asegurar la accesibilidad de las personas con discapacidad y otras poblaciones vulnerables.

(...)

Atentamente,


PEDRO JOSÉ SUÁREZ VACCA

Representante a la Cámara por Boyacá
Pacto Histórico.



AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Cra. 7ª No. 8-680/c 330B – Cel: (+57) 3203794708
Tel: (+57) (601) 3904050 Ext. 3269 - 3291
pedro.suarez@camara.gov.co / suarezvacca.camara@gmail.com
Bogotá, D.C. – Colombia



@suarezvacca



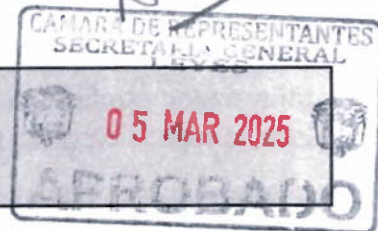
Pedro José Suárez Vacca



320 3794708



PROPOSICIÓN MODIFICATIVA



MODIFIQUESE EL ARTÍCULO 37 DEL CAPÍTULO II DEL TÍTULO IV AL PROYECTO DE LEY NO. 312-2024C POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES, EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

Artículo 37. Sistema de referencia y contrarreferencia. Es el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permitirán prestar adecuadamente los servicios de salud de las personas, garantizando la continuidad e integralidad de los servicios en las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS) que operan en las subregiones funcionales para la gestión en salud.

Se entiende por resolver una referencia: programar y conseguir la atención que el paciente requiere, agenciando debidamente el tránsito a través de las RIITS, en los servicios e instituciones que le permita atención integral. El sistema de referencia y contrarreferencia debe garantizar entre otros los atributos de la calidad: acceso, oportunidad, continuidad, pertinencia y suficiencia. En todo caso, la organización del sistema de referencia y contra referencia garantizará que el usuario pueda transitar al interior de las RIITS, sin ningún trámite adicional a la prescripción del profesional.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de los niveles primario y complementario establecerán los mecanismos para resolver las solicitudes del sistema de referencia y contrarreferencia, de manera oportuna y adecuada, para lo cual serán responsables de la atención de los requerimientos de dicho sistema, lo que incluye la disposición pública y en línea de la agenda de sus servicios y de las listas de espera.

La ordenación de la referencia no exime al generador de la misma de la responsabilidad clínica del paciente hasta la confirmación de la recepción del mismo en la institución que lo recibe.

Las Gestoras de Salud y Vida deberán contar con una plataforma de información y comunicación interoperable en línea que resuelva la referencia y contrarreferencia de pacientes de manera eficiente y oportuna y permita tener la trazabilidad del caso, la cual deberá estar integrada al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). Los reportes requeridos deberán estar disponibles tanto para la coordinación de las RIITS, en los servicios e instituciones que les permitan atención integral.

El sistema de referencia y contrarreferencia permitirá, a través de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de las RIITS, en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso,

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Edificio Nuevo del Congreso - Carrera 7 #8-62, oficina 505 B.
Teléfonos: 3823000 - correo electrónico: duvalier.sanchez@camara.gov.co

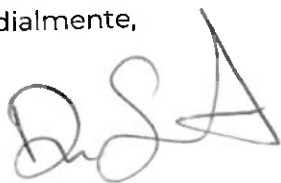
garantizado confidencialidad de la información sensible. Así mismo, se propenderá porque el usuario pueda elegir el prestador según la disponibilidad y la oportunidad existente.

El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del término de seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley reglamentará el sistema de referencia y contrarreferencia, la organización, gestión y operación de las RIITS, mediante instancias de coordinación regional, departamental, distrital y municipal, direcciones territoriales de salud y sus centros reguladores de urgencias y emergencias, las Gestoras de Salud y Vida y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá métodos, procedimientos y políticas que permitan hacer seguimiento y control cuando la atención de las personas supere la oferta disponible de servicios en los territorios. **Y garantizará que, pese a esta escasez de oferta en los territorios, la ciudadanía siga teniendo un acceso continuo y de calidad a servicios de salud.**

(...)

Cordialmente,



DUVALIER SÁNCHEZ ARANGO

Representante a la Cámara – Valle del Cauca
Partido Alianza Verde

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Edificio Nuevo del Congreso - Carrera 7 #8-62, oficina 505 B.
Teléfonos: 3823000 - correo electrónico: duvalier.sanchez@camara.gov.co

Justificación

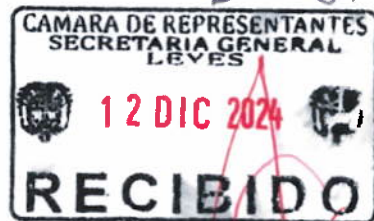
El cambio que se plantea para el sistema de salud debe velar por una garantía de los derechos de los ciudadanos. Teniendo presente que el artículo concerniente al tema de referencias y contrarreferencias, tiene en cuenta un escenario en el cual, dado el monto de contrarreferencias asignadas a un territorio, la cantidad de personas que lleguen a requerir atención puede superar la oferta disponible de servicios en los territorios.

Así, se hace necesario que el articulado garantice que pese a esta escasez de oferta de servicios de salud que puede haber en un territorio, la ciudadanía tenga un acceso continuo y de calidad al sistema de salud.

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Edificio Nuevo del Congreso - Carrera 7 #8-62, oficina 505 B.
Teléfonos: 3823000 - correo electrónico: duvalier.sanchez@camara.gov.co

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA



Proposición modificatoria Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Modifíquese el **parágrafo** del artículo 37 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 37. Sistema de referencia y contrarreferencia. Es el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permitirán prestar adecuadamente los servicios de salud de las personas, garantizando la continuidad e integralidad de los servicios en las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS) que operan en las subregiones funcionales para la gestión en salud.


(...)

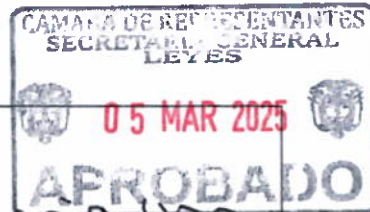
Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá mediante resolución la metodología para el cálculo de las tarifas en el sistema de referencia y contrarreferencia por concepto de traslado asistencial de ~~baja y mediana~~ complejidad, teniendo en cuenta la distancia del recorrido, la región geográfica, la modalidad de transporte, entre otros.

Atentamente.

 Octavio	 Maria Eudina
 Nani	 Juan Camilo Lora
 Alexander Barrios	 Alvaro

German Jimenez


Camilo Avila



RECIBIDO
15 DIC 2024
CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL

PROPOSICION MODIFICATIVA

PROYECTO DE LEY N° 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY N° 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 37 del proyecto de ley, el cual, quedará así:



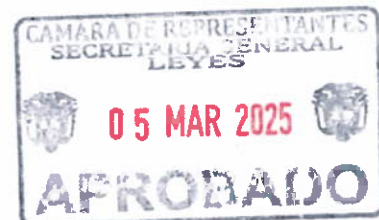
Artículo 37. Sistema de referencia y contrarreferencia. Es el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permitirán prestar adecuadamente los servicios de salud de las personas, garantizando la continuidad e integralidad de los servicios en las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS) que operan en las subregiones funcionales para la gestión en salud.

(...)

Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social a partir de la información de referencia y contrarreferencia fomentará la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades con mayor incidencia y prevalencia en los territorios para la gestión en salud.

De los Honorables Representantes

CARLOS FELIPE QUINTERO OVALLE
Representante a la Cámara
Departamento de Cesar



PBX: 3904050
Ext.4014



carlos.quintero@camara.gov.co



Carrera 7ª N° 8-68 Edificio
Nuevo del Congreso Of. 550B

PROYECTO DE LEY 312 DE 2024 CÁMARA: "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA
EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Proposición Aditiva.

Adiciónese un nuevo párrafo al artículo 38 del proyecto de ley 312 de 2024: "Por medio del cual se transforma el sistema de salud y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

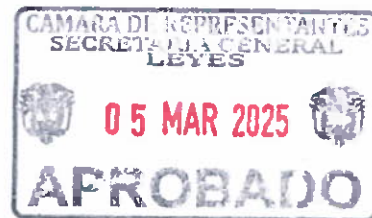
Artículo 38. Prestación de servicios de salud especiales para personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas. (...)

Parágrafo. En circunstancias excepcionales como la falta de disponibilidad de los medicamentos o tecnologías requeridas en el territorio, la complejidad de los tratamientos o la inexistencia de infraestructura adecuada en algunas regiones, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá autorizar la prestación de los servicios a través de mecanismos alternativos de atención. En estos casos, se deberá garantizar que los costos sean cubiertos de manera integral y equitativa, sin perjuicio de los derechos del paciente a recibir atención oportuna.

Atentamente,

Milene Jarava Díaz

Milene Jarava Díaz
Representante a la Cámara
Departamento de Sucre.



8:50am

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

KATHERINE MIRANDA

Sustitúyase el artículo 39 del proyecto de Ley 319 de 2024 Cámara de Representantes "Por medio del cual se modifica el sistema de salud", por el siguiente artículo:

Artículo 39. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital. Las direcciones departamentales y distritales de Salud crearán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como dependencias técnicas desconcentradas, encargadas de garantizar el manejo eficiente de los recursos asignados y brindar asistencia técnica a los municipios en la planeación en salud.

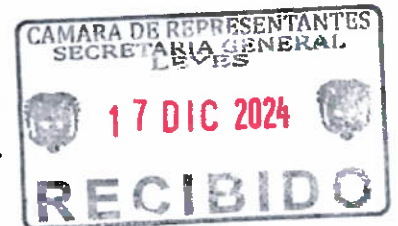
Estas Unidades analizarán periódicamente las actividades realizadas y los recursos ejecutados por los municipios o localidades bajo su supervisión, con el fin de evaluar el cumplimiento de los objetivos de Atención Primaria en Salud (APS) y el logro de metas establecidas. Presentarán informes trimestrales de evaluación a los municipios o distritos, a las Secretarías de Salud departamentales o distritales, a las organizaciones comunitarias y a los organismos de control, conforme a los términos que establezca el reglamento.

Adicionalmente, las Unidades Zonales realizarán seguimiento a los convenios de desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), verificando el cumplimiento de estándares administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad definidos por la autoridad competente.

Para el financiamiento de las Unidades Zonales y de los planes de mejoramiento institucional de las direcciones departamentales y distritales de salud, se destinará hasta el uno por ciento (1%) del presupuesto asignado al aseguramiento social en salud del Fondo Único de Salud, según lo reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social. Este financiamiento incluirá el fortalecimiento de los laboratorios departamentales y distritales de salud pública, así como el desarrollo gradual de capacidades de gestión en las direcciones territoriales de salud, priorizando a aquellas entidades con mayor ruralidad y dispersión poblacional.

Katherine Miranda P.

KATHERINE MIRANDA
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde



9:29 am
Y-



1801 11/17/18



CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá



Handwritten notes: "CATHY JUVINAO", "Art 40", "2:05", and a checkmark.

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 40 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 40. Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). El objeto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), será la prestación de servicios de salud, con carácter social, como un servicio público esencial a cargo del Estado.

Las ISE constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o por los concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley.

Las ISE se someterán al siguiente régimen jurídico:

1. En su denominación se incluirá la expresión "Instituciones de Salud del Estado" (ISE).
2. Conservarán el régimen presupuestal en los términos en que lo prevé el artículo 5 del Decreto 111 de 1996 y en esta materia las Empresas Sociales del Estado (ESE) se entienden homologadas a las ISE.
3. Podrán recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales.
4. Para efectos tributarios se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las tipologías y clasificará las ISE, las cuales serán Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en el nivel primario y de mediana y alta complejidad en el complementario. Las ISE podrán prestar servicios itinerantes o ambulantes, cuando las condiciones poblacionales y territoriales así lo ameriten.

En materia contractual, las ISE se regirán por el derecho privado para lo cual el Consejo Directivo aprobará el manual de contratación respectivo; sin perjuicio, del uso discrecional

🐦@CathyJuvinao 📧@cathy_juvinao 📺Cathy Juvinao - Fuera Vagos 🎧@CathyJuvinao

🌐www.cathyjuvinao.com 📞314 3341374 ✉catherine.juvinao@camara.gov.co 📍Calle 10 N° 7-50 OF301/ Capitolio Nacional

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO

Representante a la Cámara por Bogotá

de las cláusulas excepcionales previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos para que los Consejos Directivos adopten el Estatuto de Contratación de las ISE.

La contratación suscrita por las Instituciones de Salud del Estado – ISE y la ejecución de los proyectos de inversión cuyos recursos son asignados por el Ministerio de Salud y Protección Social, deberán estar consignados en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS.

El Ministerio de Salud y Protección Social regulará los mecanismos de compras conjuntas o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país y generará modelos de gestión que permitan disminuir el precio de los mismos.

Así mismo coordinará con Colombia Compra Eficiente y con el Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA) previsto en la presente Ley, o quien haga sus veces, la generación de mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las ISE.

Parágrafo 1. El Instituto Nacional de Cancerología se regirá por las disposiciones de carácter especial que lo regulan.

Parágrafo 2. Los municipios que, al momento de expedida la presente Ley identifiquen la necesidad de contar con un prestador público de servicios de salud o ampliar los servicios de los existentes, podrán hacerlo, con el acompañamiento técnico del Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 3. Los departamentos, distritos y municipios que así lo definan, podrán estructurar ISE subregionales, creadas por Ordenanza o Acuerdo, conforme con el modelo de territorialización sanitaria definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, que integren varios municipios, organizados en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud (RIITS), o mantener los modelos de organización en red creados por Ordenanzas o Acuerdos.

Atentamente,


CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

🐦@CathyJuvinao @cathy_juvinao 📠Cathy Juvinao - Fuera Vagos 📞@CathyJuvinao

🌐 www.cathyjuvinao.com 📞 314 3341374 📧 catherine.juvinao@camara.gov.co 📍 Calle 10 N° 7-50 OF301/ Capitolio Nacional

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presento

PROPOSICIÓN ADITIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

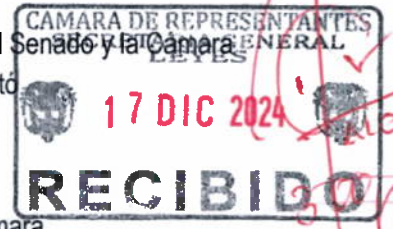
Adiciónese un párrafo al artículo 40° de del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, el cual quedará así:

Parágrafo X: Las ISE deberán incorporar, en su estructura de gobernanza, espacios formales de participación comunitaria y mecanismos de rendición de cuentas periódicas ante las organizaciones de la sociedad civil, las veedurías ciudadanas y los consejos territoriales de salud, con el fin de asegurar la transparencia, la vigilancia social y la alineación de las ISE con las necesidades y expectativas de la población.

SARMIENTO HIDALGO

EDUARD SARMIENTO HIDALGO

Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

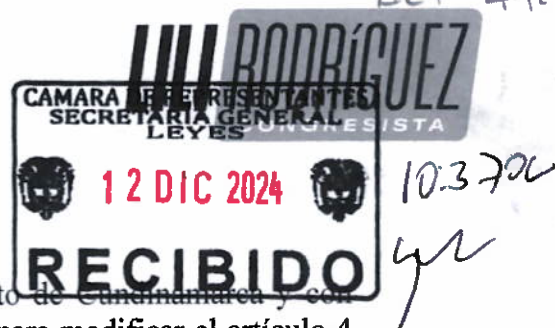


JUSTIFICACIÓN

La proposición presentada encuentra su fundamento más profundo en los principios constitucionales de participación ciudadana y transparencia en la gestión pública. La Constitución Política de Colombia, específicamente en sus artículos 2 y 270, establece como uno de los fines esenciales del Estado facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y promover el control ciudadano sobre la administración pública. En este contexto, la propuesta de adicionar un párrafo al artículo 4° del Proyecto de Ley que busca reformar el régimen de salud colombiano representa un avance significativo en la democratización del sistema de salud.

El marco normativo colombiano ha venido desarrollando un robusto sistema de participación ciudadana, materializado en leyes como la 850 de 2003 de Veedurías Ciudadanas y la 1757 de 2015 de Promoción y Protección del Derecho a la Participación Democrática. Aunado a ello, la proposición se alinea perfectamente con estos desarrollos legislativos, al proponer mecanismos concretos de participación e incidencia de la sociedad civil en la gobernanza de las Instituciones de Salud Especiales (ISE).

La innovación principal radica en la creación de espacios formales de participación comunitaria y rendición de cuentas. Esta propuesta va más allá de los mecanismos tradicionales de control, al establecer una interacción orgánica entre las instituciones de salud y las comunidades a las que sirven. Se busca transformar la relación entre el sistema de salud y la ciudadanía, pasando de un modelo unidireccional a uno participativo y transparente, donde las organizaciones sociales, veedurías ciudadanas y consejos territoriales de salud tengan un rol activo en la definición y evaluación de las políticas de salud, lo anterior, justifica que no es una adición caprichosa, sino por el contrario un verdadero medio de participación activo dentro del nuevo sistema planteado en la reforma.



En mi condición de Representante a la Cámara del Departamento de Cundinamarca y con sustento en la ley 5ta de 1992, me permito presentar proposición para modificar el artículo 4 del Proyecto de Ley N° 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”, el cual quedará de la siguiente manera:

Artículo del Proyecto de Ley	Proposición Modificativa
<p>Artículo 41. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se regirán por presupuestos, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de las subregiones funcionales para la gestión en salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>El presupuesto de las ISE se elaborará teniendo en cuenta:</p> <ol style="list-style-type: none">La tipología y nivel de cada ISE.El portafolio de servicios, de acuerdo con el plan de salud, la tipología y nivel.Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población.El costo del trabajo del personal sanitario, medicamentos, suministros y gastos que complementen la atención, para garantizar la disponibilidad del portafolio de servicios de acuerdo con la demanda y el plan de salud.Los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. <p>En ningún caso, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), o las autoridades territoriales, según corresponda, podrán autorizar</p>	<p>Artículo 41. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se regirán por presupuestos, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de las subregiones funcionales para la gestión en salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>El presupuesto de las ISE se elaborará teniendo en cuenta:</p> <ol style="list-style-type: none">La tipología y nivel de cada ISE.El portafolio de servicios, de acuerdo con el plan de salud, la tipología y nivel.Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población.El costo del trabajo del personal sanitario, medicamentos, suministros y gastos que complementen la atención, para garantizar la disponibilidad del portafolio de servicios de acuerdo con la demanda y el plan de salud.Los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. <p>En ningún caso, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), o las autoridades territoriales, según corresponda, podrán autorizar gastos en el presupuesto para pagar los servicios de salud a su</p>

gastos en el presupuesto para pagar los servicios de salud a su cargo, por fuera de los estándares de eficiencia establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el caso de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) se asignará – para garantizar una oferta adecuada – un per cápita con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes, de acuerdo con presupuestos que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño.

Para la aprobación del presupuesto de las ISE se deberá adelantar el trámite definido en la respectiva jurisdicción territorial, de acuerdo con la normativa presupuestal que regule la materia.

Cuando la ISE vaya a contar con cofinanciación del presupuesto por parte del nivel Nacional, de manera previa, se deberá remitir al Ministerio de Salud y Protección Social para examinar su coherencia financiera y su conformidad con las normas presupuestales.

Con cargo al Presupuesto General de la Nación, el Gobierno nacional podrá destinar recursos anuales para el proceso de formalización laboral, previo cumplimiento de los requisitos exigidos en la Ley.

El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos que se requieran para el desarrollo del presente artículo.

Parágrafo 1. Las ISE de mediana o alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales.

Parágrafo 2. Las Direcciones Territoriales, Departamentales y Distritales de Salud y las Secretarías de Salud Municipales organizarán el

cargo, por fuera de los estándares de eficiencia establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el caso de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) se asignará – para garantizar una oferta adecuada – un per cápita con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes, de acuerdo con presupuestos que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño.

Para la aprobación del presupuesto de las ISE se deberá adelantar el trámite definido en la respectiva jurisdicción territorial, de acuerdo con la normativa presupuestal que regule la materia. **De igual manera se deberá realizar un informe anual por parte del Consejo Directivo detallando el rendimiento financiero, los gastos y demás aspectos que sustenten los requerimientos de presupuesto.**

Cuando la ISE vaya a contar con cofinanciación del presupuesto por parte del nivel Nacional, de manera previa, se deberá remitir al Ministerio de Salud y Protección Social para examinar su coherencia financiera y su conformidad con las normas presupuestales.

Con cargo al Presupuesto General de la Nación, el Gobierno nacional podrá destinar recursos anuales para el proceso de formalización laboral, previo cumplimiento de los requisitos exigidos en la Ley.

El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos que se requieran para el desarrollo del presente artículo.

Parágrafo 1. Las ISE de mediana o alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales.



Page 1 of 1

10/10/2010 10:10:10 AM

10/10/2010 10:10:10 AM

PROPOSICIÓN ELIMINATORIA No.

AL ARTICULO 42 DEL PROYECTO DE LEY N° 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY N° 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

~~Artículo 42-4 Órganos de dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), estará a cargo de un Consejo Directivo y de un director. El nombramiento del Director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con el cargo se harán de acuerdo con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016. Los requisitos para el cargo de director son los establecidos en el artículo 22 del Decreto 785 de 2005. La escogencia de los directores de las ISE se efectuará por cada gobernador o alcalde, entre aspirantes que hayan validado sus competencias mediante examen nacional organizado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Comisión Nacional del Servicio Civil, considerando los diferentes niveles de complejidad de los servicios. El Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) del orden territorial estará integrado de la siguiente manera: 1. El gobernador o el alcalde distrital o municipal, o su delegado, según corresponda, quien la presidirá. 2. El director territorial de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado. 3. El director territorial de planeación o quien haga sus veces de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado. 4. Un (1) representante de las comunidades, designado por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de Salud. 5. Un (1) representante de los trabajadores de la salud de la institución.~~

~~Parágrafo 1. Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para el periodo inmediatamente siguiente.~~

~~Parágrafo 2. Cuando la Institución de Salud del Estado (ISE) tenga sedes en más de un (1) municipio, incluirá en su consejo directivo, al secretario de los respectivos municipios.~~

De los Honorables Representantes,


ANDRES FELIPE JIMÉNEZ VARGAS
Representante a la Cámara
Circunscripción Antioquia
Partido Conservador



PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.

Modifíquese el inciso primero del **ARTÍCULO 43** del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

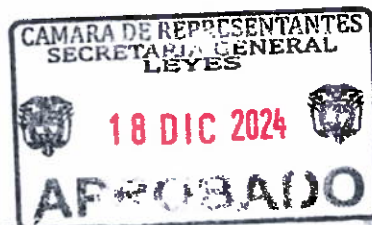
Artículo 43. Instituciones Entidades de Salud del Estado Itinerantes. Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos, zonas rurales, o de difícil acceso geográfico, operarán **Instituciones Entidades** de Salud del Estado Itinerantes del orden nacional, que prestarán atención básica, preventiva y especializada; las cuales deberán contar con equipos de última tecnología, suministros médicos, medicamentos, equipos de diagnóstico y personal de salud con experiencia en atención a personas en entornos ambulantes.

Las **Instituciones Entidades** de Salud del Estado Itinerantes podrán operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, demás deberá promover el acompañamiento de los Organismos Internacionales Protegidos por el Derecho Internacional Humanitario. La atención itinerante o ambulante se priorizará en los municipios vinculados los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC).

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará los mecanismos para que, en el marco de la operación de las **Instituciones Entidades** de Salud del Estado Itinerantes, en articulación con ellas, se garantice el transporte multimodal "aéreo, marítimo, fluvial, terrestre" en departamentos fronterizos, insulares y de difícil acceso.

Del Honorable Congresista,

JORGE RODRIGO TOVAR VELEZ
Representante a la Cámara
CITREP No. 12 Cesar, Magdalena y La Guajira
Asociación Paz es Vida (Pa-Vida)



3:58pm

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



• Cra 7 8-68 Edificio Nuevo del Congreso oficinas 430B-431B
✉ utiljorge-tovar@camara.gov.co • [jorgerodrigotovar.com](https://www.jorgerodrigotovar.com)
f [jorgerodrigotovar](#) | @ [jorgerodrigotv](#) | [jorgerodrigotv](#)

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 44 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 44. Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH). Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación de la red pública Hospitalaria (FIDH) como un fondo cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica y sin estructura administrativa propia, cuyo objeto es el de promover, apoyar y/o en articulación con las entidades territoriales ejecutar la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria.

(...)

esta suma 108 A/ful 11



3:03p

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

APPROVED
JAN 10 1944
U.S. DEPT. OF AGRICULTURE
OFFICE OF THE SECRETARY

1944



PROPOSICIÓN ADITIVA

PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY No. 135 de 2024 CÁMARA

“Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”.

El suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición aditiva artículo 43, en el sentido de incluir un párrafo nuevo al numeral 2 del artículo 43, el cual quedará así:

“Artículo 43. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará:

1...

(...)

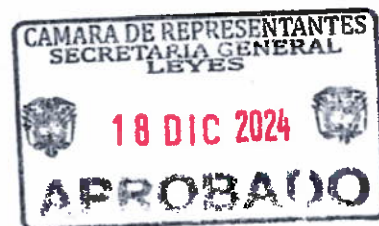
2. Asignación de becas: El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de las...

Parágrafo nuevo. Los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, en un término no mayor a seis (6) meses una vez expedida la presente Ley, reglamentarán lo dispuesto en este artículo, y realizarán una evaluación respecto de las necesidades de especializaciones y segundas especializaciones médico-quirúrgicas en el país, orientada a la formación y regulación del Talento Humano en Salud.

3. (...)”

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara



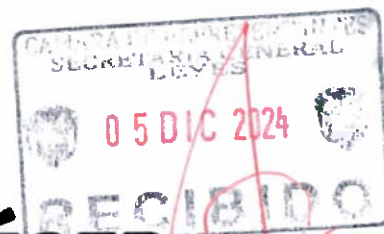
Oficina 603 - 604B
Edificio Nuevo - Capitolio Nacional
Bogotá D.C.

Carrera 12 No. 13B-16
Celular: 3135740221
Valledupar, Cesar



Dec 45
08c

ELIECER
Representante
a la Cámara
Salazar



Act 43

946w

PROPOSICIÓN DE MODIFICACION

PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY No. 135 de 2024 CÁMARA

“Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”.

El suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición modificativa al párrafo 2, del numeral 2 del artículo 43, el cual quedará así:

“Artículo 43. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará:

1...
(...)

2. Asignación de becas: ...

Parágrafo 1. Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo asistencial y/o docencia remunerado, en las regiones con requerimientos de dicho personal. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo establecido en el presente párrafo.

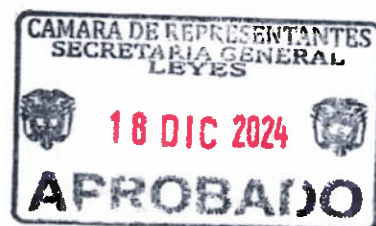
Parágrafo 2. Para la financiación de las becas se aunarán esfuerzos y recursos que destinen el Gobierno nacional, entidades territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Instituciones de Educación Superior.

(...)”

Jose Eliecer Salazar Lopez

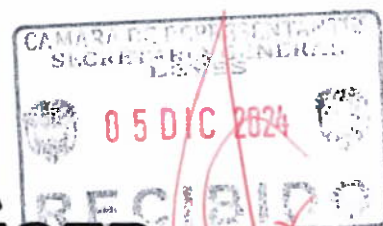
JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara



Oficina 603 - 604B
Edificio Nuevo - Capitolio Nacional
Bogotá D.C.

Carrera 12 No. 13B-16
Celular: 3135740221
Valledupar, Cesar



AL 45

PROPOSICIÓN DE MODIFICACION

PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY No. 135 de 2024 CÁMARA

“Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”.

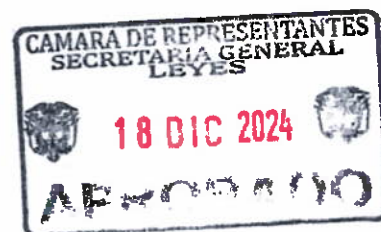
El suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición modificativa al numeral 2 del artículo 43, el cual quedará así:

“Artículo 43. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará:

1.(...)

- 2. Asignación de becas:** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de las becas para cubrir los costos académicos y de sostenimiento, que se distribuirán, en el caso de pregrado, en las Instituciones de Educación Superior Públicas que aumenten los cupos para estos programas de salud, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado, garantizando equidad regional para que haya mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.

(...)”



JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara

Oficina 603 - 604B
Edificio Nuevo - Capitolio Nacional
Bogotá D.C.

Carrera 12 No. 13B-16
Celular: 3135740221
Valledupar, Cesar



050 45 AVAL

ELIECER
Representante
a la Cámara

Salazar

18 DIC 2024

AL-45

PROPOSICIÓN DE MODIFICACION

PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY No. 135 de 2024 CÁMARA

"Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

El suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición modificativa al artículo 43, el cual quedará así:

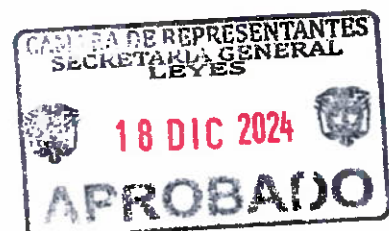
"Artículo 43. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará:

1. El examen nacional único habilitante para admisión a las especialidades médico - quirúrgicas en las Instituciones de Educación Superior públicas y privadas. Para el acceso a los programas de especialización médico - quirúrgicas los aspirantes deberán presentar un examen nacional habilitante por especialidad médico - quirúrgica y superar el puntaje mínimo que será establecido por los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, con la participación de las Instituciones de Educación Superior. Estas Las Instituciones de Educación Superior definirán los criterios definitivos de admisión a estos programas, que en todo caso deberán tener en cuenta los resultados del examen único nacional aquí establecido.

(...)"

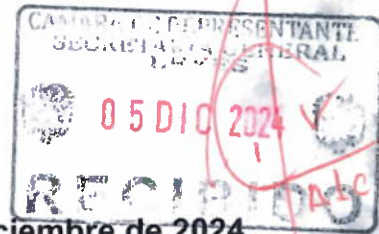
JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara



Oficina 603 - 604B
Edificio Nuevo - Capitolio Nacional
Bogotá D.C.

Carrera 12 No. 13B-16
Celular: 3135740221
Valledupar, Cesar



Bogotá D.C., diciembre de 2024

Honorable Representante
GERARDO YEPES CARO
Presidente
Comisión Séptima Constitucional Permanente
Cámara de Representantes



PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 45 del PL 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 45. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará:

1. El examen nacional único habilitante para admisión a las especialidades médico - quirúrgicas. Para el acceso a los programas de especialización médico – quirúrgicas los aspirantes deberán presentar un examen nacional habilitante por especialidad médico - quirúrgica y superar el puntaje mínimo que será establecido por los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, con la participación de las Instituciones de Educación Superior, las cuales definirán los criterios definitivos de admisión a estos programas, que en todo caso deberán tener en cuenta los resultados del examen único nacional aquí establecido.

2. Asignación de becas. El Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá la forma de asignación de las becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado, garantizando equidad regional para que haya mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel: 390 4050 ext. 4044 – 3691 / Correo electrónico: mfc@mafecarrascal.com

Parágrafo 1. Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo asistencial y/o docencia remunerado, en las regiones con requerimientos de dicho personal. El Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Ministerio de Trabajo, reglamentarán lo establecido en el presente parágrafo.

Parágrafo 2. Para la financiación de las becas se aunarán esfuerzos y recursos que destine el Gobierno nacional, entidades territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones de Salud y las Instituciones de Educación Superior.

3. Ampliación de cupos de docencia-servicio. Con el fin de aumentar los cupos para la formación del talento humano en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizará los criterios de docencia servicio, y definirá la cantidad mínima de cupos que toda Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS) deberá tener tanto en nivel primario como en el complementario. Desarrollará un programa de inversión para que todas las Instituciones de Salud del Estado (ISE) sean reconocidas como escenarios de docencia - servicio. En la red pública hospitalaria se privilegiarán a las Instituciones de Educación Superior pública para el establecimiento de convenios docencia – servicio.

JUSTIFICACIÓN

En relación a los criterios de retribución y la remuneración del trabajo asistencia o de la docencia, consideramos que es valioso que el Ministerio del Trabajo también intervenga junto al Ministerio de Protección Social, en la reglamentación en el tiempo de duración en el equilibrio de la duración del estudio con las opciones de trabajo que indican en este parágrafo.

Atentamente.



MARÍA FERNANDA CARRASCAL ROJAS
Representante a la Cámara por Bogotá

AQUIVIVE LA DEMOCRACIA

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Modifíquese un numeral segundo del **ARTÍCULO 45** del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:


Artículo 45. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará:

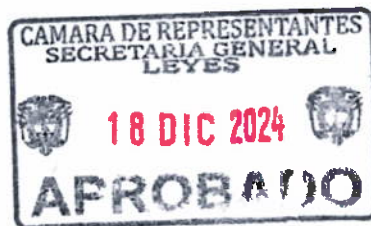
(...)

1. **Asignación de becas:** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de las becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado, garantizando equidad regional para garantizar que haya mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.

(...)

Del Honorable Congresista,


JORGE RODRIGO TOVAR VÉLEZ
Representante a la Cámara
CITREP No. 12 Cesar, Magdalena y La Guajira
Asociación Paz es Vida (Pa-Vida)



AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



• Cra 7 8-88 Edificio Nuevo del Congreso oficinas 430B-431B
✉ utljorge-tovar@camara.gov.co • jorgerodrigotovar.com
f jorgerodrigotovar | @jorgerodrigotv | jorgerodrigotv

RECIBIDO
15 DIC 2024
CAMARA DE REPRESENTANTES
GOBIERNO GENERAL

PROPOSICIÓN ADITIVA


Adiciónese un párrafo nuevo al **ARTÍCULO 45** del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 **Cámara acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** "Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

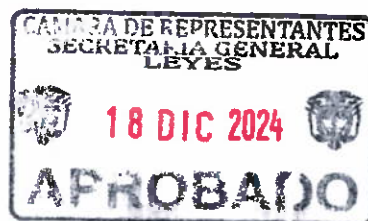
Artículo 45. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará:

(...)

Parágrafo Nuevo. El Gobierno Nacional en coordinación con las Entidades Territoriales garantizará que las zonas rurales y rurales dispersas tengan acceso y conocimiento a los Programas de Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud, para lo cual adoptará las medidas tendientes a suplir aquellos casos en los que la población no cuente con conectividad digital y/o red móvil, mediante la elaboración de folletos, revistas y jornadas médicas presenciales encabezadas por las Direcciones Municipales y/o Distritales de Salud, o quien haga sus veces, con el acompañamiento de las Secretarías u Oficinas Territoriales de Salud.

Del Honorable Congresista,


JORGE RODRIGO TOVAR VÉLEZ
Representante a la Cámara
CITREP No. 12 Cesar, Magdalena y La Guajira
Asociación Paz es Vida (Pa-Vida)



AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



• Cra 7 8-68 Edificio Nuevo del Congreso oficinas 430B-431B
✉ uti.jorge-tovar@camara.gov.co | [jorgerodrigotovar.com](https://www.jorgerodrigotovar.com)
f [jorgerodrigotovar](https://www.facebook.com/jorgerodrigotovar) | @jorgerodrigotv | [jorgerodrigotv](https://www.youtube.com/channel/UCjorgerodrigotv)

RECEIVED
15 DEC 2004
CANADA DE REPRESEN
REPRESENTATIVE

RECEIVED
15 DEC 2004
CANADA DE REPRESEN
REPRESENTATIVE

RECEIVED
15 DEC 2004
CANADA DE REPRESEN
REPRESENTATIVE

Acord

PROPOSICIÓN

Modifíquese el numeral segundo del artículo 45 del texto propuesto para segundo debate en la plenaria de la Cámara de Representantes del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”, el cual quedaría así:

2. **Asignación de becas:** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de las becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado y Personas en Proceso de Reincorporación, garantizando equidad regional para que haya mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.

Atentamente

Alfonso Pardo
Alfonso Pardo

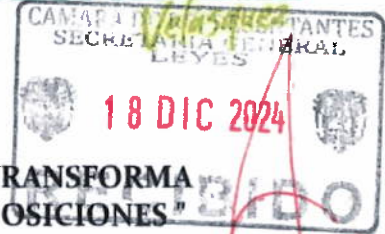


1:06 pm.

Acá

OLGALUCÍA

Art 45



PROPOSICIÓN ADITIVA

Proyecto de Ley No. 312 de Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Agréguense un numeral 4 al artículo 45, el cual quedará así:

(...)

4. El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Educación desarrollarán los lineamientos y contenidos para el fortalecimiento de la resolutividad de los profesionales del área de la salud para identificar de manera temprana las diferentes patologías, incluyendo las relacionadas con la salud mental.

[Handwritten signature]

OLGA LUCIA VELÁSQUEZ NIETO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza Verde



Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presentó

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"


Modifíquese el artículo 46° de del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, el cual quedará así:

Artículo 46. Identificación Única del Talento Humano en Salud. La identificación del talento humano en salud se consultará por medio del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS). El cumplimiento de los requisitos para ejercer el nivel técnico profesional, tecnológico, profesión u ocupación, se verificará a través del ReTHUS.

El costo del proceso de validación, verificación e inscripción por primera vez en el ReTHUS se tasaré de la siguiente manera:

- El equivalente a nueve (9) salarios diarios mínimos legales vigentes, cuando el número de graduados reportado por el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES) para las profesiones asociadas al colegio o consejo profesional sea entre uno (1) y tres mil (3.000) al año.
- El equivalente a siete (7) salarios diarios mínimos legales vigentes para aquellas profesiones que reporten un número de graduados de más de tres mil (3.000), a el año en que se realice la fecha de la solicitud.

Para el registro de novedades y expedición de duplicados el costo será del 40% del valor de la inscripción por primera vez.


EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO



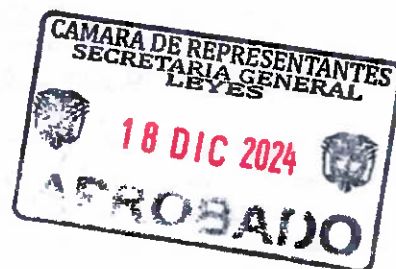
1905, 2117 1/2

1905, 2117 1/2
1905, 2117 1/2
1905, 2117 1/2



Bogotá D.C., diciembre de 2024

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes



PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 47 del PL 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 47. Régimen Laboral de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). En los términos de la normatividad vigente, los servidores públicos de la salud, **salvo excepciones establecidas en la ley o pactadas con las organizaciones sindicales**, seguirán siendo de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y trabajadores oficiales.

Los servidores públicos de instituciones de salud mixtas con participación del Estado igual o superior al noventa por ciento (90%), se regirán por la presente Ley.

Son normas ~~especiales~~ y generales del régimen laboral de los servidores de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), las siguientes:

1. El Gobierno nacional y las respectivas autoridades competentes en el orden territorial, en la norma que defina la planta del personal de la Institución de Salud del Estado (ISE), señalará el número de servidores públicos de la salud requerido para la prestación de servicios, su modalidad y naturaleza, de acuerdo con la ley, las tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado (ISE) que determine el Gobierno nacional.
2. En materia de la jornada laboral, los servidores públicos de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 y por el Decreto 400 de 2021, o por las normas que los modifiquen, adicionen, o sustituyan.
3. Para la negociación de los servidores públicos se aplicará la Constitución, los acuerdos internacionales de la OIT ratificados por Colombia, las leyes, los decretos y lo dispuesto en

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel: 390 4050 ext. 4044 - 3691 / Correo electrónico: mfc@mafecarrascal.com

el artículo 9 de la Ley 4ª de 1992, según el caso. A los trabajadores oficiales, además de lo anterior, les serán aplicables lo que resulte de sus respectivos acuerdos o convenciones colectivas.

4. En lo relacionado con la administración del personal, a los servidores públicos de la salud les serán aplicables, en lo pertinente, las disposiciones que en materia de empleo público se encuentren vigentes además de las que las reglamenten, modifiquen o sustituyan y se armonicen con lo dispuesto en la Ley 10 de 1990.

5. La remuneración de los empleados públicos de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) será fijada por las respectivas autoridades competentes, con sujeción a las previsiones de la ley 4ª de 1992 y el resultado de las negociaciones **colectivas** de las condiciones de empleo. En ningún nivel territorial se estará sujeto a los límites que en materia salarial establece la Ley 617 de 2000.

Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la vigencia de la presente Ley, conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva Institución de Salud del Estado (ISE).

Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden nacional y territorial, a la vigencia de la presente Ley, serán vinculados en las Instituciones de Salud del Estado (ISE), sin solución de continuidad y sin que se desmejoren sus condiciones laborales.

Parágrafo 1. Los contratos de prestación de servicios a cargo de las Empresas Sociales del Estado (ESE) que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las Instituciones de Salud del Estado (ISE).

Parágrafo 2. El Gobierno nacional establecerá un sistema **especial** de estímulos salariales y no salariales para los servidores públicos de la salud.

Parágrafo 3. El régimen de los trabajadores oficiales se continuará rigiendo conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.

JUSTIFICACIÓN

En relación con el primer inciso en el cual se propone suprimir la expresión «[...] ~~o pactadas con las organizaciones sindicales~~ [...]», la misma no resulta clara y presenta ambigüedad, en primer lugar, porque a través de las negociaciones colectivas no puede determinarse la organización y estructura de la administración pública ya que así lo señala expresamente el artículo 2.2.2.4.6 del Decreto 243 de

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

colectivas no puede determinarse la organización y estructura de la administración pública ya que así lo señala expresamente el artículo 2.2.2.4.6 del Decreto 243 de 2024, luego salvo disposición legal expresa la clasificación de los empleos en la administración pública está dada en el artículo 5° de la Ley 909 de 2004.

En segundo lugar, la forma en que está redactado este apartado pareciera dar a entender que hay otras modalidades de empleo con organizaciones sindicales, aspecto que permitiría de forma soslayada la existencia de contratos sindicales, situación que es inaceptable en este sector y que se supone busca regular la presente reforma ya que ha sido altamente precarizado, a través de estas .

La prohibición de los contratos sindicales se ha propuesto desde la reforma laboral recogiendo el Convenio 87 de la OIT, la sentencia SL 3086 de 2021 de la Corte Suprema de Justicia, y la Opinión Formal de la OCDE en la adhesión de Colombia a la organización. Además, en febrero de 2024 la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones de la OIT indicó que toma nota con interés de que el proyecto de reforma laboral prevé la eliminación de los contratos sindicales.

A pesar de lo anterior, a 2023 existen 2810 contratos sindicales en Colombia, superando ampliamente el número de convenciones colectivas suscritas con trabajadores sindicalizados.

De acuerdo con la Procuraduría General de la Nación, en 2020 Colombia tenía 163.116 trabajadores de la salud en el sector público (IPS públicas), de los cuales sólo 46.715 (el 28%) tenían contratos directos con las IPS mientras que las restantes 116.401 (72%) se hallaban vinculadas de manera indirecta, a través de figuras tales como contratos sindicales, cooperativas de trabajo asociado, contratos de prestación de servicio y otras figuras similares

De acuerdo con el Ministerio de Salud en el año 2022 el 45.8% de los trabajadores del sector salud eran trabajadores dependientes, el 35.9% eran trabajadores independientes (a través de la figura de Contratación por Prestación de Servicios), el 5.2% eran trabajadores contratados bajo la figura de la Cooperativa de Trabajo Asociado – y el 13.1% restantes trabajadores con otras figuras de intermediación laboral

En relación con la proposición de eliminar el aparte «[...] ~~especiales y~~ [...]», del tercer inciso del artículo 45 de este proyecto se sustenta en que la finalidad que expresa este artículo se dirige a regular los aspectos generales mientras que, posteriormente, el artículo 46 regularía los aspectos especiales para los

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA


trabajadores públicos del sector salud las Instituciones de Salud del Estado (ISE), luego el artículo 45 en comento no puede contener los aspectos especiales serán objeto de regulación posterior tal como se plantea posteriormente.

Respecto a la adición en el numeral 4° de este artículo, se propone una redacción que se remita de forma genérica a las normas de empleo público vigentes y que vayan en armonía del artículo 26 de la Ley 10° de 1990.

La adición de la expresión «[...] **colectivas** [...]» en el numeral 5° en el artículo 45 es precisamente para identificar plenamente el procedimiento establecido en el Decreto 243 de 2024, el cual reglamenta la Ley 411 de 1997, que aprueba el Convenio 151 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Finalmente, respecto al establecimiento de un sistema de estímulos en el párrafo 2° de este artículo, consideramos que es necesario agregar la expresión «[...] **especial** [...]» pues debe recordarse que el sistema general del sistema de capacitación y estímulos para los empleados públicos, está regida por el Decreto Ley 1567 de 1998 y el Decreto 1227 de 2005, este último compilado en el Decreto Único Reglamentario 1083 de 2015, por lo tanto, se entiende que la intención es regular uno de carácter especial para los servidores que se vinculen con las las Instituciones de Salud del Estado (ISE).

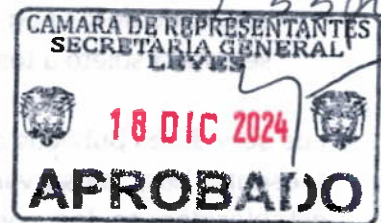
Atentamente.


MARÍA FERNANDA CARRASCAL ROJAS
Representante a la Cámara por Bogotá

AQUIVIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá, diciembre de 2024

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes



PROPOSICIÓN DE MODIFICACIÓN

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”

Modifíquese el artículo 47, el cual quedará así:

Artículo 47. Régimen Laboral de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). En los términos de la normatividad vigente, los servidores públicos de la salud, salvo excepciones establecidas en la ley o pactadas con las organizaciones sindicales, seguirán siendo de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y trabajadores oficiales.

Los servidores públicos de instituciones de salud mixtas con participación del Estado igual o superior al noventa por ciento (90%), se regirán por la presente Ley.

Son normas especiales y generales del régimen laboral de los servidores de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), las siguientes:

1. El Gobierno nacional y las respectivas autoridades competentes en el orden territorial, en la norma que defina la planta del personal de la ISE, señalará el número de servidores públicos de la salud requerido para la prestación de servicios, su modalidad y naturaleza, de acuerdo con la ley, las tipologías y niveles de ISE que determine el Gobierno nacional.
2. En materia de la jornada laboral, los servidores públicos de las ISE, se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 y por el Decreto 400 de 2021, o por las normas que los modifiquen, adicionen, o sustituyan.
3. Para la negociación de los servidores públicos se aplicará la Constitución, los acuerdos internacionales de la OIT ratificados por Colombia, las leyes, los decretos y lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 4ª de 1992, según el caso. A los trabajadores oficiales, además de lo anterior, les serán aplicables lo que resulte de sus respectivos acuerdos o convenciones colectivas.
4. En lo relacionado con la administración del personal, a los servidores públicos de la salud les serán aplicables, en lo pertinente, las disposiciones del Decreto Ley 2400 de

1968, la Ley 909 de 2004 y las demás normas que las reglamenten, modifiquen o sustituyan.

5. La remuneración de los empleados públicos de las ISE será fijada por las respectivas autoridades competentes, con sujeción a las previsiones de la Ley 4ª de 1992 y el resultado de las negociaciones de las condiciones de empleo. En ningún nivel territorial se estará sujeto a los límites que en materia salarial establece la Ley 617 de 2000.

Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la vigencia de la presente Ley, conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva ISE.

Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden nacional y territorial, a la vigencia de la presente Ley, serán vinculados en las ISE, sin solución de continuidad y sin que se desmejoren sus condiciones laborales.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2 del Decreto Ley 2400 de 1968, el artículo 5 del Decreto Ley 3135 de 1968 y el artículo 103 de la Ley 1438 de 2011 se prohíbe la celebración de contratos de prestación de servicios o cualquier otra modalidad de vinculación contractual diferente a la laboral para el desarrollo de funciones misionales, propias y permanentes en salud.

Parágrafo 1. Los contratos de prestación de servicios a cargo de ESE que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las ISE.

Parágrafo 2. El Gobierno nacional establecerá un sistema de estímulos salariales y no salariales para los servidores públicos de la salud.

Parágrafo 3. El régimen de los trabajadores oficiales se continuará rigiendo conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.

Marián Carrasal
Luz B. B. B.

Alfonso Eugenio López

Alfonso
B. B. B.

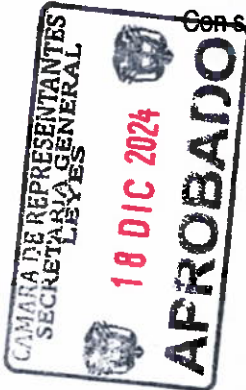
Alfonso
B. B. B.

Alfonso Mondragon
García Gómez

Juan Camilo B. B.



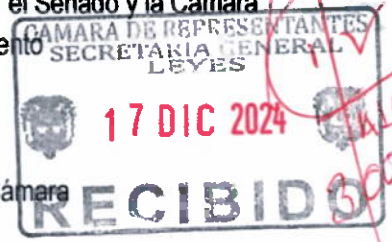
Azul



Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presento

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara



"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 47º de del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, el cual quedará así:

Artículo 47. Régimen Laboral de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). En los términos de la normatividad vigente, los servidores públicos de la salud, salvo excepciones establecidas en la ley o pactadas con las organizaciones sindicales, seguirán siendo de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y trabajadores oficiales.

Los servidores públicos de instituciones de salud mixtas con participación del Estado igual o superior al noventa por ciento (90%), se regirán por la presente Ley.

Son normas especiales y generales del régimen laboral de los servidores de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), las siguientes:

1. El Gobierno nacional y las respectivas autoridades competentes en el del orden territorial, en la norma que defina la planta del personal de la ISE, señalará el número de servidores públicos de la salud requerido para la prestación de servicios, su modalidad y naturaleza garantizando el derecho al trabajo digno, justo y decente, de acuerdo con la ley, las tipologías y niveles de ISE que determine el Gobierno nacional.
2. En materia de la jornada laboral, los servidores públicos de las ISE, se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 y por el Decreto 400 de 2021, o por las normas que los modifiquen, adicionen, o sustituyan.
3. Para la negociación de los servidores públicos se aplicará la Constitución, los acuerdos internacionales de la OIT ratificados por Colombia, las leyes, los decretos y lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 4ª de 1992, según el caso. A los trabajadores oficiales, además de lo anterior, les serán aplicables lo que resulte de sus respectivos acuerdos o convenciones colectivas, siempre y cuando dichos acuerdos o convenciones no vulneren los derechos mínimos de los trabajadores.
4. En lo relacionado con la administración del personal, a los servidores públicos de la salud les serán aplicables, en lo pertinente, las disposiciones del Decreto Ley 2400 de 1968, la Ley 909 de 2004 y las demás normas que las reglamenten, modifiquen o sustituyan.

5. La remuneración de los empleados públicos de las ISE será fijada por las respectivas autoridades competentes, con sujeción a las previsiones de la Ley 4ª de 1992 y el resultado de las negociaciones de las condiciones de empleo. En ningún nivel territorial se estará sujeto a los límites que en materia salarial establece la Ley 617 de 2000.

Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la vigencia de la presente Ley, conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva ISE.

Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden nacional y territorial, a la vigencia de la presente Ley, serán vinculados en las ISE, sin solución de continuidad y sin que se desmejoren sus condiciones laborales.

Parágrafo 1. Los contratos de prestación de servicios a cargo de ESE que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las ISE.

Parágrafo 2. El Gobierno nacional establecerá un sistema de estímulos salariales y no salariales para los servidores públicos de la salud mismo que deberá establecer la estructura y alcance de estos.

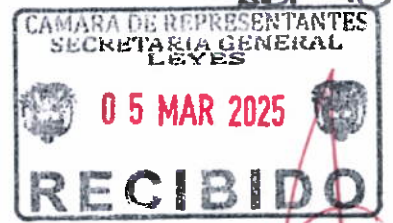
Parágrafo 3. El régimen de los trabajadores oficiales se continuará rigiendo conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.


EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO

JUSTIFICACIÓN

Esta propuesta de modificación básicamente está encaminada a dar claridad y complementar el texto sobre todo, en los apartados de los derechos de los trabajadores. Lo anterior en la práctica de negociaciones y convenios y por último en la regulación complementaria y especial que hace el Gobierno Nacional.

PROPOSICIÓN DE MODIFICACIÓN



Modifíquese el artículo 48 del Proyecto de Ley número 339 de 2023 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 48. Régimen especial para trabajadores públicos del Sector Salud. Otorgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que, dentro de los seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia la presente Ley y previa concertación con representantes de los trabajadores sindicalizados y no sindicalizados del sector salud, expida un régimen especial de los trabajadores del sector Salud, el cual debe contener mínimamente los siguientes aspectos:

1. Ascenso y/o movilidad en el régimen de carrera administrativa del sector público; primas especiales, prestaciones sociales y económicas con criterios claros y objetivos para el acceso, evaluación y promoción en ese sector.
2. Primas especiales Prestaciones sociales y económicas, acordes con las condiciones laborales y riesgos específicos que enfrentan los trabajadores de la salud.
3. Jornadas laborales justas y dignas, estableciendo límites a la carga laboral y garantizando el pago de horas extras cuando corresponda.
4. Incentivos y reconocimientos para personal que labore en zonas rurales, de difícil acceso o en condiciones de alta complejidad.
5. Programas de bienestar, salud mental y seguridad laboral, enfocados en la prevención de riesgos ocupacionales y el apoyo al personal en casos de agotamiento físico o emocional (burnout).
6. Equidad de género y no discriminación, con políticas específicas para proteger los derechos laborales de las mujeres y otros grupos vulnerables dentro del sector.

Parágrafo: El régimen especial deberá garantizar los derechos adquiridos por los trabajadores de la salud y priorizará el fortalecimiento de condiciones laborales que fomenten la calidad, eficiencia y permanencia del talento humano en el sector. La reglamentación del régimen será consultada con las organizaciones representativas de trabajadores del sector y contará con el acompañamiento de organismos de control.

Alfredo Mondragón

D. S. A.

Divalier

Nova Eugenia Lora
Jefe de Asesoría

Dga. Iván Velásquez N.

Wilmer Castellanos H.



11 8 MAR 2002

RECEIVED
11 8 MAR 2002
AFROBADO

11 8 MAR 2002
AFROBADO

Act 57

Bogotá, diciembre de 2024

Doctor:

JAIME RAUL SALAMANCA

Presidente Honorable Cámara de Representantes

Congreso de la República.

Ciudad. -

Referencia: Proposición.

Cordial saludo.

Comedidamente me permito presentar proposición modificatoria y aditiva al artículo 57 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

PROPOSICION MODIFICATORIA Y ADITIVA

El artículo 57 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", quedará así:

Artículo 57. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom. Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto 1372 de 2018 y el Decreto 2957 de 2010.

Para tal efecto y de conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para crear el sistema de salud propio e intercultural de las comunidades NARP y expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de la adecuación en materia de salud intercultural y aplicable en sus territorios, en el marco del Sistema de Salud.

Atentamente,

GERSON LISIMACO MONTAÑO ARIZALA
Representante a la Cámara CITREP-10



Carrera 7 No. 8 - 68 Oficina 446B Edificio Nuevo del Congreso

gerson.montano@camara.gov.co



Act
Cam 135

1
10
52

GERSON

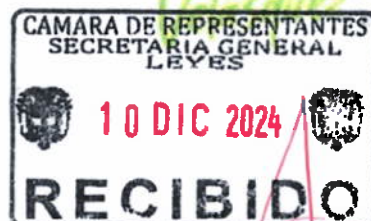
ASSOC. 310 31

ASSOC. 310 31

APPROBADO
10 MAR 2002
SECRETARIO GERAL
CAMARA DE REPRESENTANTES



OLGA LUCÍA



PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Proyecto de Ley No. 312 de Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"


Modifíquese el Artículo 49 del Proyecto de ley 312 de Cámara que quedaría así:

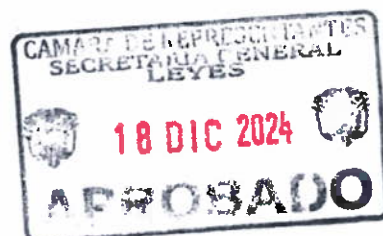
Artículo 49. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas, con un porcentaje de participación público inferior al 90%, del sector salud por norma general están vinculados mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo y normas concordantes.

Adicionalmente, se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas, sin importar el tipo de vinculación laboral, con el fin de fomentar la calidad e integralidad del servicio de salud en dichas zonas; se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud; se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), que tengan en cuenta los riesgos propios de los cargos y el impacto en salud mental, realizando tamizajes periódicos a los trabajadores y desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud y, así mismo, poder ofrecer atención prioritaria para quienes lo requieran.

(...)

SN

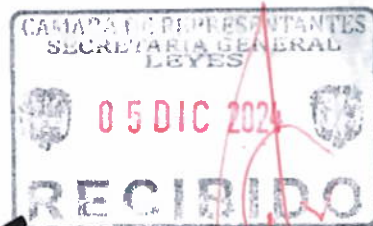

OLGA LUCÍA VELÁSQUEZ NIETO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza Verde





Arce

ELIECER
Representante
a la Cámara



Arce 49
46
9 46

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY No. 135 de 2024 CÁMARA

"Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

El suscrito Representante a la Cámara en virtud del artículo 112 y ss. de la ley 5 de 1992 somete a consideración, la siguiente proposición modificativa al artículo 47, el cual quedará así:

"Artículo 47. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas, con un porcentaje de participación público inferior al 90%, del sector salud por norma general están vinculados mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo, de las convenciones colectivas de trabajo vigentes y normas concordantes.

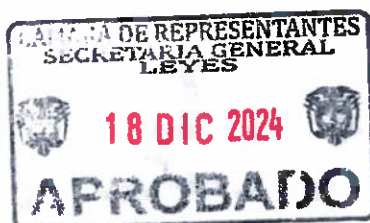
(...)"

Teniendo en cuenta
que el

Jose Eliecer Salazar Lopez

JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ

Representante a la Cámara



Oficina 603 - 604B
Edificio Nuevo - Capitolio Nacional
Bogotá D.C.

Carrera 12 No. 13B-16
Celular: 3135740221
Valledupar, Cesar

1. The first part of the document
is a list of the names of the
persons who were present at the
meeting.

2. The second part of the document
is a list of the names of the
persons who were present at the
meeting.

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Proyecto de Ley No. 312 de Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el Artículo 49 del Proyecto de ley 312 de Camara que quedaría así:

Artículo 49. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas, con un porcentaje de participación público inferior al 90%, del sector salud por norma general están vinculados mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo y normas concordantes.

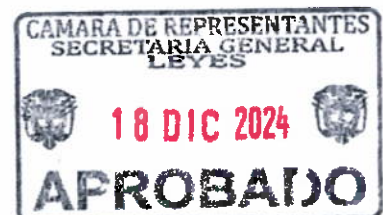
Adicionalmente; Se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas, sin importar el tipo de vinculación laboral, con el fin de fomentar la calidad e integralidad del servicio de salud en dichas zonas; se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud; se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), que tengan en cuenta los riesgos propios de los cargos y el impacto en salud mental, realizando tamizajes periódicos a los trabajadores y desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud y, así mismo, poder ofrecer atención prioritaria para quienes lo requieran.

Adicionalmente, se implementará un programa de atención integral en salud mental y adicciones para los trabajadores de la salud, que incluirá tamizajes continuos, los cuales proporcionarán los lineamientos para campañas de prevención y promoción de la salud mental, así como para identificar la necesidad de tratamientos específicos. Asimismo, las y los profesionales de la salud recibirán atención continua en salud mental, basada en tres ejes fundamentales: promoción, prevención y atención integral. Esta atención tendrá un enfoque diferencial, que incluirá a mujeres, población LGTBQ+, población indígena y población racial.

(ooo)

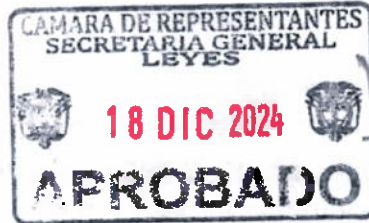
Olga Lucia Velásquez Nieto

OLGA LUCIA VELÁSQUEZ NIETO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza Verde



Bogotá, diciembre 2024

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes



PROPOSICIÓN DE MODIFICACIÓN

Proyecto de Ley N° 312 de Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024 "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

Modifíquese el artículo 49, el cual quedará así:

Artículo 49. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas, con un porcentaje de participación público inferior al 90%, del sector salud por norma general están vinculados mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo y normas concordantes.

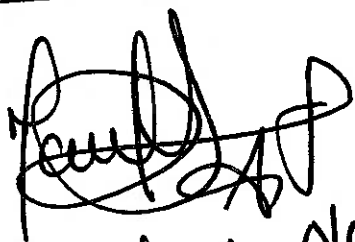
Adicionalmente, se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas, sin importar el tipo de vinculación laboral, con el fin de fomentar la calidad e integralidad del servicio de salud en dichas zonas; se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud; se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), que tengan en cuenta los riesgos propios de los cargos y el impacto en salud mental, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud.

Parágrafo 1. El Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud presentarán durante el primer trimestre de cada vigencia fiscal al Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las comisiones séptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno nacional organizará una Dirección en el Ministerio del Trabajo, encargada de hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales en los términos ordenados por los artículos 17 y 18 de la Ley 1751 de 2015, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente Ley.

Parágrafo 2. A partir de la vigencia de la presente Ley no se expedirán más credenciales de expendedor de drogas y las droguerías sólo podrán ser dirigidas por quien tenga el título de la calidad de Químico Farmacéutico, Tecnólogo en Regencia de Farmacia, auxiliar en servicios farmacéuticos, Director de Droguería o Farmacéutico Licenciado. Para garantizar los derechos adquiridos de las personas que, a la entrada en vigencia de la

presente Ley, hayan obtenido la credencial de expendededor de drogas, éstas podrán seguir desempeñándose desempeñarse en la dirección de una droguería- mientras se definen e implementan planes graduales de profesionalización y tecnificación del talento humano del sector farmacéutico mencionados anteriormente.

Parágrafo 3. Con el fin de promover la profesionalización y tecnificación del talento humano idóneo del sector farmacéutico así como de calificación del mismo para la dirección de droguerías, el gobierno nacional dispondrá los mecanismos que permitan ampliar la oferta de programas académicos y el acceso para la educación continua de auxiliares en servicio farmacéutico, expendedores de drogas, y tecnólogos en regencia de farmacia, especialmente en los establecimientos farmacéuticos y servicios farmacéuticos, donde se realizan actividades de manera empírica, con el fin de fomentar estrategias de seguridad del paciente, uso seguro y adecuado de medicamentos y dispositivos médicos y evitar la ocurrencia de errores, especialmente de medicación, para garantizar mayores estándares de calidad en el manejo y administración de los servicios farmacéuticos.



Martha L. Alfonso

PROPOSICIÓN ADITIVA

KATHERINE
MIRANDA

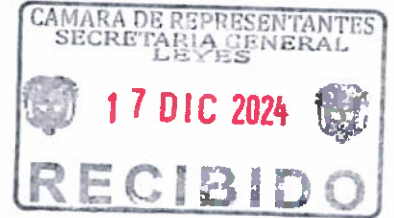
Art 50

Adiciónese un párrafo nuevo al artículo 50 del proyecto de Ley 319 de 2024 Cámara de Representantes "Por medio del cual se modifica el sistema de salud", en el siguiente sentido:

Parágrafo 4. Las instituciones de prestación de servicios de salud deberán garantizar a los especialistas médico-quirúrgicos vinculados bajo cualquier modalidad, el acceso a capacitación y actualización continua, con el fin de mantener y mejorar sus competencias profesionales. Estas instituciones deberán promover programas de bienestar laboral y prevención de riesgos ocupacionales, especialmente para aquellos que desarrollen actividades en zonas rurales, de difícil acceso o con alta carga asistencial.

Katherine Miranda P.

KATHERINE MIRANDA
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde



9:29 am
y



Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presentó

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"


Modifíquese el artículo 50° de del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, el cual quedará así:

Artículo 50. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud e Especialistas. Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta en determinadas especialidades médico quirúrgicas, las instituciones de prestación de servicios de salud podrán vincular o contratar a especialistas médico quirúrgicos, a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la vinculación o contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, según el régimen jurídico aplicable a la respectiva institución, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas. En tales casos se considerará el intuito persona y la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera caracterizada como independiente.

Parágrafo 1: En todo caso, si la prestación del servicio se enmarca en los elementos de una relación laboral, los especialistas de la salud deberán ser vinculados mediante contrato de trabajo, según la naturaleza del régimen jurídico aplicable a la respectiva institución.

Parágrafo 2. Todos los trabajadores o vinculados mediante las modalidades establecidas en el presente artículo tendrán derecho a una remuneración oportuna, digna y justa, so pena de la imposición de sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 3: Respecto de los trabajadores especialistas médico quirúrgicos del sector salud, indistintamente de su forma de vinculación, no se podrá establecer cláusula de exclusividad, salvo aquellos que estén vinculados mediante contrato de trabajo y así lo convengan.


EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO



JUSTIFICACIÓN

Se modifica la redacción en ciertas zonas del artículo y, en aras de dignificar el trabajo, y hacer este mismo justo para los todos los trabajadores, sin perder la esencia del texto, y manteniendo la facultad de la Superintendencia para ejercer sus funciones.

1941

1941

1941



Cámara
de Representantes

Anal

ALT 51
PEDRO SUÁREZ
VACCA
REPRESENTANTE
POR BOYACÁ

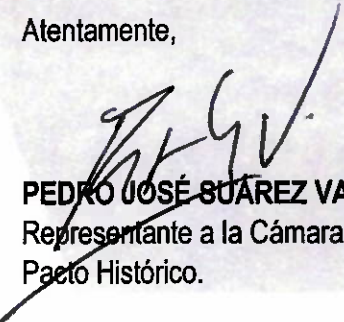
PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.

MODIFÍQUESE el artículo 51° del Proyecto de Ley N° 312 del 2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones" el cual quedará así,

Artículo 51. Modifíquese el numeral 3 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007:

"3. Prestación de servicios de atención en salud. 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, continuidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Dicha vigilancia comprende la garantía de un talento humano en salud competente, así como sus condiciones de estabilidad laboral y de seguridad y salud en el trabajo, como aspectos que afectan los elementos esenciales para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud."

Atentamente,


PEDRO JOSÉ SUÁREZ VACCA
Representante a la Cámara por Boyacá
Pacto Histórico.



1:40pm

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Cra. 7° No. 8-68 Ofc 330B – Cel: (+57)3203794708

Tel: (+57) (601) 3904050 Ext. 3269 - 3291

pedro.suarez@camara.gov.co / suarezvacca.camara@gmail.com

Bogotá, D.C. – Colombia



@suarezvacca



Pedro José Suárez Vacca



320 3794708

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presentó

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA


Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

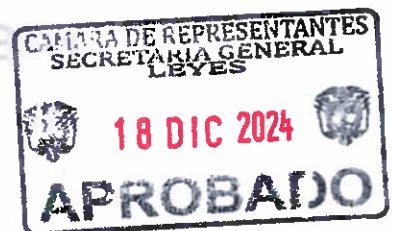
"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 51° de del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, el cual quedará así:

Artículo 51. Modifíquese el numeral 3 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007:

"3. Prestación de servicios de atención en salud. 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. Dicha vigilancia comprende la garantía de un talento humano en salud competente, así como sus condiciones de estabilidad laboral, y como también las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, como aspectos que afectan los elementos esenciales para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.


EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO



JUSTIFICACIÓN

La propuesta busca mejorar la redacción al tiempo que introduce una perspectiva comprehensiva de la calidad en la prestación de servicios de salud, incorporando elementos fundamentales que van más allá de la atención médica tradicional. Al incluir las condiciones de seguridad y salud en el trabajo como aspectos que afectan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, se establece un marco normativo que reconoce la interdependencia entre las condiciones laborales de los trabajadores de la salud y la calidad de la atención médica.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presentó

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Modifíquese el artículo 52° de del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, el cual quedará así:

Artículo 52. Modifíquese el numeral 2 del artículo 3 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así:

"2. No dar aplicación a los mandatos de la Ley 1751 de 2015, en lo correspondiente a la prestación de los servicios de salud, incluyendo no garantizar un talento humano en salud competente, así como condiciones de trabajo decente, digno y justo."

EDUARD SARMIENTO HIDALGO

Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO



JUSTIFICACIÓN

La incorporación de los términos "digno y justo" para caracterizar las condiciones de trabajo representa un avance significativo en la conceptualización jurídica de los derechos laborales en el sector salud. Esta modificación va más allá de una definición meramente formal de las condiciones laborales, introduciendo una dimensión ética y humana en la comprensión del trabajo en el sector salud.

La propuesta se alinea con los mandatos de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015), que concibe la salud como un derecho fundamental interdependiente. Al modificar la norma para incluir la garantía de un talento humano competente y condiciones de trabajo decentes, se establece un marco normativo más robusto para la protección integral de los trabajadores de la salud y, por extensión, de la calidad del servicio de salud.

Esta modificación refleja un enfoque progresivo en la comprensión de los derechos laborales, reconociendo que las condiciones de trabajo no son un aspecto secundario, sino un elemento fundamental para la garantía del derecho a la salud. Se establece así una conexión directa entre la dignidad del trabajador de la salud y la calidad del servicio de salud prestado, elevando los estándares de protección laboral y asistencial.

PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 52 del **Proyecto de Ley N° 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024 Cámara** "Por medio del cual se transforma el sistema de salud; el cual dirá así:

Artículo 52. Modifíquese el numeral 2 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificada por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así:

2. No dar aplicación a los mandatos de la Ley 1751 de 2015, en lo correspondiente a la prestación de los servicios de salud incluyendo no garantizar un talento humano en salud competente, así como condiciones de trabajo decente.

Jorge Eliécer Tamayo Marulanda
Representante a la Cámara



Aclar

Act 52



PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

En mi condición de Representante a la Cámara por el Departamento de Caldas y conforme a lo establecido en los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5 de 1992, propongo a la Honorable Plenaria de la Cámara de Representantes, someter a consideración la siguiente proposición, **con el fin modificar el artículo 52 del proyecto de Ley No. 312 del 2024** Cámara en el siguiente sentido:

ARTICULO ORIGINAL	ARTICULO PROPUESTO
Artículo 52. Modifíquese el numeral 2 del artículo 3 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así: "2. No dar aplicación a los mandatos de la Ley 1751 de 2015, en lo correspondiente a la prestación de los servicios de salud incluyendo no garantizar un talento humano en salud competente, así como condiciones de trabajo decente."	Artículo 52. Modifíquese el numeral 2 del artículo 3 de la Ley 1949 de 2019 130 de la ley 1438 de 2011 , el cual quedará así: "2. No dar aplicación a los mandatos de la Ley 1751 de 2015, en lo correspondiente a la prestación de los servicios de salud incluyendo no garantizar un talento humano en salud competente, así como condiciones de trabajo decente."

Cordialmente,

JOSE OCTAVIO CARDONA LEON
Representante a la Cámara por Caldas
Partido Liberal





Dever
Aer 53.
OCTAVIO
CARDONA REPRESENTANTE A LA CÁMARA
05 DIC 2024
RECIBIDO
Ato
9/16v

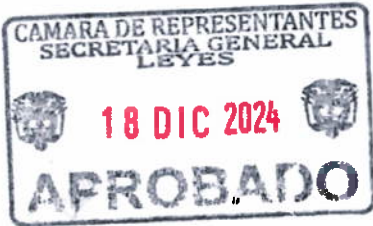
PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

En mi condición de Representante a la Cámara por el Departamento de Caldas y conforme a lo establecido en los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5 de 1992, propongo a la Honorable Plenaria de la Cámara de Representantes, someter a consideración la siguiente proposición, **con el fin modificar el artículo 53 del proyecto de Ley No. 312 del 2024 Cámara** en el siguiente sentido:

ARTICULO ORIGINAL	ARTICULO PROPUESTO
<p>Artículo 53. Modifíquese el numeral 2 del artículo 131 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así:</p> <p>“ARTÍCULO 131. TIPOS DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS. En ejercicio de la función de control sancionatorio y en desarrollo del procedimiento que para el efecto se haya previsto, la Superintendencia Nacional de Salud podrá imponer las siguientes sanciones:</p> <p>(...)</p> <p>2. Multas entre sesenta (60) y hasta ocho mil (8.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para personas jurídicas, y entre treinta (30) y hasta dos mil (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para las personas naturales.”</p>	<p>Artículo 53. Modifíquese el numeral 2 del artículo 131 de la Ley 1949 de 2019 1438 de 2011, el cual quedará así:</p> <p>“ARTÍCULO 131. TIPOS DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS. En ejercicio de la función de control sancionatorio y en desarrollo del procedimiento que para el efecto se haya previsto, la Superintendencia Nacional de Salud podrá imponer las siguientes sanciones:</p> <p>(...)</p> <p>2. Multas entre sesenta (60) y hasta ocho mil (8.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para personas jurídicas, y entre treinta (30) y hasta dos mil (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para las personas naturales.”</p>

Cordialmente,


JOSE OCTAVIO CARDONA LEON
Representante a la Cámara por Caldas
Partido Liberal



Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, numeral 2 presentó

PROPOSICIÓN MODIFICATIVA

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara

"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"



Modifíquese el artículo 53° de del Proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, el cual quedará así:


Artículo 53. Modifíquese el numeral 2 del artículo 131 2 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así:

"ARTÍCULO 131. TIPOS DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS. En ejercicio de la función de control sancionatorio y en desarrollo del procedimiento que para el efecto se haya previsto, la Superintendencia Nacional de Salud podrá imponer las siguientes sanciones:

(...)

2. Multas entre ~~sesenta (60)~~ **doscientos (200)** y hasta ocho mil (8.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para personas jurídicas, y entre treinta (30) y hasta dos mil (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para las personas naturales."

Representante a la Cámara


EDUARD SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por Cundinamarca
PACTO HISTÓRICO



JUSTIFICACIÓN

En la praxis, se sabe que la mayoría de las sanciones impuestas por la Superintendencia son sobre el monto mínimo, si se baja en demasía el valor de la sanción mínima en contra de las entidades jurídicas, esto puede provocar que a la larga haya mayor incidencia en la comisión de estas faltas por parte de las personas jurídicas, pero mantenemos la idea original en la sanción para las personas naturales.

PROPOSICIÓN

PLENARIA CÁMARA DE REPRESENTANTES

SESIÓN 9 DE DICIEMBRE DE 2024



Modifíquese el artículo 53° del texto propuesto para segundo debate del Proyecto de Ley N° 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 53. Modifíquese el numeral 2 del artículo 131 de la Ley 1438 de 2011 1949 de 2019, el cual quedará así:

"ARTÍCULO 131. TIPOS DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS. En ejercicio de la función de control sancionatorio y en desarrollo del procedimiento que para el efecto se haya previsto, la Superintendencia Nacional de Salud podrá imponer las siguientes sanciones:

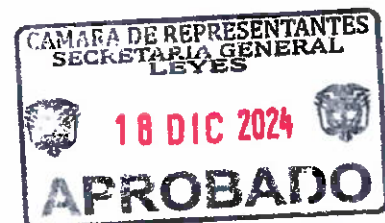
(...)

2. Multas entre sesenta (60) y hasta ocho mil (8.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para personas jurídicas, y entre treinta (30) y hasta dos mil (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para las personas naturales."

Justificación: Claridad. Ley 1438 de 2011 reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, donde el artículo 131 contiene los tipos de sanciones administrativas que puede imponer la Superintendencia Nacional de Salud. Y, la Ley 1949 de 2019 modifica la Ley 1438 de 2011, en particular, el artículo 2° modifica el artículo 131 de la Ley 1438 de 2011.

WILDER IBERSON ESCOBAR ORTIZ
Representante a la Cámara por el departamento de Caldas
Partido Gente en Movimiento

Elaboró: Briget Marcela BMR2



390 40 50 ext: 3415

wilder.escobar@camara.gov.co

Cra 7 No. 8 - 68 - Edificio Nuevo ofic. 232B - Bogotá

@WilderEscobarO

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Am

KATHERINE
MIRANDA

Art 53

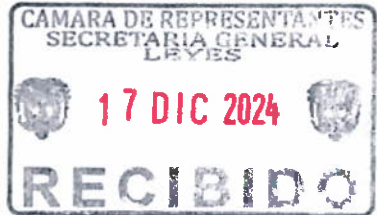
Modifíquese el artículo 53 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *“Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”*, el cual quedará así:

Artículo 53. Modifíquese el numeral 2 del artículo 131 de la Ley ~~1438 de 2011~~ ~~1949 de 2019~~, el cual quedará así:

“ARTÍCULO 131. TIPOS DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS. En ejercicio de la función de control sancionatorio y en desarrollo del procedimiento que para el efecto se haya previsto, la Superintendencia Nacional de Salud podrá imponer las siguientes sanciones:

(...)

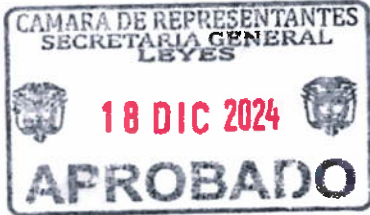
2. Multas entre sesenta (60) y hasta ocho mil (8.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para personas jurídicas, y entre treinta (30) y hasta dos mil (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para las personas naturales.”



9:29 am
[Signature]

Katherine Miranda P.

KATHERINE MIRANDA
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde



EDUAR TRIANA

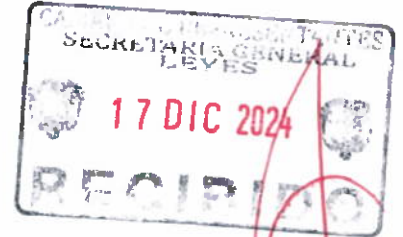
Representante a la Cámara por Boyacá
Bogotá D.C., 18 de Diciembre 2024



CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Presidente
Cámara de Representantes

Aval



PROPOSICIÓN.

Modifíquese el Artículo 53 del PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY No. 135 de 2024 CÁMARA "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

el cual quedará así:

Artículo 53. Modifíquese el numeral 2 del artículo 2 434 de la Ley 1949 de 2019, que modifica el artículo 131 de la Ley 1438 de 2011.

el cual quedará así:

"ARTÍCULO 131. TIPOS DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS. En ejercicio de la función de control sancionatorio y en desarrollo del procedimiento que para el efecto se haya previsto, la Superintendencia Nacional de Salud podrá imponer las siguientes sanciones:
(...)

2. Multas entre sesenta (60) y hasta ocho mil (8.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para personas jurídicas, y entre treinta (30) y hasta dos mil (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para las personas naturales."

[Signature]

EDUAR ALEXIS TRIANA RINCÓN
Representante a la Cámara por Boyacá
Centro Democrático



DM

JORGE
Tamayo
Representante



PROPOSICIÓN

Modifíquese el artículo 53 del **Proyecto de Ley N° 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024 Cámara** “Por medio del cual se transforma el sistema de salud; el cual dirá así:

q.430w
Y

Artículo 53. Modifíquese el numeral 2 del artículo 131 de la Ley **1438 de 2011, modificado por el Artículo 2° de la Ley 1949 de 2019**, el cual quedará así:

A7-7

Artículo 131. Tipos de sanciones administrativas. En ejercicio de la función de control sancionatorio y en desarrollo del procedimiento que para el efecto se haya previsto, la Superintendencia Nacional de Salud podrá imponer las siguientes sanciones:

(...)

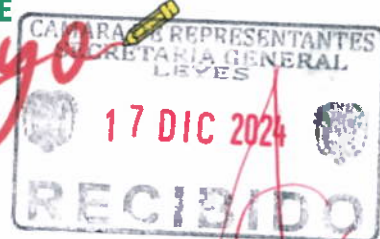
2. Multas entre sesenta (60) y hasta ocho mil (8.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para personas jurídicas, y entre treinta (30) y hasta dos mil (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para las personas naturales.”

X
Jorge Eliécer Tamayo Marulanda
Representante a la Cámara



Don

JORGE
Tamayo
Representante



PROPOSICIÓN

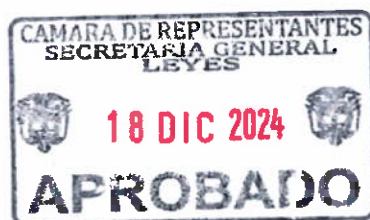
Modifíquese el artículo 54 del Proyecto de Ley N° 183 de 2024 Senado – 398 de 2024 Cámara **“Por medio de la cual se determinan las competencias de la Jurisdicción Agraria y Rural, se establece el Procedimiento Especial Agrario y Rural y se dictan otras disposiciones”**; el cual dirá así:

Artículo 54. Modifíquese el parágrafo 6 del **artículo 131 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 2 de la Ley 1949 de 2019**, el cual quedará así:

(...)

Parágrafo 6. Para efectos de la imposición de las sanciones acá previstas, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará el proceso administrativo sancionatorio establecido en el artículo 128 de la Ley 1438 de 2011, a excepción de las sanciones derivadas de la conducta descrita en el numeral 11 del artículo 3 de esta Ley, la cual solo será excusada por evento de fuerza mayor, que deberá ser acreditada por el infractor dentro de los 5 días hábiles siguientes a su ocurrencia. La Superintendencia Nacional de Salud diseñará un procedimiento y una metodología sancionatoria para la imposición de sanciones por el incumplimiento en el reporte de información”.

Jorge Eliécer Tamayo Marulanda
Representante a la Cámara



PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Acad
KATHERINE MIRANDA

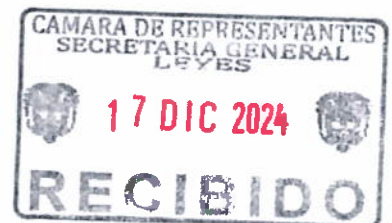
Art 54

Modifíquese el artículo 54 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 54. Modifíquese el párrafo 6 del artículo 131 2 de la Ley 1438 de 2011 ~~1949 de 2019~~, el cual quedará así:

(...)

"PARÁGRAFO 6o. Para efectos de la imposición de las sanciones acá previstas, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará el proceso administrativo sancionatorio establecido en el artículo 128 de la Ley 1438 de 2011, a excepción de las sanciones derivadas de la conducta descrita en el numeral 11 del artículo 3o de esta Ley, la cual solo será excusada por evento de fuerza mayor, que deberá ser acreditada por el infractor dentro de los 5 días hábiles siguientes a su ocurrencia. La Superintendencia Nacional de Salud diseñará un procedimiento y una metodología sancionatoria para la imposición de sanciones por el incumplimiento en el reporte de información".



9:29am

yr

Katherine Miranda P.

KATHERINE MIRANDA
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde



PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

En mi condición de Representante a la Cámara por el Departamento de Caldas y conforme a lo establecido en los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5 de 1992, propongo a la Honorable Plenaria de la Cámara de Representantes, someter a consideración la siguiente proposición, **con el fin modificar el artículo 55 del proyecto de Ley No. 312 del 2024** Cámara en el siguiente sentido:

ARTICULO ORIGINAL	ARTICULO PROPUESTO
<p>Artículo 55. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá una facultad regulatoria residual frente a la que es propia del Ministerio de Salud y Protección Social, en las siguientes materias:</p> <ol style="list-style-type: none">1. La compatibilidad y armonización de las normas del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y del régimen de liquidación de entes u organismos públicos, según el caso, con las reglas del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el derecho fundamental en salud previsto en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.2. Las competencias de los integrantes del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia de que trata el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019.3. Los deberes de las entidades territoriales en el marco del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del SGSSS creado en el artículo 36 de la Ley 1122 de 2007.	<p>Artículo 55. DE LAS FACULTADES REGULATORIAS RESIDUALES DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá una facultad regulatoria residual frente a la que es propia del Ministerio de Salud y Protección Social, en las siguientes materias:</p> <ol style="list-style-type: none">1. La compatibilidad y armonización de las normas del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y del régimen de liquidación de entes u organismos públicos, según el caso, con las reglas del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el derecho fundamental en salud previsto en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.2. Las competencias de los integrantes del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia de que trata el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019.3. Los deberes de las entidades territoriales en el marco del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del



4. La actuación de los agentes especiales en las medidas especiales o preventivas de la toma de posesión para administrar o para liquidar, incluidas estas últimas.

5. La definición de criterios y procedimientos para la selección objetiva de contratistas por parte de los liquidadores, en la celebración de contratos de gestión de situaciones jurídicas no definidas, asuntos pendientes y activos remanentes posteriores a la liquidación de entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, con independencia de la forma jurídica que tales contratos asuman.

La eficiencia y sostenibilidad de los gastos administrativos en los procesos liquidatorios ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud.


SGSSS creado en el artículo 36 de la Ley 1122 de 2007.

4. La actuación de los agentes especiales en las medidas especiales o preventivas de la toma de posesión para administrar o para liquidar, incluidas estas últimas.

5. La definición de criterios y procedimientos para la selección objetiva de contratistas por parte de los liquidadores, en la celebración de contratos de gestión de situaciones jurídicas no definidas, asuntos pendientes y activos remanentes posteriores a la liquidación de entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, con independencia de la forma jurídica que tales contratos asuman.

6. La eficiencia y sostenibilidad de los gastos administrativos en los procesos liquidatorios ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud.

Cordialmente,


JOSE OCTAVIO CARDONA LEON
Representante a la Cámara por Caldas
Partido Liberal



Bogotá D.C., diciembre de 2024

Señor

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

Secretario General H. Cámara de Representantes

ASUNTO: Proposición modificativa
PROYECTO DE LEY: 312 de 2024 Cámara
REPRESENTANTE: JHON JAIRO BERRIO LÓPEZ



5:03 pm

Por medio del presente, me permito radicar **PROPOSICIÓN MODIFICATIVA AL ARTÍCULO 58** propuesto en el texto del proyecto 312 de 2024 Cámara.

La proposición consta de adicionar un párrafo al artículo 58 del texto propuesto, el cual quedará así:

(...)

Parágrafo 3 El Gobierno Nacional deberá crear las estrategias adecuadas que permitan hacer seguimiento y evaluación al PNSR

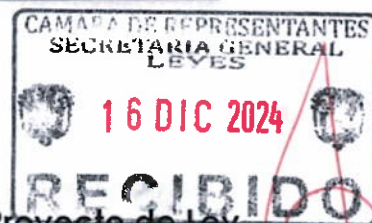
Cordialmente.




JHON JAIRO BERRIO LÓPEZ
H. Representante Departamento de Antioquia
Partido Centro Democrático



Accl



PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024 Cámara

"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

1
✓
ALC
4 32

Modifíquese el artículo 58 del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 58. Plan Nacional de Salud Rural (PNSR). En las zonas rurales y zonas rurales dispersas del país se garantizará la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), con especial priorización en ~~incluyendo además en sus priorizaciones a las subregiones,~~ los municipios con Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito (PNIS) y Planes de Reforma Rural Agraria (RRA), así como aquellos clasificados ~~o se encuentren o sean considerados~~ como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), hasta llegar a la totalidad de los municipios que hacen parte de la ruralidad del país. Esta implementación se realizará con la participación de las organizaciones campesinas, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales y comunidades étnicas presentes en los territorios rurales en articulación con actores locales, incluyendo organizaciones campesinas, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales, comunidades étnicas y otros actores clave del territorio.

El Gobierno nacional reglamentará el PNSR. Dicho plan, será implementado siguiendo los lineamientos ~~dando cumplimiento al punto 1.3.2.1 del "Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la construcción de una paz estable y duradera" (Acto Legislativo 02 de 2017) adoptado mediante el Acto Legislativo 02 de 2017, para ello se articulará con.~~ Este plan integrará las estrategias de Atención Primaria en Salud (APS), aseguramiento social

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Carrera 7 No 8 – 68 Of. 530
Edificio Nuevo del Congreso de la República
hector.cuellar@camara.gov.co

en salud, los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), las sedes **descentralizadas** de atención ~~descentralizadas~~ en salud rural, **así como los enfoques de** ~~el enfoque de~~ determinantes sociales, ~~el enfoque~~ territorial y diferencial, ~~y demás aspectos de la presente ley que permitan la formulación y gestión del PNSR~~ **en consonancia con los principios de esta ley.**

Parágrafo 1. El Gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social tendrá un plazo de seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley para la formulación e inicio de implementación del PNSR.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público asignarán y orientarán los recursos **necesarios para garantizar el cumplimiento del PNSR, considerando** ~~que propendan por el efectivo cumplimiento de las acciones e intervenciones estipuladas en el PNSR, de acuerdo al cálculo de costos según las características y necesidades~~ **específicas** ~~de cada territorio, los cuales estarán dirigidos. Estos recursos estarán destinados~~ a garantizar el acceso ~~en a la~~ salud en el marco de las RIITS, la construcción, ~~el y~~ mejoramiento de la infraestructura, y la dotación **de equipos** ~~en salud~~, la planificación **del talento humano y gestión** ~~del personal en salud~~ **con enfoque diferencial y la mejora continua de la calidad de atención para las comunidades rurales y dispersas** ~~para la ruralidad y la garantía de la calidad en salud para la atención de las personas, familias y comunidades que habitan en las zonas rurales y las zonas rurales dispersas.~~



HÉCTOR MAURICIO CUELLAR PINZÓN

Representante a la Cámara
Departamento del Caquetá

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Carrera 7 No 8 – 68 Of. 535
Edificio Nuevo del Congreso de la República
hector.cuellar@camara.gov.co



**CÁMARA DE REPRESENTANTES
PLENARIA**

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara
"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones"


PROPOSICIÓN

MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 58, DEL PRESENTE PROYECTO DE LEY EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

Artículo 58. Plan Nacional de Salud Rural (PNSR). En las zonas rurales y zonas rurales dispersas del país se garantizará la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), incluyendo además en sus priorizaciones a las subregiones, los municipios con Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso ilícito (PNIS) y Planes de Reforma Rural Agraria (RRA), o se encuentren o sean considerados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), hasta llegar a la totalidad de los municipios que hacen parte de la ruralidad del país. Esta implementación se realizará con la participación de las organizaciones campesinas, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales y comunidades étnicas presentes en los territorios rurales. El propósito de dicho Plan será reducir las brechas urbano-rurales en el acceso, la prevención y la atención en salud.

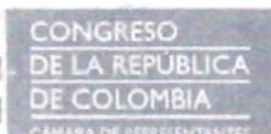
[...]

Atentamente,


Karen A. Manrique O
Representante a la Cámara
Comisión Primera
CITREP 2, Arauca.



Art 58



PROPOSICIÓN

De conformidad con lo previsto en los artículos 112 y siguientes de la Ley 5 de 1992, demás disposiciones concordantes, me permito presentar la siguiente proposición:

Modifíquese el artículo 58 del proyecto de ley 132 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones" el cual quedará así:

Artículo 58. Plan Nacional de Salud Rural (PNSR). En las zonas rurales y zonas rurales dispersas del país se garantizará la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), incluyendo además en sus priorizaciones a las subregiones, los municipios con Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito (PNIS) y Planes de Reforma Rural Agraria (RRA), o se encuentren o sean considerados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), hasta llegar a la totalidad de los municipios que hacen parte de la ruralidad del país. Esta implementación se realizará con la participación de las organizaciones campesinas, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales y comunidades étnicas presentes en los territorios rurales.

El Gobierno nacional reglamentará el PNSR. Dicho plan, será implementado dando cumplimiento al punto 1.3.2.1 del "Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la construcción de una paz estable y duradera" adoptado mediante el Acto Legislativo 02 de 2017, para ello se articulara con las estrategias de Atención Primaria en Salud, aseguramiento social en salud, los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), las sedes de atención descentralizados en salud rural, el enfoque de determinantes sociales, el enfoque territorial y diferencial y demás aspectos de la presente ley que permitan la formulación y gestión del PNSR.

Parágrafo 1. El Gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social tendrá un plazo de seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley para la formulación e inicio de implementación del PNSR.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público asignarán y orientarán los recursos que propendan por el efectivo cumplimiento de las acciones e intervenciones estipuladas en el PNSR, de acuerdo al cálculo de costos según las características y necesidades de cada territorio, los cuales estarán dirigidos a garantizar el acceso en salud en el marco de las RIITS, la construcción, el mejoramiento de la infraestructura y la dotación en salud, la

planificación y gestión del personal en salud para la ruralidad y la garantía de la calidad en salud para la atención de las personas, familias y comunidades que habitan en las zonas rurales y las zonas rurales dispersas.

Parágrafo 3. El PNSR deberá vincular al Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas (PAPSIVI) adecuándola a las condiciones locales y a la situación y particularidad de las víctimas con enfoque diferencial en las subregiones PDET.

Presentada por,



CRISTIAN DANILO AVENDAÑO FINO

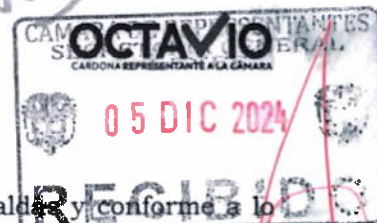
Representante a la Cámara por Santander





Avail

Act 59



PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

En mi condición de Representante a la Cámara por el Departamento de Caldas y conforme a lo establecido en los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5 de 1992, propongo a la Honorable Plenaria de la Cámara de Representantes, someter a consideración la siguiente proposición, **con el fin modificar el artículo 59 del proyecto de Ley No. 312 del 2024 Cámara** en el siguiente sentido:

1 ✓
ALC
9/16

ARTICULO ORIGINAL	ARTICULO PROPUESTO
<p>Artículo 59. Promoción de Investigación y producción Vacunas. Con el fin de estimular el desarrollo de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud a nivel nacional, en caso de existir oferta de vacunas producidas por entidades públicas, privadas o mixtas, el Ministerio de Salud y Protección Social, en sus procesos de adquisición de vacunas y medicamentos, sean estos procesos licitatorios o compras directas, darán prelación a los productores locales, según la legislación aplicable.</p> <p>Se fortalecerá el desarrollo, validación y aplicación de métodos alternativos a la experimentación en animales en investigaciones biomédicas, la producción de fármacos, la producción de biológicos, la salud pública u otros similares, el cual se reglamentará de manera coordinada entre el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud (INS).</p>	<p>Artículo 59. Promoción de Investigación y producción Vacunas. Con el fin de estimular el desarrollo de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud a nivel nacional, en caso de existir oferta de vacunas producidas por entidades públicas, privadas o mixtas, el Ministerio de Salud y Protección Social, en sus procesos de adquisición de vacunas y medicamentos, sean estos procesos licitatorios o compras directas, darán prelación a los productores locales <u>con criterios científicos</u>, según la legislación aplicable.</p> <p>Se fortalecerá el desarrollo, validación y aplicación de métodos alternativos a la experimentación en animales en investigaciones biomédicas, la producción de fármacos, la producción de biológicos, la salud pública u otros similares, el cual se reglamentará de manera coordinada entre el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud (INS).</p>

Cordialmente,

JOSE OCTAVIO CARDONA LEON
Representante a la Cámara por Caldas
Partido Liberal





Acual 127 59

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL
LEYES
09 DIC 2024
RECIBIDO

120
8088

Bogotá D.C., diciembre de 2024
Honorable Representante
JAIME RAUL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Proposición para el Proyecto de Ley Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Respetado Presidente

Por intermedio suyo presento la siguiente **PROPOSICIÓN para adicionar un numeral al artículo 59:**

Artículo 59. Promoción de Investigación y producción Vacunas. Con el fin de estimular el desarrollo de Ciencia y Tecnología e Innovación en Salud a nivel nacional, en caso de existir oferta de vacunas producidas localmente por entidades públicas, privadas o mixtas, el Ministerio de Salud y Protección Social, en sus procesos de adquisición de vacunas y medicamentos, sean estos procesos licitatorios o compras directas, darán prelación a los productores locales, según la legislación aplicable y acorde con el perfil epidemiológico del país.

Se fortalecerá el desarrollo, validación y aplicación de métodos alternativos a la experimentación en animales en investigaciones biomédicas, la producción de fármacos, la producción de biológicos, la salud pública u otros similares, el cual se reglamentará de manera coordinada entre el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación con el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud (INS).

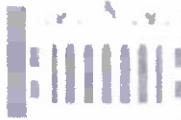
Atentamente

HÉCTOR DAVID CHAPARRO
Representante a la Cámara Boyacá
Partido Liberal



RECEBIDO
02 DEC 2004
CARRERA DE INGENIERIA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

02 DEC 2004



CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Jhon Fredy Núñez
REPRESENTANTE A LA CÁMARA CITREP #5

Bogotá D.C., diciembre 12 de 2024

Acord



15

*1 v
AJO.
6 57r*

Dr.
JAIME RAUL SALAMANCA TORRES
Presidente
Honorable Cámara de Representantes
Congreso de la Republica.

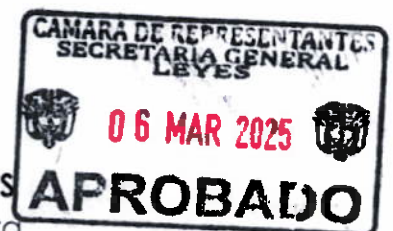
PROPOSICIÓN DE MODIFICACIÓN

Adiciónese al artículo 61 del Proyecto de Ley número 312 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", un nuevo numeral el cual quedará así:

Numeral nuevo. Se habilita a la ADRES para servir de garante ante las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, para establecer un mecanismo de crédito enfocado al pago de pasivos e inversión de las instituciones privadas prestadoras de servicios de salud de mediana complejidad, y las IPS públicas de mediana y alta complejidad y en caso de incumplimiento de las obligaciones del crédito por parte de estas IPS, se autoriza a la ADRES para el pago de las cuotas y a su descuento directo sobre el giro directo que les corresponde. Para la aplicación del presente artículo el Gobierno Nacional, hará la respectiva reglamentación.

Del Honorable Representante,


JHON FREDY NUÑEZ RAMOS
Representante a la Cámara
CITREP 5 Caquetá - Huila



JhonFredyNuñez



JhonFredyNuñez



jhon.nunez@camara.gov.co

APROBADO
18 DE MARZO 1901
SECRETARÍA DE HACIENDA

PROPOSICIÓN DE MODIFICACIÓN

Amor 227 61

Modifíquese el numeral 13 del artículo 61. del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones" el cual quedará así

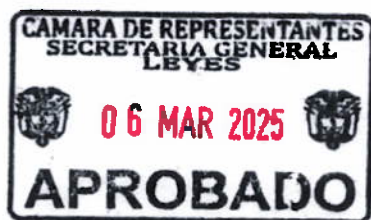
(...)

13. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE) se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Hacienda y Crédito Público que incluyan el pago de las acreencias que las EPS liquidadas han dejado con estas instituciones previa verificación y auditoría de las autoridades competentes de conformidad a lo establecido en la presente ley. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.

(...)

[Handwritten signature]
Vélez Salcedo

[Handwritten signature]
Jorge E. Tana 70



3:10pm

APPROBADO
10 MAR 1958
TAMANAIR REPEREYAN
10 MAR 1958

PROPOSICIÓN MODIFICATORIA

En mi condición de Representante a la Cámara por el Departamento de Caldas y conforme a lo establecido en los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5 de 1992, propongo a la Honorable Plenaria de la Cámara de Representantes, someter a consideración la siguiente proposición, con el fin modificar el artículo 61 del proyecto de Ley No. 312 del 2024 Cámara en el siguiente sentido:

ARTICULO ORIGINAL	ARTICULO PROPUESTO
<p>Artículo 61. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud. El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente Ley. Es principio de interpretación y fundamento de la transición que no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.</p> <p>En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:</p> <p>1. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explícita, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas.</p> <p>Las personas que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas de la</p>	<p>Artículo 61. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud. El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente Ley. Es principio de interpretación y fundamento de la transición que no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.</p> <p>En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:</p> <p>1. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explícita, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas.</p> <p>Las personas que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas,</p>



complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos.

Los contratos de los Prestadores serán progresivamente subrogados a los convenios de desempeño y acuerdos marco, de acuerdo a lo definido en la presente Ley, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno.

De igual forma, se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos.

El Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el Sistema de Salud.

Los residentes en el país podrán permanecer en las IPS de atención primaria que le ha asignado su EPS, mientras se surte el proceso de organización de los CAPS.

2. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que, cumplan requisitos de permanencia y a la entrada en vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida acordarán, con base en el reglamento que establezca el Gobierno nacional, las reglas para la entrega de la población a cargo al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede

privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos.

Los contratos de los Prestadores serán progresivamente subrogados a los convenios de desempeño y acuerdos marco, de acuerdo a lo definido en la presente Ley, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno.

De igual forma, se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos.

El Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el Sistema de Salud.

Los residentes en el país podrán permanecer en las IPS de atención primaria que le ha asignado su EPS, mientras se surte el proceso de organización de los CAPS.

2. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que, cumplan requisitos de permanencia y a la entrada en vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida acordarán, con base en el reglamento que establezca el Gobierno nacional, las



desprotegida en su derecho fundamental a la salud.

A tal efecto el Gobierno nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las EPS al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud.

3. Las EPS que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de entrada en vigencia de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las instituciones previstas en esta Ley. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al nuevo Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud.

La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), efectuará el reconocimiento y giro de las UPC y demás recursos del Aseguramiento Social en Salud.

Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas por los CAPS en la medida en que entren en operación. Las reglas del SGSSS serán aplicables a las EPS hasta por el periodo de transición de dos (2) años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley.

4. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su

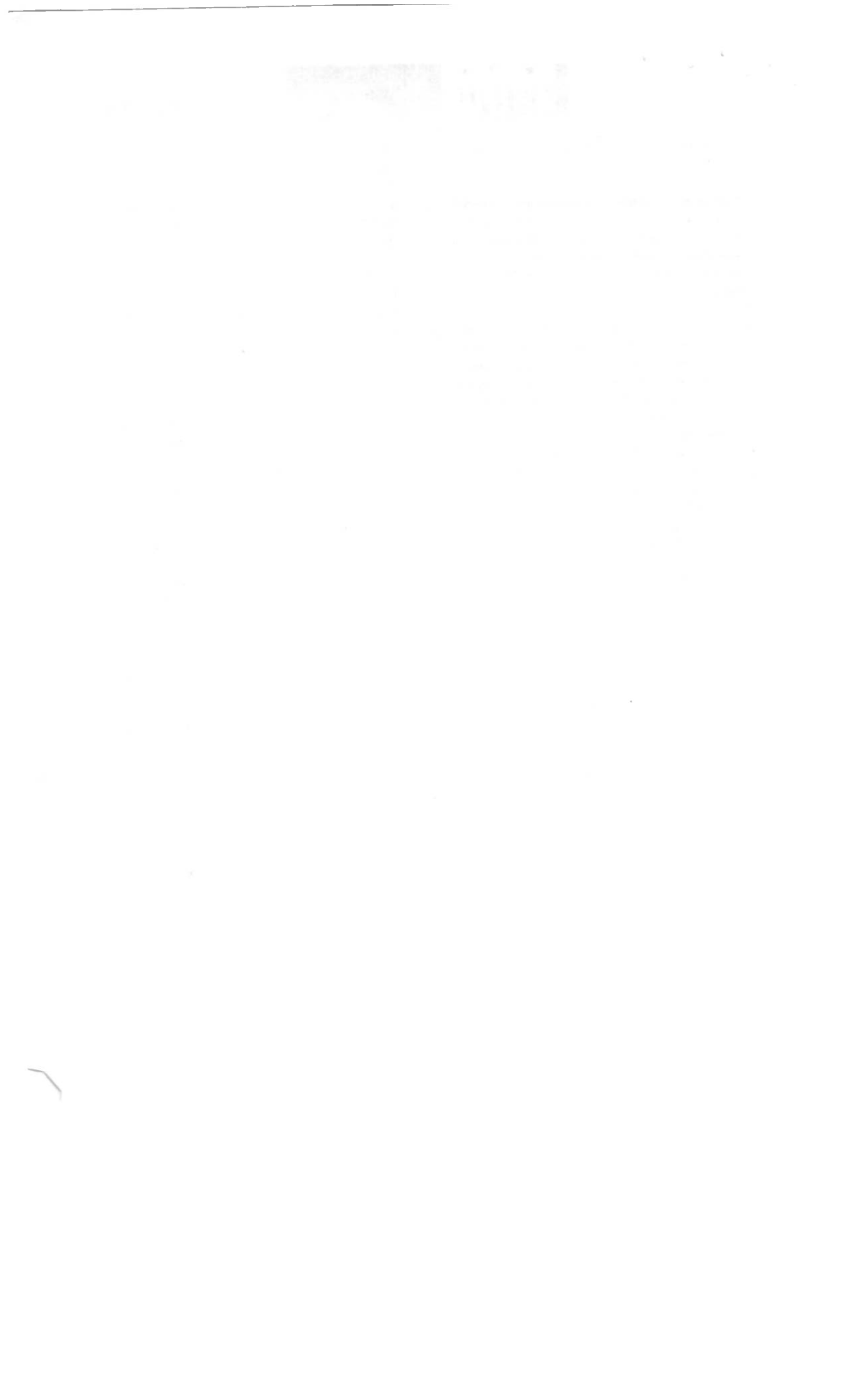
reglas para la entrega de la población a cargo al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud.

A tal efecto el Gobierno nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las EPS al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud.

3. Las EPS que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de entrada en vigencia de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las instituciones previstas en esta Ley. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al nuevo Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud.

La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), efectuará el reconocimiento y giro de las UPC y demás recursos del Aseguramiento Social en Salud.

Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas por los CAPS en la medida en que entren en operación. Las reglas del SGSSS serán aplicables a las EPS hasta por el periodo de transición de dos (2) años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las



operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las EPS con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:

- a. En un territorio donde haya una sola EPS, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.
- b. En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden EPS, los CAPS, en primer lugar, o la Nueva EPS, en segundo lugar, de prioridad, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas EPS con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes deberán asumir los afiliados de EPS liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados.

5. Si no existiesen los CAPS operando en los respectivos territorios, la Nueva EPS contratará los CAPS, si fuere necesario, o adscribirá la población a ella asignada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación.

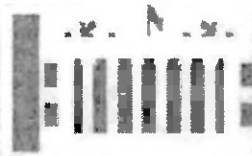
6. Donde se requiera, la Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los

disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley.

4. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las EPS con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:

- a. En un territorio donde haya una sola EPS, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.
- b. En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden EPS, los CAPS, en primer lugar, o la Nueva EPS, en segundo lugar, de prioridad, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas EPS con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes deberán asumir los afiliados de EPS liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados.

5. Si no existiesen los CAPS operando en los respectivos territorios, la Nueva EPS



servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de la adscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los CAPS, así como apoyará al Ministerio de Salud y Protección Social en la estructuración de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Las EPS que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.

7. Se acordará con las EPS que así lo acuerden con el Gobierno nacional, la ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las RIITS que atenderán a la población adscrita a los CAPS.

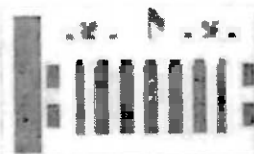
8. Las EPS durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el SGSSS, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los CAPS.

9. Las EPS podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES o las

contratará los CAPS, si fuere necesario, o adscribirá la población a ella asignada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación.

6. Donde se requiera, la Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de la adscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los CAPS, así como apoyará al Ministerio de Salud y Protección Social en la estructuración de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Las EPS que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.

7. Se acordará con las EPS que así lo acuerden con el Gobierno nacional, la ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las



entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.

10. Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los CAPS, los trabajadores que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, trabajen en las EPS, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento.

A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los CAPS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.

11. La ADRES está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de

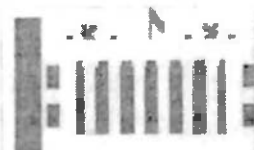
RIITS que atenderán a la población adscrita a los CAPS.

8. Las EPS durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el SGSSS, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los CAPS.

9. Las EPS podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.

10. Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los CAPS, los trabajadores que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, trabajen en las EPS, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento.

A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del



salud contratados en la red de las EPS. Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la UPC cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las EPS hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud. Las competencias aquí previstas para la ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan.

12. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. (CISA) podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las EPS de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las EPS que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.

Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los CAPS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.

11. La ADRES está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las EPS. Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la UPC cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las EPS hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud. Las competencias aquí previstas para la ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan.

12. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. (CISA) podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos

13. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE) se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.

14. El Gobierno nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente Ley establecerá la reglamentación para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.

15. El Gobierno nacional, diseñará programas de fortalecimiento institucional y financiero para las ESE que se transformen en ISE, los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

16. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las EPS a Entidades Gestoras de Salud y Vida.

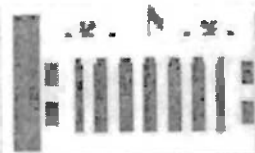
Las EPS que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.

La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las EPS, y no podrán ser

liquidatorios, de las EPS de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las EPS que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.

13. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE) se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.

14. El Gobierno nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente Ley establecerá la reglamentación para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.



asumidas por las entidades territoriales.

17. Las ESE del orden Nacional se transformarán en ISE. Las Entidades Territoriales transformarán las ESE del orden territorial en ISE. Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva la transformación de las ESE de orden nacional y territorial en ISE, para el efecto el Gobierno nacional determinará las fases y periodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas.

También se podrán transformar en ISE, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como ESE, y las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, las entidades territoriales las crearán como ISE del nivel de Gobierno que corresponda.

En todo caso, las ISE mantendrán ininterrumpidamente la prestación de servicios de salud a su cargo.

Los gerentes de las ESE transformadas en ISE, continuarán en el cargo hasta finalizar el periodo para el cual fueron nombrados, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente Ley. Serán removidos por las mismas causales previstas en la Ley 909 de 2004 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, por la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exija o por la evaluación insatisfactoria prevista en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011 y de acuerdo con el procedimiento previsto en la citada

15. El Gobierno nacional, diseñará programas de fortalecimiento institucional y financiero para las ESE que se transformen en ISE, los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

16. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las EPS a Entidades Gestoras de Salud y Vida.

Las EPS que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.

La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las EPS, y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales.

17. Las ESE del orden Nacional se transformarán en ISE. Las Entidades Territoriales transformarán las ESE del orden territorial en ISE. Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva la transformación de las ESE de orden nacional y territorial en ISE, para el efecto el Gobierno nacional determinará las fases y periodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas.

También se podrán transformar en ISE, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se

norma. La composición de los órganos plurales de dirección de ISE, se implementarán en el término no mayor a un (1) año.

18. Las personas que, al 31 de diciembre de 2023, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), se les brindarán alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación:

- a. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
- b. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
- c. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los nueve (9) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
- d. El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.

19. Se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, a través de las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, un mecanismo de crédito al sector salud enfocado al pago de pasivos de las EPS, que se transformarán en Gestoras de Salud y Vida, con giro y pago directo a los acreedores contemplados en el plan de

comportaron como ESE, y las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, las entidades territoriales las crearán como ISE del nivel de Gobierno que corresponda.

En todo caso, las ISE mantendrán ininterrumpidamente la prestación de servicios de salud a su cargo.

Los gerentes de las ESE transformadas en ISE, continuarán en el cargo hasta finalizar el periodo para el cual fueron nombrados, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente Ley. Serán removidos por las mismas causales previstas en la Ley 909 de 2004 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, por la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exija o por la evaluación insatisfactoria prevista en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011 y de acuerdo con el procedimiento previsto en la citada norma. La composición de los órganos plurales de dirección de ISE, se implementarán en el término no mayor a un (1) año.

18. Las personas que, al 31 de diciembre de 2023, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), se les brindarán alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación:

- a. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de



saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.

- b. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago después de 3 meses y antes de 6 meses dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
- c. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago después de 6 meses y antes de 9 dentro de los nueve (9) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
- d. El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago después de 9 meses y antes de 12 dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.

19. Se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, a través de las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, un mecanismo de crédito al sector salud enfocado al pago de pasivos de las EPS, que se transformarán en Gestoras de Salud y Vida, con giro y pago directo a los acreedores contemplados en el plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

Cordialmente,

JOSE OCTAVIO CARDONA LEON
Representante a la Cámara por Caldas
Partido Liberal



330/m

PROPOSICIÓN ADITIVA

Aud

Mar Pizarro
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

del Pute

Adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley 312 de 2024 Cámara, ACUMULADO con Proyecto de Ley 340 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", así:

Artículo Nuevo. Fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social bajo el marco de la Política de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud, diseñará e implementará el plan integral de fortalecimiento para el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), para hacerlo ágil, transparente y moderno, aumentado sus capacidades en talento humano y mecanismos de evaluación de desempeño de estos, implementación de sistemas informáticos que automaticen procesos regulatorios y eliminación de barreras administrativas basado en la implementación de las mejores prácticas internacionales adoptados y adaptadas a la entidad. Además, se llevará a cabo una reestructuración de la entidad guiada por principios de innovación pública para lograr la agilidad, transparencia y modernización del INVIMA. Esta reestructuración deberá contar con el asesoramiento del Departamento Nacional de Planeación, el Departamento Administrativo de la Función Pública y el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Parágrafo. Con el objetivo de fortalecer la capacidad operativa del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) en el control de productos que ingresan y salen del país, la entidad deberá garantizar la disponibilidad de atención continua durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en los puertos, aeropuertos y puntos fronterizos habilitados para el comercio internacional. Esta medida busca optimizar los tiempos de inspección, garantizar la seguridad sanitaria de los productos y prevenir el ingreso de mercancías que no cumplan con los requisitos legales y técnicos establecidos por la normativa nacional.

María del Mar

María del Mar Pizarro García
Representante a la Cámara por Bogotá

Juliana Rodríguez V.



Alga Lóica Velázquez
Cámara por Bogotá

Jose Bastidas

SEMPERESAR



PROPOSICIÓN ADITIVA

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de Ley No. 135 de 2024 cámara "por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

Adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de Ley No. 135 de 2024 cámara "por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

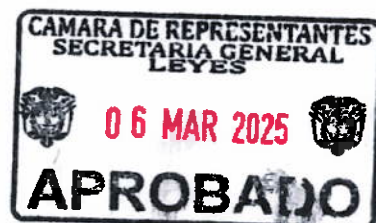
Artículo Nuevo. Plan de incentivos para la promoción del deporte, la recreación y la actividad física. El Ministerio de Salud junto con el Ministerio del Deporte, en el marco de la Comisión Nacional Intersectorial para la Coordinación y Orientación Superior del Fomento, Desarrollo y Medición de Impacto de la Actividad Física (CONIAF), dispondrán de 12 meses para presentar un Plan de Incentivos dirigido a Entidades Territoriales que realicen la gestión territorial del Modelo de Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables y Sostenibles (CERSS), el cual contribuye, entre otros objetivos, a aumentar la accesibilidad y asequibilidad de la población a programas de deporte, recreación y actividad física, así como promover la educación sobre la importancia de estos en la prevención de enfermedades crónicas y la promoción de la salud en general.

Los recursos del citado plan de incentivos, hará parte de la planificación sectorial e intersectorial, incluyendo recursos nacionales, territoriales, conforme competencias institucionales, y de otras fuentes como cooperación nacional e internacional.

El plan tiene como propósito primordial la continuidad de los programas, proyectos y estrategias de promoción de la actividad física y deporte, evitando periodos de tiempo de no garantía de dicha oferta a la población.

Atentamente.

JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA
Representante a la Cámara por Antioquia
Partido Alianza Verde



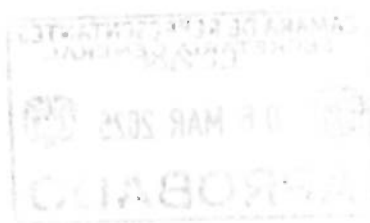
Carrera 7 No. 8 - 68 Oficina 623B - Edificio Nuevo del Congreso - Bogotá

(601) 877 07 20 Ext 3614 - 3615

✉ juan.londono@camara.gov.co

JUSTIFICACIÓN

La institución del litisconsorcio necesario se presenta en el plano del derecho sustancial, cuando existe una pluralidad de sujetos respecto de una única relación sustancial; es preciso aclarar que en materia probatoria no puede considerarse litisconsorcio necesario aquella parte respecto de la cual se requiera la práctica de una prueba. Consideramos importante agregar el parágrafo aclaratorio, en especial para que los operadores judiciales, no presenten confusiones entre litisconsorcio necesario y el cuasi necesario.



Carrera 7 No. 8 - 68 Oficina 623B - Edificio Nuevo del Congreso - Bogotá

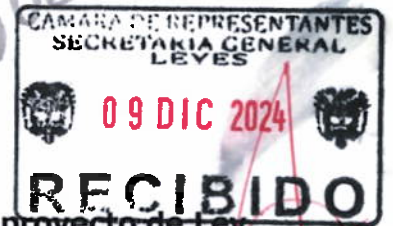
☎ (601) 877 07 20 Ext. 3614 - 3615

✉ juan.londono@camara.gov.co



@camilolondono13

PROPOSICIÓN ADITIVA



Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de Ley No. 135 de 2024 cámara "por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

3

Adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de Ley No. 135 de 2024 cámara "por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo Nuevo. Programas y profesionales de actividad física para la prevención de enfermedades. Los Centros de Atención Primaria en Salud se articularán a programas de actividad física dispuestos por el sector de deportes y recreación y la entidad territorial respectiva en el marco del Modelo CERSS, el cual facilita un ordenamiento territorial por la salud, la promoción de estilos de vida saludable y el fortalecimiento de las capacidades de los profesionales de la salud y comunitarios para realizar consejería actividad física en el marco de la atención integral y la garantía al derecho a la salud.

Los programas de actividad física deberán ser desarrollados y supervisados por profesionales de la salud, de la educación física, deporte y/o recreación conforme la población y el territorio a atender, los cuales contarán con vinculación laboral por el sector deportes o la entidad territorial, conforme competencias.

Parágrafo 1. Los programas de actividad física deberán estar diseñados para atender las necesidades y características específicas de cada persona, familia o comunidad, considerando su edad, estado de salud, estilos de vida, cultura y características del territorio.

Parágrafo 2. Los profesionales del área de la salud, actividad física, deporte y/o recreación, deberán estar disponibles para asesorar y orientar a las personas, familias y comunidades en relación con la actividad física, sus beneficios y la forma en que esta se puede integrar a su estilo de vida, cultura y territorio.

Atentamente.

JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA
Representante a la Cámara por Antioquia
Partido Alianza Verde



Carrera 7 No. 8 - 68 Oficina 623B - Edificio Nuevo del Congreso - Bogotá
(601) 877 07 20 Ext. 3614 - 3615

✉ juan.londono@camara.gov.co



@camilolondono13

DET HUEL



PROPOSICIÓN ADITIVA

Proyecto de Ley No. 312 de Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES "

110
10090


Agréguese un artículo nuevo al Proyecto de Ley que quedaría así:

ARTÍCULO NUEVO.- OBSERVATORIO NACIONAL Y TERRITORIAL DE SALUD MENTAL.
Modifíquese lo dispuesto en el parágrafo del artículo 32 de la ley 1616 de 2013, el cual quedará así:

"Créese el Observatorio Nacional y territorial de salud mental el cual estará liderado y administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, como organismo independiente para el monitoreo y seguimiento a la encuesta nacional de salud mental, la encuesta nacional de consumo de drogas alcohol y tabaco y demás encuestas, programas, instituciones o entidades que contengan en su poder datos nominales sobre salud mental.

Lo anterior, como mecanismo que permita la fácil identificación, focalización, y sirva como instrumento de análisis, que ayude a establecer lineamientos para la prevención y orientación en temas relacionados con salud mental.

Para ello, el Observatorio Nacional y Territorial de Salud Mental se encargará de actualizar la Encuesta Nacional de Salud Mental, la Encuesta Nacional de Adicciones, y mantendrá una investigación continua y permanente.


OLGA LUCÍA VELÁSQUEZ NIETO
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza Verde



AQUI VIVE LA DEMOCRACIA

RECEIVED
10 DEC 1954
OFFICE OF THE SECRETARY OF DEFENSE

TO: THE SECRETARY OF DEFENSE
FROM: THE SECRETARY OF THE ARMY
SUBJECT: [Illegible]

[The following text is extremely faint and largely illegible, appearing to be a memorandum or report.]

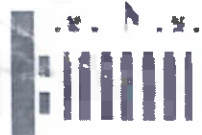
RECEIVED
17 MAR 1955
OFFICE OF THE SECRETARY OF DEFENSE

[Illegible text block]

Alirio Uribe Muñoz

Representante a la Cámara por Bogotá

Bogotá DC., 10 de diciembre de 2024



PROPOSICIÓN

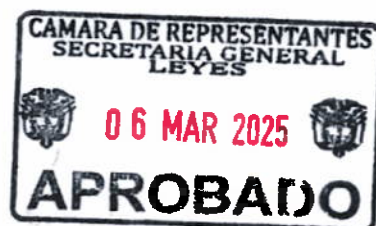
Adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo Nuevo. Desestimación de la personalidad jurídica para la liquidación judicial. En cualquier momento del proceso de liquidación judicial que adelante la Superintendencia Nacional de Salud, si de las pruebas recaudadas se considera necesario establecer el beneficiario real de las operaciones o transacciones realizadas por personas jurídicas y naturales y/o patrimonios autónomos, el Director de la actuación correspondiente podrá decretar como prueba el levantamiento del velo corporativo con el fin de identificar a los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales, y de determinar si procede su responsabilidad en los actos que provocaron la cesación de pagos de la vinculada o relacionadas. En cualquiera de los siguientes eventos se presumirá su responsabilidad:

1. Cuando se cuente con serios indicios de que la acción u omisión atribuida a la persona jurídica, haya sido producida por causa o con ocasión de las actuaciones de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales;
2. Cuando la persona jurídica promueva o se halle en estado de insolvencia o liquidación, y ponga en riesgo el resarcimiento de los recursos de la salud afectados;
3. Cuando la lesión a los recursos de la salud o a la afectación de intereses patrimoniales de naturaleza pública y privada, se haya generado por explotación o apropiación de bienes o recursos de la salud en beneficio de terceros.
4. Cuando se requiera para el ejercicio de sus funciones y ante la inminencia de pérdida o pérdida de recursos de la salud por cobro de lo no debido o indebida aplicación de los recursos de la salud.
5. En los anteriores eventos se procederá al embargo de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.

Atentamente,

ALIRIO URIBE MUÑOZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico - Circunscripción Bogotá



VIDA
#PorLaJusticiayLaPaz

alirio.uribe.representante@gmail.com
alirio.uribe@camara.gov.co

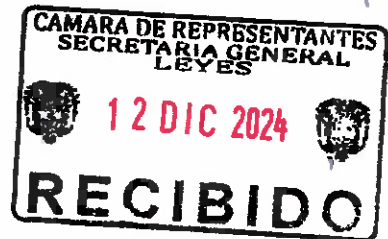
RECIBIDO
15 DIC 2024
CAMARA DE REPRESENTANTES

Si 96 No 16
Apu

RECIBIDO
11 MAR 2025
CAMARA DE REPRESENTANTES

Bogotá, diciembre de 2024

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes



2:33 p

9 7

PROPOSICIÓN ARTÍCULO NUEVO

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Adiciónese un artículo nuevo:

Artículo Nuevo. Laboralización y formalización en las ISE. Las ISE vincularán laboralmente a personas que desarrollen actividades misionales, propias y permanentes a la entrada en vigencia de la presente ley, siempre que sea voluntad expresa de quien presta los servicios de salud. Esta vinculación se realizará en concordancia con la formalización del empleo público y bajo los criterios de meritocracia y vocación de permanencia establecidos en el artículo 82 de la Ley 2294 de 2023.

Las ISE implementarán una planta temporal como mecanismo transitorio mientras se realizan los estudios correspondientes para la provisión definitiva de la planta permanente para el nivel asistencial, técnico y profesional. La provisión de los empleos en la planta temporal deberá cumplir con el procedimiento señalado en la Ley 909 de 2004.

En ausencia de lista de elegibles, los empleos en la planta temporal se asignarán de manera preferencial a las personas que cumplan con los requisitos establecidos y que, al momento de la entrada en vigencia de la presente ley, estén prestando servicios de salud y desarrollando actividades mediante una modalidad de vinculación diferente. En todo caso, para el proceso de vinculación, una vez cumplidos los requisitos, prima la antigüedad.

El Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, junto con el Ministerio de Salud y Protección Social, diseñará en un plazo de un (1) año un modelo técnico estandarizado para la creación de plantas de personal en las ISE, garantizando el principio meritocrático, la formalización laboral voluntaria de quienes prestan servicios en salud.

Marta F. Carrasquilla
Renata de B...
Ana Eugenia Copen

Alfredo Mondragon

Alfonso Garza

Camilo Avila

Germán P. Simeón
Juan Camilo Torres

ANEXO
aval

PROPOSICIÓN

6

Adiciónese un artículo nuevo al proyecto de ley 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de ley 135 de 2024 Cámara, "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Artículo xxxx Trámites ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). El Instituto Nacional de Medicamentos y Alimentos- INVIMA- implementará las medidas y procesos que sean necesarias para garantizar el fortalecimiento y el crecimiento de la fabricación local de medicamentos en Colombia mediante la agilización y validación de un mecanismo para estos trámites por medio del cual previo cumplimiento de los requerimientos técnicos y legales contemplados en la normatividad se obtenga las aprobaciones en un tiempo no mayor de 6 meses. Así mismo que para los medicamentos importados se les impongan los mismos condicionamiento y controles que se exige a los medicamentos nacionales para poder otorgar los registros

Justificación

Teniendo en cuenta la importancia de poder fortalecer la capacidad de fabricación del país tal y como está establecido tanto en el Plan Nacional de Desarrollo como en la Ley 2336 de 2024 respecto de la autonomía sanitaria, es de igual forma importante poder aunar todos los esfuerzos y materializarlos en medidas que contribuyan a ese fortalecimiento de la capacidad local en aras de atender las necesidades de los colombianos, para lo cual si bien está contemplado el fortalecimiento del Invima como autoridad sanitaria, es necesario adoptar medidas más en concreto y a corto plazo que permitan previo cumplimiento de las exigencias vigentes el acceso a más medicamentos garantizando la seguridad, calidad y eficacia con tiempos competitivos que permitan ese desarrollo local permanente.




DIEGO PATIÑO AMARILES
Representante a la Cámara
Departamento de Risaralda



10:26

RECEIVED
CASA DE REPOSICION
RECIBIDO
12 MAR 1965
APROBADO

RECEIVED
CASA DE REPOSICION
RECIBIDO
12 MAR 1965

Bogotá D.C. Diciembre 17 de 2024

Honorable Representante
Jaime Raul Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes
Congreso de la República

Reciba un cordial saludo.

Con sustento en la Ley 5ª de 1992 "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes", en su sección 5, Artículo 114, presentamos la siguiente:

PROPOSICIÓN ARTÍCULO NUEVO

Al texto para segundo debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Adiciónese el siguiente artículo,

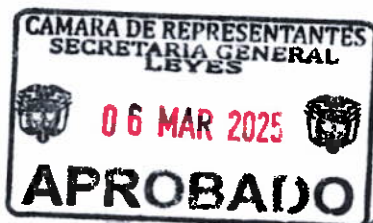
ARTICULO NUEVO. Actualización de guías de práctica clínica, lineamientos o protocolos para la atención integral en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social liderará los procesos para la actualización continua y permanente de las Guías de Práctica Clínica, protocolos y lineamientos que guían la práctica clínica basada en buenas prácticas para el sistema de salud colombiano. Para esto podrá, en virtud de los cambios al sistema que se derivan de la presente ley, convocar a diferentes actores del sistema de salud incluyendo actores institucionales, representantes de la academia, instituciones prestadoras de servicios de salud, pacientes, comunidades, entre otros.

Justificación: Es importante dejar en el proyecto de reforma a la salud la necesidad de actualizar las GPC, protocolos y lineamientos.

Respetuosamente,



MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO
Representante a la Cámara por el Tolima
Coalición Pacto Histórico – Partido Alianza Verde



12:27

[Handwritten signature]

PROPOSICIÓN ADITIVA

10

ADICIONESE UN ARTÍCULO NUEVO AL PROYECTO DE LEY NO. 312-2024C POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES, EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

En atención a lo dispuesto en los artículos 112, 113, 114 y 115 de la Ley 5 de 1992, agréguese un artículo nuevo al proyecto de ley número 312 DE 2024 De Cámara "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", los cuales quedarán así:

ARTÍCULO NUEVO. DEFENSOR DEL USUARIO EN SALUD. El Defensor del Usuario en Salud, creado a través del artículo 42 de la Ley 1122 de 2007, será una de las instancia encargada de recibir y atender las quejas y reclamos de los pacientes y usuarios que presenten barreras o conflictos relacionados con la Atención Primaria en Salud (APS) y la atención en los niveles primario y complementario, para garantizar el cumplimiento de los principios de universalidad, integralidad, solidaridad, participación, humanización, eficiencia y calidad de los servicios de salud en la jurisdicción territorial de cada departamento o distrito.

La organización y funcionamiento del Defensor del Usuario en Salud será financiada con los recursos establecidos en el artículo 137 de la Ley 1438 de 2011.

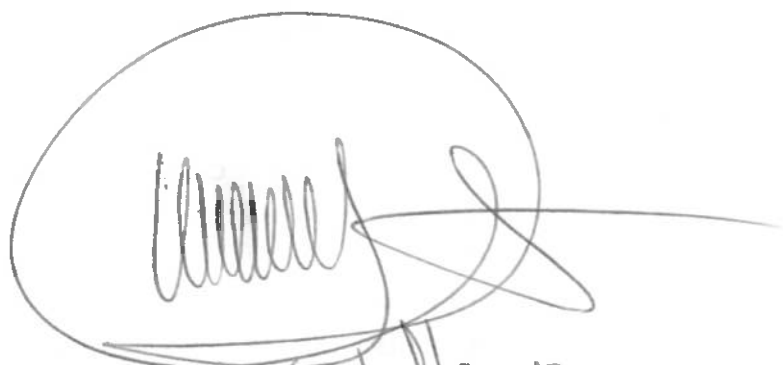
La defensoría del usuario en salud hará uso de las tecnologías de la información para brindar una atención ágil y eficiente; la cual contará con un enfoque diferencial territorial, etario y de género.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo relacionado con el número de defensores y la elección de estos por los usuarios, para lo cual deberá prever unas garantías electorales democráticas mínimas, en particular, el voto libre y la adjudicación de los escaños en forma proporcional a los votos obtenidos por cada lista.

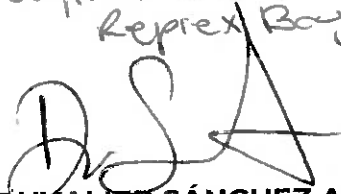


10:31 am

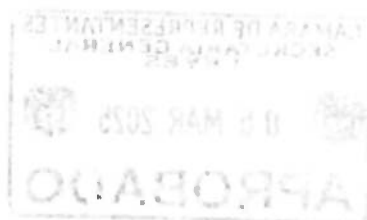
Los usuarios de los servicios de salud podrán formular sus quejas o reclamaciones, relacionadas con la prestación de los mismos, ante la Superintendencia Nacional de Salud, instaurar las acciones judiciales correspondientes ante las autoridades competentes, directamente y con independencia de la actuación que adelanten o que puedan adelantar ante el Defensor del Usuario en Salud. El Defensor del Usuario en Salud no tendrá la competencia de sancionar a los prestadores de servicios de salud.



Wilmer Castellanos
Repres. Boyacá



DUVALIER SÁNCHEZ ARANGO
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde



Justificación

El derecho a la salud, como derecho fundamental establecido en el artículo 49 de la Constitución Nacional es objeto de protección especial dentro del territorio Nacional. En este sentido, la corte constitucional de acuerdo a las barreras de acceso a servicios de salud y conflictos generados en torno a su prestación ha sido el tribunal de última instancia que ha resuelto a través de sentencia de tutela los casos con barreras de acceso a servicios de salud en especial aquellos en los cuales sujetos de protección especial y ciudadanos con afectaciones graves de la salud han sido objeto de vulneración de este derecho fundamental.

En torno a lo anterior, es preponderante precisar que para el año 2022 la Corte Constitucional reporta un total de 156.274 acciones de tutelas radicadas, en las que se demanda el derecho fundamental a la salud, este número, constituyen el 24,79% de las 633.463 tutelas radicadas antes esta corte durante esta vigencia, tal como se puede evidenciar en la siguiente gráfica. (Corte Constitucional de Colombia, 2023).

DERECHOS DEMANDADOS

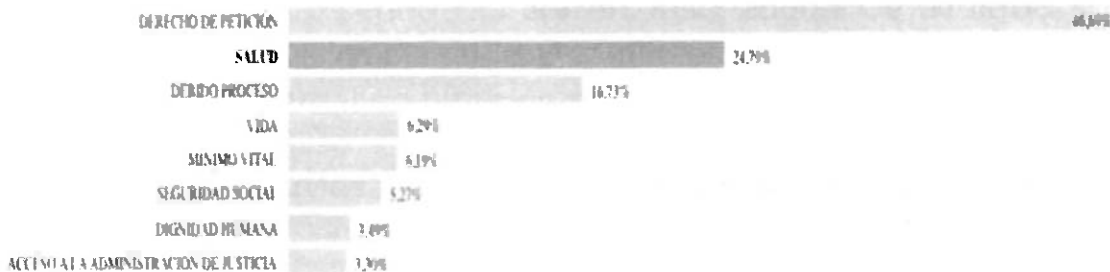


Ilustración 1 Porcentaje de Tutelas, por derecho tutelado. (Corte Constitucional de Colombia).

Ahora bien, de las tutelas en las que se demanda el derecho fundamental a la salud, las principales barreras de acceso a servicios de salud son las relacionadas con: 1) Autorización de procedimientos médicos, 2) entrega oportuna de medicamentos, 3) asignación de citas médicas, 4) continuidad en la prestación de los servicios, 5) transporte y viáticos para recibir atención y 6) valoración para diagnóstico médico, como se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 1. Relación de número de tutelas por barrera de acceso.

Tipo de Barrera	Número de tutelas radicadas en 2022
Autorización de procedimientos médicos	52.705
Entrega Oportuna de Medicamentos	31.031
Asignación de citas médicas	26.870
Transporte y viáticos para recibir atención.	24.761
Continuidad con la atención	17.483
Valoración y diagnóstico médico	13.480

Las situaciones descritas anteriormente son las fallas recurrentes en la prestación de servicios de salud que generan vulneración a este derecho fundamental y están directamente relacionadas con los servicios de salud (SS) prestados desde las Empresas Administradoras de Beneficios (EAPB), estas circunstancias técnico, administrativas y operativas son reiteradas y generan negación, dilatación o baja prestación de servicios de salud a pacientes y usuarios.

En esta misma línea, cabe resaltar que el 80% de las acciones de tutela que se radican en Colombia , son legitimadas a través de un agente oficioso y no la persona que demanda el derecho, lo cual demuestra la necesidad que la ciudadanía tiene, para recibir una atención cercana, que permita que sus quejas y reclamos sean recepcionados y gestionados en sus propios territorios sin requerir al pago de honorarios y procesos dilatorios que afecten en mayor medida su salud y pongan en riesgo su vida.



Ilustración 2. Porcentaje de tutelas de acuerdo a legitimador de la acción.(Corte Constitucional).

La defensoría del paciente permitirá garantizar que los pacientes y usuarios del sistema de salud, cuenten con una instancia dentro su propio territorio, que garantice que las quejas, reclamos, barreras de acceso y conflictos que surjan de la prestación de servicios de salud, sean recepcionadas y gestionadas con celeridad, evitando falta de oportunidad, agilidad, dilatación y vulneración de sus derechos. Este ejercicio garantiza la fluidez en la solución de las barreras. La defensoría del paciente cumple con un rol que se hace fundamental en la entrada en vigencia del nuevo sistema, permitirá la consolidación de información clara y oportuna y además la consolidación de un sistema humanizado, enfocado en la atención resolutive y eficiente de las necesidades en salud dentro de los territorios.

PROPOSICIÓN

AL TEXTO PROPUESTO EN LA PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY Nro. 312/2024C
"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Adiciónese un artículo nuevo al texto propuesto para segundo debate del Proyecto de Ley Nro. 312/2024C "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", así:

ARTÍCULO NUEVO. El Estado dispondrá de los recursos necesarios para la caracterización y focalización de las personas con discapacidad, en ese sentido se garantizará para el solicitante la gratuidad de la certificación de discapacidad y la inclusión de esta población en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD.

WILMER CASTELLANOS HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara por Boyacá
Congreso de la República de Colombia



Duvalier

JUSTIFICACIÓN

La población con discapacidad, por disposición del artículo 13 de la Constitución, debe beneficiarse de medidas de diferenciación positiva que garanticen una igualdad real y efectiva frente a los demás miembros de la sociedad. En este contexto, la certificación que acredita la condición de discapacidad es un requisito esencial, pero no debe convertirse en una barrera adicional para la garantía plena de los derechos de esta población.

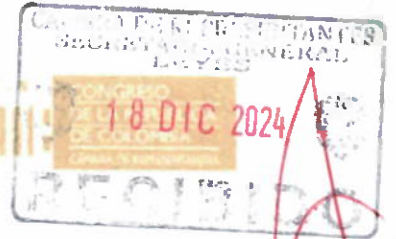
Actualmente, el Departamento para la Prosperidad Social ha señalado que, en el marco del programa Renta Ciudadana, no ha sido posible priorizar la entrega de transferencias monetarias a las personas con discapacidad debido a la falta de un registro completo y actualizado de esta población. Esta carencia ha generado importantes dificultades operativas que afectan directamente la implementación de políticas sociales dirigidas a mejorar su calidad de vida.

En mi calidad de coordinador de la Comisión Accidental por la Discapacidad de la Cámara de Representantes, he recibido numerosos testimonios que evidencian los obstáculos que enfrentan las personas con discapacidad para tramitar la certificación correspondiente y registrarse formalmente. Estos relatos subrayan la urgencia de garantizar que este proceso sea operativo y gratuito, asegurando así que quede consagrado en la ley como un compromiso ineludible del Estado.

Históricamente, la discapacidad ha sido abordada principalmente desde un enfoque de salud, lo que ha limitado una visión integral de los derechos de esta población. En el marco de este proyecto de ley, que incluye medidas de diferenciación positiva para diversos grupos poblacionales, es imperativo garantizar mecanismos efectivos que protejan y promuevan los derechos de las personas con discapacidad, alineados con un enfoque de inclusión social.

Por último, la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas efectivas requieren una caracterización precisa y focalización real de la población con discapacidad. Este paso es esencial para diseñar estrategias que lleguen a quienes más lo necesitan y que permitan transformar sus condiciones de vida, promoviendo así una sociedad más equitativa e inclusiva.

Rec



PROPOSICIÓN ADITIVA

Adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones" el cual quedará así:

Artículo nuevo. El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, definirá la política de autocuidado reconociendo la importancia de la promoción de hábitos saludables y la formación de pacientes informados como uno de los pilares del sistema de salud. La política de autocuidado deberá ser revisada cada 10 años y deberá contar con recursos de inversión del Ministerio de Salud y Protección Social.

La política de autocuidado deberá contar con los siguientes elementos:

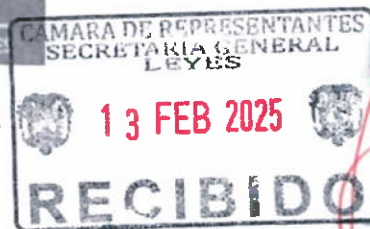
- Alfabetización en Salud
- Autoconocimiento y autoconciencia física y mental
- Actividad física
- Alimentación saludable
- Prevención de riesgos
- Buena higiene
- Uso adecuado de productos y servicios de salud

ERIKA TATIANA SÁNCHEZ PINTO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR SANTANDER





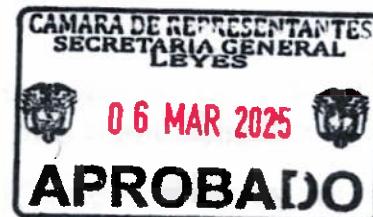
MARÍA FERNANDA CARRASCAL ROJAS
Representante a la Cámara - Bogotá



Bogotá D.C., febrero de 2025

Honorable Representante
Jaime Raúl Salamanca
Presidente
Cámara de Representantes

13



PROPOSICIÓN

Adiciónese el siguiente artículo al Proyecto de Ley No 312 de 2024C.

Artículo nuevo. Modifíquese el párrafo 1 del artículo 6 de la Ley 1917 de 2018, el cual quedará así:

PARÁGRAFO 1. Con los recursos establecidos en el presente artículo se financiará el sostenimiento del residente por un monto de tres salarios mínimos legales mensuales vigentes, por un plazo máximo que será la duración del programa de especialización médico-quirúrgica, según la información reportada oficialmente por las instituciones de educación superior al Ministerio de Educación Nacional.

Harán parte de los recursos con los que se financia el apoyo de sostenimiento educativo, los rendimientos financieros que dichos recursos generen, los cuales podrán ser destinados al cubrimiento de los costos de administración y operación y a la ampliación de la cobertura del Sistema Nacional de Residencias Médicas

El Ministerio de Salud podrá financiar el sostenimiento de estudiantes colombianos que cursan programas de especialización médico-quirúrgica en el exterior, para lo cual

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel: 390 4050 ext. 4044 - 3691 / Correo electrónico: mfc@mafecarrascal.com

MARÍA FERNANDA CARRASCAL ROJAS
Representante a la Cámara - Bogotá

reglamentará los requisitos para aplicar y definir los beneficiarios del apoyo de sostenimiento educativo del que trata la presente ley.

JUSTIFICACIÓN

El talento humano en salud disponible en el país para atender las especialidades médicas es insuficiente para las necesidades existentes.

De acuerdo con Observatorio de Talento Humano en Salud, en Colombia hay 16 cardiólogos por cada 1 millón de habitantes, lo cual es un nivel muy bajo con respecto a países desarrollados (la media en Europa es de 105 por un millón de habitantes¹, 63 en España², 100 en Francia, 50 en Reino Unido³).

Esto es más preocupante cuando se observan las diferencias territoriales al interior del país. Mientras en Bogotá hay 34 cardiólogos por 1 millón de habitantes, en varios departamentos del país no alcanzan a haber 10 por millón de habitantes (Caquetá 2; Vichada 8; Putumayo 5; Chocó 3; Casanare 9; La Guajira 5; Magdalena 8; Tolima 9; Nariño 6; Meta 9).

El proceso formativo de residentes médicos dentro del país (formación en especialidades médicas) muestra también un panorama bastante complejo que preocupa sobre el futuro del talento humano de médicos especialistas.

Según el Observatorio de Talento Humano en Salud, en la actualidad hay 12.517 residentes médicos en el país, de los cuales el 55% está concentrado en solo 6 especialidades (medicina interna, pediatría, ginecología, medicina familiar, anestesiología y cirugía general).

¹ [Grecia, Italia y Chipre: los países campeones en cardiología | PlantaDoce](#)

² [Perfil-cardiologos-en-espana-2022-2035.pdf](#)

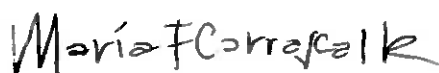
³ [20 países de la UE, por delante de España en cardiólogos por habitantes](#)

MARÍA FERNANDA CARRASCAL ROJAS

Representante a la Cámara - Bogotá

Especialidades tan importantes como la Cirugía Cardiovascular, la Neurocirugía y la Cirugía vascular (que son claves para tratar las enfermedades cardiovasculares y enfermedades cerebrovasculares) no alcanzan ni a completar juntas el 0.1% del talento humano en proceso de formación.

Por tanto, fortalecer el proceso de formación de talento humano en el exterior como se propone a partir de esta proposición, a través del apoyo financiero del estado a estudiantes de especialidades médicas en el exterior, posibilita una mayor cantidad de médicos especialistas en el país que puedan atender estas necesidades crecientes y diferenciadas territorialmente.



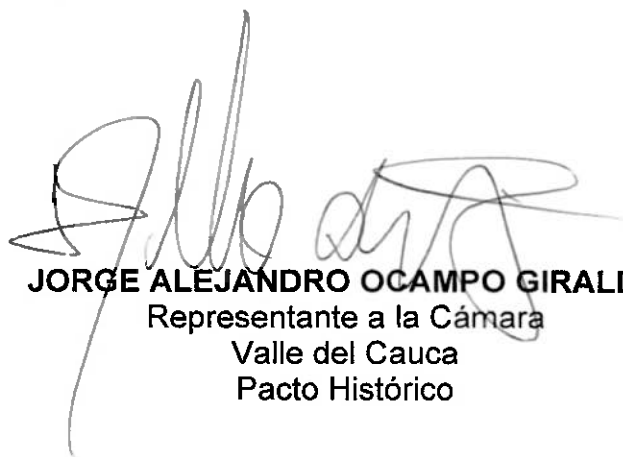
MARIA FERNANDA CARRASCAL ROJAS

Representante a la Cámara por Bogotá
Pacto Histórico



EDUARD GIOVANNY SARMIENTO HIDALGO

Representante a la Cámara por Cundinamarca
Pacto Histórico



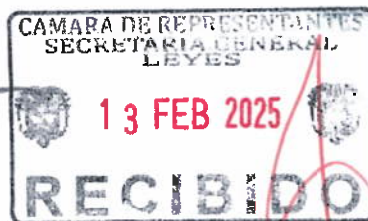
JORGE ALEJANDRO OCAMPO GIRALDO

Representante a la Cámara
Valle del Cauca
Pacto Histórico

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA



CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES



Bogotá D.C., febrero de 2025

Honorable Representante
JAIME RAÚL SALAMANCA
Presidente
Cámara de Representantes



PROPOSICIÓN

Adiciónese un artículo nuevo al PL 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", así:

ARTÍCULO NUEVO. TRÁMITE EXPEDITO PARA CONVALIDACIÓN DE TÍTULOS EN SALUD OBTENIDOS EN EL EXTRANJERO. Se modifica el artículo 62 de la Ley 1753 de 2015, el cual quedará de la siguiente manera.

«ARTÍCULO 62. CONVALIDACIÓN DE TÍTULOS EN EDUCACIÓN SUPERIOR.

El Ministerio de Educación Nacional establecerá, mediante un reglamento específico, el procedimiento de convalidación de títulos extranjeros de acuerdo con los criterios legalmente establecidos, y según los acuerdos internacionales que existan al respecto.

El Ministerio de Educación Nacional contará con dos (2) meses para resolver las solicitudes de convalidación de títulos, cuando la institución que otorgó el título que se somete a convalidación o el programa académico que conduce a la expedición del título a convalidar se encuentren acreditados, o cuenten con un reconocimiento equivalente por parte de una entidad certificadora o evaluadora de alta calidad, reconocida en el país de procedencia del título o a nivel internacional.

Las solicitudes de convalidación de los títulos universitarios oficiales, no incluidos en los supuestos del inciso anterior, se resolverán en un plazo máximo de cuatro (4) meses.

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Carrera 7 # 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Of. 628-630.
Tel: 390 4050 ext. 4044 - 3691 / Correo electrónico: mfc@mafecarrascal.com

Los títulos propios o no oficiales no serán susceptibles de convalidación.

Las solicitudes de convalidación de títulos obtenidos en el extranjero que pertenezcan al área de la salud, y que correspondan a las señaladas en el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior - SNIES, serán tramitadas a través de un procedimiento especial y expedito, para tal efecto, el Ministerio de Educación Nacional reglamentará dicho procedimiento de convalidación, en coordinación con el Departamento Administrativo de la Función Pública, además de efectuar los ajustes internos necesarios para atender estas solicitudes.

El término para que el Ministerio de Educación Nacional convalide los títulos obtenidos en el extranjero que pertenezcan al área de la salud, será en un término improrrogable de treinta (30) días calendario sin dejar de observar las condiciones indicadas en este artículo.

Los programas de pregrado del área de la salud que no tengan un programa equivalente y activo en Colombia no podrán ser convalidados.

El incumplimiento de los términos establecidos en este artículo será causal de mala conducta.

PARÁGRAFO PRIMERO. Los títulos otorgados por instituciones de educación superior, pero no validados por las autoridades de educación oficiales del país de origen de la institución y denominados como universitarios no oficiales o propios, otorgados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, no serán objeto de convalidación.

~~Sólo se convalidarán aquellos títulos universitarios no oficiales o propios, a los estudiantes que se encuentren matriculados en Programas de Educación Superior que conduzcan a la obtención de títulos universitarios no oficiales o propios, con anterioridad a la expedición de la presente ley, bajo el criterio exclusivo de evaluación académica.~~

PARÁGRAFO SEGUNDO. Las Instituciones Estatales no podrán financiar con recursos públicos, aquellos estudios de Educación Superior que conduzcan a la obtención de títulos universitarios no oficiales o propios.»

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA


JUSTIFICACIÓN

Se hace necesario crear un procedimiento que sea ágil en la convalidación de títulos obtenidos en el exterior en el área de ciencias de la salud, en tanto se requiere una mayor cantidad tanto de médicos como de especialistas en diferentes ramos de la medicina de manera que se pueda ampliar la atención de la población colombiana, no sólo en las capitales o cabeceras urbanas, sino que también la atención se pueda extender a todo el territorio nacional de manera eficiente.

Atentamente.


MARIA FERNANDA CARRASCAL
Representante a la Cámara por Bogotá
Pacto Histórico


EDUARD GIOVANNY SARMIENTO HIDALGO
Representante a la Cámara por
Cundinamarca
Pacto Histórico

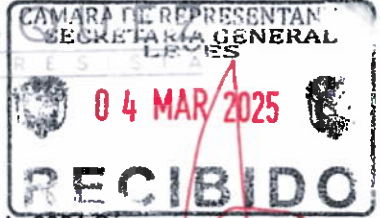

JORGE ALEJANDRO OCAMPO GIRALDO
Representante a la Cámara
Valle del Cauca
Pacto Histórico

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Alexandra

VÁSQUEZ

AL+ 20+00



PROPOSICIÓN ADITIVA

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Con fundamento en lo contemplado en la ley 5 de 1992 y las normas concordantes, adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

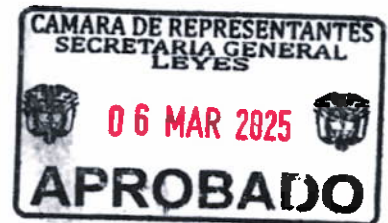
Artículo Nuevo. Financiamiento de la ciencia, Innovación Tecnológica e investigación en Salud. Autorízase al Gobierno nacional para incorporar las partidas presupuestales para el fortalecimiento y mejoramiento científico, tecnológico y de innovación del Instituto Nacional de Salud - INS, a través de planes y programas que contribuyan a la salud pública, lo anterior, de acuerdo con la disponibilidad de recursos, el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo.

Atentamente,

Alexandra Vasquez Ochoa

LEIDER ALEXANDRA VASQUEZ OCHOA

Representante a la Cámara por Cundinamarca



Bogotá, D. C.

Señor:

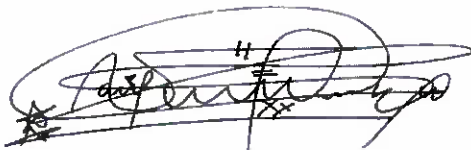
JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
Secretario General Cámara de Representantes

Asunto: Proposición modificativa del PL 312/2024 Cámara - acumulado con el PL 135/2024 Cámara.

Cordial saludo,

Respetuosamente me permito someter a consideración de la honorable Plenaria de la Cámara de Representantes, la siguiente «Proposición de artículo nuevo» al **Proyecto de Ley 312 de 2024 C** "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

ARTÍCULO NUEVO: Modelo comunitario de salud mental. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá implementar una red comunitaria de salud mental, entre lazando la participación comunitaria con los CAPS, gestoras de salud y vida, entes territoriales, locales y/o distritales, instituciones Educativas, y demás actores relacionados, con el fin de que promuevan la prevención de riesgo en salud mental, la identificación de signos de alarma en niños, jóvenes, adultos y todos los actores de la comunidad, y así brindar la capacitación pertinente e idónea en primeros auxilios psicológicos; desarrollando acciones integradas en el marco de las rutas de atención acordes a las condiciones psicosociales y geográficas de la zona.



JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Representante a la Cámara por Boyacá
Partido Alianza Verde



PROPOSICIÓN ADITIVA

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara
"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Con fundamento en lo contemplado en la ley 5 de 1992 y las normas concordantes, adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Artículo Nuevo: ESTÍMULOS ESPECIALES PARA LOS INVESTIGADORES: Establézcase el sistema de estímulos especiales al personal de investigadores y sus equipos de trabajo en ejercicio de las actividades científicas y tecnológicas a cargo del Instituto Nacional de Salud con el fin de impulsar el desarrollo científico, técnico, tecnológico, de innovación en Salud Pública y la soberanía sanitaria del país.

Dicho sistema consistirá en bonos adicionales al salario básico del personal dedicado a la investigación por logros en materia de publicaciones en revistas indexadas de alto impacto, patentes registradas o participación en proyectos colaborativos internacionales.

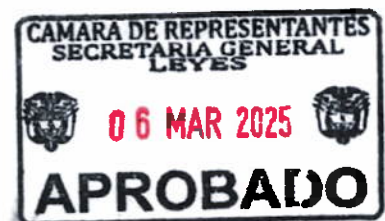
Igualmente, como parte del reconocimiento profesional al personal dedicado a la investigación y sus grupos de trabajo, se establecerán premios institucionales anuales para investigadores destacados, se facilitará su participación en congresos internacionales cubriendo los costos respectivos, fondos para cursos, certificaciones, o estancias en centros internacionales, así como intercambios y pasantías por periodos específicos determinados por las necesidades de los proyectos de investigación priorizados por la agenda de investigación que determine el Instituto y sus órganos de dirección, según sus competencias y acorde a las prioridades de salud pública del país.

Parágrafo: El Instituto Nacional de Salud participará en las redes colaborativas de investigación global, en los asuntos de salud pública que interesen al país, promoverá las redes internas de investigación, facilitará las pasantías de investigadores extranjeros y nacionales en las redes internacionales y nacionales en los proyectos de investigación de interés y será el centro de referencia nacional en salud pública, el cual podrá en asocio con particulares y otros gobiernos e instituciones de salud pública, gestionar recursos para fortalecer la investigación en los temas de interés nacional, así como para su aplicación a los proyectos que se realicen por parte de las redes o de su participación en las mismas.

Atentamente,

Alexandra Vasquez Ochoa
ALEXANDRA VASQUEZ OCHOA

Representante a la Cámara por Cundinamarca



Justificación

El artículo 70 de la Constitución Política determina: "El Estado tiene el deber de promover y fomentar el acceso a la cultura de todos los colombianos en igualdad de oportunidades, por medio de la educación permanente y la enseñanza científica, técnica, artística y profesional en todas las etapas del proceso de creación de la identidad nacional. La cultura en sus diversas manifestaciones es fundamento de la nacionalidad. El Estado reconoce la igualdad y dignidad de todas las personas que conviven en el país. El Estado promoverá la investigación, la ciencia, el desarrollo y la difusión de los valores culturales de la Nación" (Subrayado fuera de texto).

Debe entenderse que esta promoción de la investigación y la ciencia, cobija entre otras, a las instituciones públicas y a sus servidores, que se dedican precisamente a la actividad científica y a la innovación. Este enfoque particular del fomento, encuentra su lógico complemento en el artículo 71 de la Constitución Política que establece: "La búsqueda del conocimiento y la expresión artística son libres. Los planes de desarrollo económico y social incluirán el fomento a las ciencias y, en general, a la cultura. El Estado creará incentivos para personas e instituciones que desarrollen y fomenten la ciencia y la tecnología y las demás manifestaciones culturales y ofrecerá estímulos especiales a personas e instituciones que ejerzan estas actividades." (Subrayado fuera de texto)

Es de subrayar del artículo transcrito, que está previsto que el Estado cree incentivos, precisamente cobijando a personas e instituciones que centren su actividad en la ciencia y la tecnología. Se exige así dar alcance a esta previsión de naturaleza constitucional que debe concretarse en acciones con sentido material y axiológico para cumplir los fines señalados.

De ese modo, La ley 29 de 1990 , la Ley 1286 de 2009 y la Ley 2294 de 2023 establecen el fomento de la investigación científica y el desarrollo tecnológico y se otorgan facultades extraordinarias establece como una de las obligaciones del Estado la de promover y orientar el adelanto científico y tecnológico, e incorporar la ciencia y la tecnología en un marco institucional sólido, que tenga a su vez un entramado de instituciones que respalden los procesos de investigación, construcción de políticas públicas, desarrollo y demás actividades conexas para fomentar espacios de divulgación científica.

Dentro de este compromiso, el Instituto Nacional de Salud-INS, es una entidad pública del orden nacional perteneciente al sector de ciencia, tecnología e innovación y al sector Salud y Protección Social. Esto significa, que es la entidad encargada de la coordinación del sistema de vigilancia en salud pública dentro del territorio nacional, la operación de las redes de donación, trasplantes y sangre, generación de conocimiento técnico especializado en salud pública para la formulación, ajuste y evaluación de políticas públicas en materia de salud entre otras que se le han atribuido en la normativa vigente D-470 de 1968, D-4109 de 2011, D-2774 y D-2775 de 2012.

Así mismo, forma talento humano altamente especializado para la vigilancia en salud pública y produce insumos de interés especial dado que por su naturaleza, es una entidad de carácter especial, dotada de facultades para la promoción de la investigación en el marco del compromiso constitucional de establecer los incentivos para la promoción de la ciencia, la tecnología y la producción del conocimiento.

De ese modo, a través de los Decretos 2774 y 2775 de 2012 el gobierno nacional le asignó al INS una serie de funciones tendientes a fijar política pública, desarrollar programas para la investigación en ciencia y salud, dirigir la política del mercado de medicamentos, entre otras pero no dotó al INS con la facultad de crear políticas de manera autónoma, lo cual termina convirtiéndose en un círculo de aplicación de políticas que deben ser previamente aprobadas por la cartera a la cual la entidad se encuentra adscrita.



Acu

021 D20C

PROPOSICIÓN



*1 ✓
ALC
342*

Agréguese un artículo nuevo al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”, el cual quedará así:

ARTÍCULO NUEVO. Acceso a la información del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) por parte de la Contraloría General de la República.

La Contraloría General de la República ejercerá vigilancia y control fiscal sobre la gestión de los recursos del sistema de salud colombiano, con base en la información reportada en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) u otros sistemas de información o bases de datos, conforme a lo dispuesto en el artículo 7 de la presente ley.

A ese efecto, la Dirección de Análisis y Reacción Inmediata (DIARI) de la Contraloría General de la República tendrá acceso pleno y en tiempo real a la información registrada en el SPUIIS, en el marco de sus competencias definidas por la Ley.

*Camilo Esteban Avila
Coord. ponente.*





AL + MUE

OCTAVIO
CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
LEYES
05 DIC 2024
RECIBIDO

1
✓
ALR
9/16~
②

PROPOSICIÓN DE ADICION

En mi condición de Representante a la Cámara por el Departamento de Caldas y conforme a lo establecido en los artículos 112 y subsiguientes de la Ley 5 de 1992, propongo a la Honorable Plenaria de la Cámara de Representantes, someter a consideración la siguiente proposición, **con el fin de adicionar un artículo nuevo al proyecto de ley al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones". en el siguiente sentido:**

ARTICULO NUEVO: La Superintendencia Nacional de Salud reglamentará las sanciones que deberán ser impuestas a las ISE o a las gestoras de salud y vida que registren perjuicios fallos de tutela en su contra por los mismos hechos, causas o razones

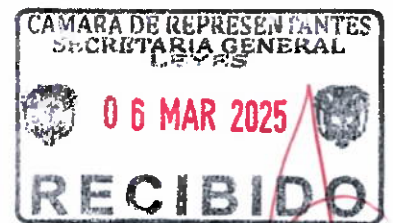
Cordialmente,


JOSE OCTAVIO CARDONA LEON
Representante a la Cámara por Caldas
Partido Liberal



ARMANDO
MAR 11 1966
CITY OF LOS ANGELES
DEPARTMENT OF PUBLIC WORKS

PROPOSICIÓN ADITIVA



Adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo nuevo. Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado

El Consejo Directivo de las ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera:

1. El gobernador o el alcalde distrital o municipal, o su delegado, según corresponda, quien la presidirá.
2. El director territorial de salud o el secretario de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.
3. El director territorial de planeación o quien haga sus veces de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.
4. Un (1) representante de las comunidades, que tengan relación con la ISE respectiva, bien sea como pacientes, proveedores, usuarios y demás, designado por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, que igualmente tengan relación o radio de acción con la ISE mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de Salud.
5. Un (1) representante de los trabajadores de la salud de la institución.
6. Un (1) representante de los alcaldes para la (ISE) departamentales.
7. Un (1) representante de las facultades académicas de salud para el caso de las (ISE) de mediana y alta complejidad.

Parágrafo 1. Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para el período inmediatamente siguiente.

Parágrafo 2. Cuando la ISE tenga sedes en más de un (1) municipio, incluirá en su consejo directivo, al secretario de salud de los respectivos municipios.

Parágrafo 3. Cuando exista empate respecto de una materia sujeta a votación y aprobación por parte del Consejo Directivo, se resolverá con el voto de quien preside la Junta Directiva. En todo caso, cuando se trate de aprobar el presupuesto de la ISE se requiere del voto favorable del Presidente del Consejo Directivo.

Parágrafo 4. Las Empresas Sociales del Estado del orden nacional se transformarán en ISE del orden nacional, y conservarán la misma conformación de sus juntas directivas, bajo la denominación de Consejos Directivos, y funciones aplicables a las ESE.

Parágrafo 5. El nombramiento del Director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con el cargo se hará de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente y aplicable a los gerentes de las Empresas Sociales del Estado, a la vigencia de la presente Ley.

Nota sugerida por



*Mandato
Histórica*

Art Nuevo

Acuel

18

PROPOSICIÓN ADITIVA



Adiciónese un artículo nuevo al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

1
2
ALS
14

ARTÍCULO NUEVO. De las entidades adaptadas al sistema. Las entidades que a la entrada en vigencia de la presente Ley se encuentran autorizadas como entidades adaptadas, según lo dispuesto en el artículo 236 de la Ley 100 de 1993, conservarán tal calidad hasta cuando el número de afiliados sea inferior al treinta por ciento (30%) de los que acreditó al momento de su autorización o a dos mil (2.000) afiliados, lo que ocurra primero.

Reña Guevara 1085

Alfredo Mondragón



RECEIVED
MAR 20 1908
ASROBAND

PROPOSICIÓN ADITIVA

Acuerda

Adiciónese un artículo nuevo al **Proyecto de Ley 312 de 2024 Cámara, ACUMULADO con Proyecto de Ley 340 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"**, así:

Artículo Nuevo. Silencio Administrativo Positivo. El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) tendrá un plazo máximo de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de radicación de cada trámite, para emitir una respuesta. Si al finalizar este término no se ha resuelto la solicitud, se entenderá, para todos los efectos legales, que se aplica el silencio administrativo positivo, lo cual implicará que el trámite se considerará aprobado.

Parágrafo. Lo dispuesto en este artículo no será aplicable a trámites relacionados con medicamentos.

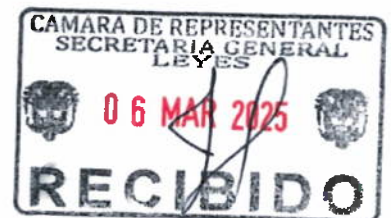
[Signature]
Luz B. Torres

[Signature]
Ogalda Velásquez N.

Subsecretaría General

Fecha: _____

Hora: _____



11:23a

Bogotá, D. C.

Señor:

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
Secretario General Cámara de Representantes

Asunto: Proposición modificativa del PL 312/2024 Cámara - acumulado con el PL 135/2024 Cámara.

Cordial saludo,

Respetuosamente me permito someter a consideración de la honorable Plenaria de la Cámara de Representantes, la siguiente «Proposición de artículo nuevo» al **Proyecto de Ley 312 de 2024 C** "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

ARTÍCULO NUEVO: Convalidación de títulos de talento humano.

El Ministerio de Educación Nacional en colaboración con el Ministerio de Salud y Protección Social, facilitará y dará prioridad al proceso de convalidación de títulos académicos del talento humano en salud, con el fin de aumentar el personal con posgrado en sector salud.

PARÁGRAFO: El evaluador de la convalidación deberá ser un par académico, con el objetivo de garantizar y agilizar el trámite en la entidad encargada para la solicitud.

JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
Representante a la Cámara por Boyacá
Partido Alianza Verde

