



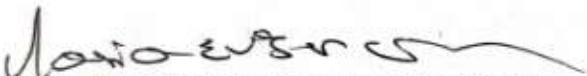
Bogotá D.C, miércoles 05 de noviembre de 2025.

Honorable Representante  
**CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES**  
Presidente - Comisión Séptima Constitucional Permanente  
Cámara de Representantes

**Asunto:** Informe de ponencia negativa para el Proyecto de Ley 022 de 2025 de Cámara No. 341 de 2024 Senado, “Por medio de la cual se establece el procedimiento, mecanismo, instancias y elementos para la definición, monitoreo y ajuste de la Unidad de Pago por Capitación UPC y Presupuestos Máximos, del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”

En cumplimiento del honroso encargo que nos hiciera la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes designándonos como ponentes para primer debate del proyecto de Ley 022 de 2025, la cual fue realizada mediante misiva CSCP 3.7 382-25, calendada a agosto de la presente anualidad, y en desarrollo de lo dispuesto en la Ley 5<sup>a</sup> de 1992 artículos 150, 153 y 156, en nuestra calidad de Ponentes, nos permitimos radicar Informe de Ponencia negativa para primer Debate del Proyecto de Ley 022 de 2025 de Cámara No. 341 de 2024 Senado, “Por medio de la cual se establece el procedimiento, mecanismo, instancias y elementos para la definición, monitoreo y ajuste de la Unidad de Pago por Capitación UPC y Presupuestos Máximos, del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”

Cordialmente,

  
**MARÍA EUGENIA LOPERA MONSALVE**

Representante a la Cámara  
Ponente

  
**JORGE ALEXANDER QUEVEDO**  
Representante a la Cámara  
Ponente

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



# INFORME DE PONENCIA NEGATIVA

**Proyecto de Ley 022 de 2025 de Cámara No. 341 de 2024 Senado,  
“Por medio de la cual se establece el procedimiento, mecanismo,  
instancias y elementos para la definición, monitoreo y ajuste de la  
Unidad de Pago por Capitación UPC y Presupuestos Máximos, del  
Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras  
disposiciones”**

---

## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

---

### 1. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

El proyecto pretende establecer el procedimiento, mecanismo de definición, monitoreo y ajuste de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y Presupuestos Máximos, vigente para cada año, con el propósito de garantizar el derecho fundamental a la salud de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la sostenibilidad del mismo.

### 2. TRAMITE DE LA INICIATIVA

El Proyecto de Ley 022 de 2025 de cámara No. 341 de 2024 Senado fue radicado el 4 de diciembre de 2024 en la Secretaría General del Senado de la República por los Congresistas Honorio Miguel Henriquez Pinedo, Josue Alirio Barrera Rodriguez, Nadia Gerogette Blel Scaff, Norma Hurtado Sanchez, Enrique Cabrales Baquero, Paola Holguin Moreno, Miguel Angel Pinto Hernandez, Jose Alfredo Marin Lozano, Berenice Bedoya Perez, Lorena Rios Cuellar, Paloma Valencia Laserna, Miguel Uribe Turbay, Esteban Quintero Cardona, Andres Guerra Hoyos, Yenny Rozo Zambrano, Jose Vicente Carreño, Maria Fernanda Cabal Molina, Carlos Meisel Vergara, Mauricio Giraldo Hernandez, Liliana Lopez Aristizabal, Jhon Jairo Berrio, Miguel Polo Polo, Christian Garces Aljure, Marelen Castillo Torres, Piedad Correal Rubiando, Hernan Cadavid Marquez, Juan Espinal, entre otros Congresistas, el texto original radicado fue publicado en la Gaceta del Congreso No. 2203 de 2024.

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Por reparto, la Secretaría General envió el expediente a la Comisión Séptima Constitucional del Senado de la República, y donde se designó como ponentes a la Hs Norma Hurtado Sanchez, Miguel Angel Pinto Hernandez Y Honorio Miguel Henríquez Pinedo como coordinador quienes procedieron a rendir ponencia positiva para ser debatido y aprobado en primer debate.

El pasado 4 de marzo de 2025, según acta no. 28, de la legislatura 2024-2025, fue discutido y aprobado de manera unánime, en primer debate en la Comisión VII de Senado, el proyecto de ley de la referencia con 10 votos a favor, ningún voto en contra y ninguna abstención.

En el curso del primer debate, se presentaron 6 proposiciones, a saber:

ARTÍCULO	PRESENTADA POR:	AVALADA
<b>Artículo 3°</b>	Presentada por la H.S. ANA PAOLA AGUDELO GARCÍA, H.R. IRMA LUZ HERRERA RODRÍGUEZ, H.S. MANUEL VIRGÜEZ PIRAUQUE Y H.S. CARLOS EDUARDO GUEVARA VILLABÓN.	<p><b>Artículo 3: Integrantes del Comité de Expertos.</b> El Comité de Expertos está integrado de la siguiente forma:</p> <p>(...)</p> <p><b>a)</b> Será presidido por el(la) Ministro Salud y Protección Social, quien ejerce su rol de forma indelegable, <u>respetando la independencia y autonomía del Comité de Expertos. No obstante, por causa de fuerza mayor no puede estar presente el Ministro de Salud y Protección Social, el Comité de Expertos podrá ser presidido por cualquiera de los miembros de manera aleatoria; no siendo la ausencia motivo de impedimento para realizar la respectiva sesión.”</u></p>
Artículo 4°	Presentada por la H.S. ANA PAOLA AGUDELO GARCÍA, H.R. IRMA LUZ HERRERA RODRÍGUEZ, H.S. MANUEL VIRGÜEZ PIRAUQUE Y H.S. CARLOS EDUARDO GUEVARA VILLABÓN.	<p><b>Artículo 4.</b> Funciones del Comité de Expertos. Las funciones indelegables del Comité de Expertos serán las siguientes:</p> <p>(...)</p> <p><b>Numeral nuevo. Identificar y formular recomendaciones tendientes a contar con datos confiables y oportunos en tiempo real, al interior del sistema único de Información, orientado a la transparencia en la utilización de los recursos de salud.”</b></p>
<b>A los parágrafos del artículo 4</b>	presentada por la H.S. ANA PAOLA AGUDELO GARCÍA, H.R. IRMA LUZ HERRERA RODRÍGUEZ, H.S. MANUEL VIRGÜEZ PIRAUQUE Y	<p><b>Artículo 4.</b> Funciones del Comité de Expertos. Las funciones indelegables del Comité de Expertos serán las siguientes:</p> <p>(...)</p>

H.S. CARLOS EDUARDO GUEVARA VILLABÓN.	<p><b>Parágrafo 1.</b> El acto administrativo mediante el cual se define la UPC vigente para cada año deberá contar con un certificado en su metodología por parte de dos universidades con amplia presencia nacional, definidas por el Comité de Expertos.</p> <p><b>A su vez dicha metodología y los datos serán de acceso público y se contará con un canal virtual habilitado por Secretaría Técnica del Comité, que permita consultar, realizar recomendaciones y sugerencias de manera continua por parte de agentes públicos y privados especializados en la materia. Se informará oficialmente acerca de la apertura de dicho canal a los actores a que se hace referencia en el presente inciso tales como organismos de control fiscal, instituciones de educación superior, órganos y comités autónomos entre otros; y al Congreso de la República para realizar la revisión previa al proyecto normativo de dicho acto administrativo, a partir de su primera versión.</b></p> <p><b>Parágrafo 2.</b> El Ministerio de Hacienda y Crédito Público garantizará las apropiaciones y las adicionales presupuestales, <b>así como el gasto oportuno</b>, a que haya lugar para sufragar la UPC y Presupuestos Máximos tecnologías en salud no incluidas dentro de la misma, que defina el Comité, las cuales deberán incluirse en el Presupuesto General de la Nación y ajustarse dentro del Marco Fiscal Mediano Plazo del año correspondiente, <b>so pena de las sanciones de carácter disciplinario o penal, que interponga la autoridad competente por su incumplimiento.</b></p> <p><b>Parágrafo 3.</b> Las funciones y decisiones de cargo del Comité deberán ser debidamente soportadas y documentadas, acreditando su cumplimiento y el cuidado de los requisitos, atributos e información que soporta la operación del Comité. Dic</p>
--	---

		<p>debida diligencia deberá quedar consagrada en actas e informes que harán parte integral de los actos administrativos proferidos por el Comité y serán de público conocimiento.”</p>
<b>Artículo 7</b>	<p>presentada por la H.S. ANA PAOLA AGUDELO GARCÍA, H.R. IRMA LUZ HERRERA RODRÍGUEZ, H.S. MANUEL VIRGÜEZ PIRAUQUE Y H.S. CARLOS EDUARDO GUEVARA VILLABÓN.</p>	<p><b>Artículo 7. Esquema de datos abiertos para el SGSSS.</b> Para promover transparencia y adecuada toma de decisiones en el SGSSS, las entidades estatales implementarán medidas regulatorias y dispondrán de los recursos tecnológicos para que todos sus actores accedan a toda la información del Sistema <b>en tiempo real, de acuerdo con sus competencias.</b></p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de las Tecnologías, la información, las Comunicaciones, desarrolla <b>fortalecerá</b> la plataforma de inscripción en línea de facturación, <b>y interoperabilidad</b> procedimientos de inversiones que permitirán <b>identificar de manera clara cada una de las fuentes de los recursos de salud;</b> y establecer los costos reales de la prestación del servicio de salud en las redes propias y terceros, al nivel de cada paciente en el sistema, de forma que se pueda rastrear el uso y <b>correcta ejecución de</b> los procedimientos e inversiones que llevan a cabo con los recursos del sistema. Este registro utilizará los principios de la facturación electrónica permitirá identificar con precisión la base para definir la suficiencia de la UPC, los excesos de consumo y los valores Presupuestos Máximos o tecnologías de salud no incluidas dentro la UPC.”</p>
<b>Artículo 10°</b>	<p>presentada por la H.S. ANA PAOLA AGUDELO GARCÍA, H.R. IRMA LUZ HERRERA RODRÍGUEZ, H.S. MANUEL VIRGÜEZ PIRAUQUE Y H.S. CARLOS EDUARDO GUEVARA VILLABÓN.</p>	<p><b>Artículo 10.</b> Mecanismo de cobertura y pago. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social <b>Ministerio de Hacienda y Crédito Público</b> la ADRES, dispondrán un mecanismo de cobertura y pago, con recursos adicionales a la UPC y <b>Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro la UPC</b> con cargo al Presupuesto General de la Nación, para asumir <b>de manera</b></p>

		<p><b>excepcional</b> el aumento en siniestralidad, así como los mayor costos en salud de las enfermedades huérfanas y otras tecnologías de alto valor.</p> <p>Dicho mecanismo establecerá el tope máximo de siniestralidad, a partir del cual, las tecnologías y servicios en salud que lo excedan serán asumidos directamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la modalidad de pago directo, velando por la sostenibilidad del SGSSS y el flujo de recursos a los diferentes actores.</p> <p>El Gobierno Nacional reglamentará las condiciones de funcionamiento de la administración de dicho mecanismo en los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de esta ley.”</p>
<b>Artículo nuevo</b>	<p>presentada por la H.S. ANA PAOLA AGUDELO GARCÍA, H.R. IRMA LUZ HERRERA RODRÍGUEZ, H.S. MANUEL VIRGÜEZ PIRAUQUE Y H.S. CARLOS EDUARDO GUEVARA VILLABÓN.</p>	<p><b>Artículo Nuevo. Formación Investigación en Parámetros Técnicos en Seguridad Social. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Educación en coordinación con el Ministerio de Ciencia, Tecnología, Innovación y el Ministerio de Relaciones Exteriores, en armonía con lo dispuesto en el artículo 30 de la Ley 2136; fomentarán la formación e investigación en áreas de la economía de la salud, ciencias actuariales y seguridad social; con el fin de contar con el capital humano suficiente para el análisis y adecuado manejo de los recursos y toma de decisiones en la materia del Presupuesto del Sistema General de Seguridad Social.”</b></p>

El pasado 19 de junio de 2025, se le dio segundo debate en la plenaria del Senado de la República al presente proyecto de ley, y fue aprobado por mayoría en esa corporación, luego de haberse incorporado 8 proposiciones de 10 presentadas así:



ARTICULOS	ALIRIO BARRERA	DIDIER LOBO	JOSE VICENTE CARREÑO
1		avalada	
2		avalada	
3	avalada	no avalada	no avalada
4	avalada		
5	avalada	avalada	
6	avalada	avalada	

ARTÍCULO	PRESENTADA POR:	AVALADA
<b>Artículo 1</b>	SENADOR DIDIER LOBO	<p><b>Artículo 1.</b> Objeto. La presente Ley tiene por objeto establecer el procedimiento, mecanismo de definición, monitoreo y ajuste de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y Presupuestos Máximos, vigente para cada año, con el propósito de garantizar el derecho fundamental a la salud de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la sostenibilidad del mismo, todo ello bajo los principios de transparencia, participación, rigor técnico y eficiencia.</p>
<b>Artículo 2</b>	SENADOR DIDIER LOBO	<p><b>Artículo 2. Comité de Expertos para la definición, monitoreo y ajuste de la UPC.</b> Confórmese el Comité de Expertos como organismo asesor adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social de carácter permanente y técnico, el cual emitirá conceptos técnicos, jurídicos, económicos, actuariales y/o financieros con carácter vinculante para efectos de definir, cuantificar, monitorear y ajustar la Unidad de Pago por Capitación (UPC) cada año y los Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas en la UPC.</p> <p><u>El carácter vinculante de sus conceptos técnicos prevalecerá, salvo objeción motivada y pública del Ministro de Salud y Protección Social, basada exclusivamente en razones de conveniencia fiscal debidamente soportadas por el Ministerio de</u></p>

		<u>Hacienda y Crédito Público y que no comprometan el núcleo esencial del derecho fundamental a la salud.</u>
<b>Artículo 3°</b>	SENADOR ALIRIO BARRERA	<p><b>Artículo 3.</b> Integrantes del Comité de Expertos. El Comité de Expertos estará integrado de la siguiente forma:</p> <p>a) Será presidido por el (la) Ministro (a) de Salud y Protección Social, quien ejercerá su rol de forma indelegable, respetando la independencia y autonomía del Comité de Expertos. No obstante, si por causa de fuerza mayor no pudiere estar presente el Ministro de Salud y Protección Social, el Comité de Expertos podrá ser presidido por cualquiera de los miembros de manera aleatoria; no siendo su ausencia motivo de impedimento para realizar la respectiva sesión.</p> <p>b) Un (a) (1) representante del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, quien deberá ser el (la) Ministro (a) en funciones o el Viceministro (a) Técnico (a).</p> <p>c) Un (a) (1) representante del Departamento Nacional de Planeación, ejercido por el (la) Director (a) en funciones o el subdirector (a) delegado.</p> <p>d) Seis (6) expertos con amplio reconocimiento académico y profesional en los sectores de la salud, economía de la salud, ciencias actuariales y/o seguridad social, elegidos por mayoría simple de sus miembros, de ternas propuestas por cada uno de los siguientes actores:</p> <p>e) Centros de investigación en salud (un representante).</p> <p>f) Centros de investigación en economía de la salud (un representante).</p> <p>g) Asociación Colombiana de Universidades (un representante).</p> <p>h) Prestadores de salud públicos y privados a través de sus respectivos gremios (un representante).</p> <p>i) EPS públicas y privadas a través de sus respectivos gremios (un</p>

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

	<p>representante).</p> <p>j) Asociaciones de Usuarios, pacientes o enfermedades de alto costo <u>y/o enfermedades huérfanas</u> y afiliados de las EPS (un representante)</p> <p>Parágrafo 1. Los seis (6) expertos serán designados para periodos fijos de cuatro (4) años, no estarán sujetos a las disposiciones que regulan la carrera administrativa, no siendo sujetos a libre nombramiento y remoción; y podrán ser reelegidos por una única vez. Del periodo de cuatro años, estarán los dos (2) últimos años del gobierno que los elige y dos (2) años del gobierno siguiente.</p> <p>Parágrafo 2. Podrán asistir como invitados permanentes al Comité de Expertos, con voz y sin voto, representantes del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, la Asociación Colombiana de Actuarios, la Cuenta de Alto Costo, la Superintendencia de Salud, la Contraloría General de la República, Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo y dos (2) delegados de las Comisiones Séptimas del Congreso de la República.</p> <p><b><u>Parágrafo 3-. Los seis (6) expertos con amplio reconocimiento académico y profesional referidos en este artículo deberán certificar su experiencia en los sectores de la salud, economía de la salud, ciencias actuariales y/o seguridad social, según corresponda, para la conformación de la respectiva terna y su posterior elección.</u></b></p> <p>Parágrafo transitorio: Para la conformación del primer periodo del Comité de Expertos, sus miembros serán elegidos por los delegados del Gobierno Nacional. Tres (3) de los seis (6) integrantes electos por ternas tendrán un periodo que durará por el primer periodo dos (2) años.</p>
--	---

<b>Artículo 4°</b>	SENADOR ALIRIO BARRERA	<p><b>Artículo 4. Funciones del Comité de Expertos.</b> Las funciones indelegables del Comité de Expertos serán las siguientes:</p> <p>1. Definir los servicios financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC – con criterios de inclusión de servicios y tecnologías a financiarse, <u>considerando, entre otras, variables como tecnologías obsoletas o en desuso o potenciales candidatas para exclusión y la adherencia de los tratamientos</u>, teniendo en cuenta los conceptos técnicos de entidades como el IETS, el Invima, <u>las sociedades científicas</u> y la academia y el carácter de especial interés de patologías como las enfermedades huérfanas.</p> <p>2. Proponer al Ministerio de Salud y Protección Social los indicadores de satisfacción de usuarios, indicadores de salud y de uso eficiente de recursos, su evaluación y la definición de incentivos para todos los actores del sistema que acrediten un buen desempeño y su cumplimiento.</p> <p><b>2.1. Proponer al Ministerio de Salud y Protección Social una metodología de cálculo de la siniestralidad agregada del sistema, por régimen, EPS y cohortes de riesgo que permita entender su evolución y hacer proyecciones. Además, será el encargado de realizar la medición periódica de los indicadores y desarrollar un mecanismo de monitoreo público.</b></p> <p>3. Definir de manera vinculante el valor de la UPC vigente para el año siguiente, así como los valores asociados a copagos y cuotas moderadoras para cada vigencia, con expedición anterior al 30 de diciembre de cada año.</p> <p>4. Realizar anualmente el informe de suficiencia y los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la</p>
--------------------	------------------------	---

	<p>UPC, Presupuestos Máximos o tecnologías no incluidas en la UPC y presentarlo al Ministerio de Salud y Protección Social, Congreso de la República y representantes de las partes interesadas del sector salud. Este pronunciamiento será publicado para recibir comentarios y aportes hasta antes del 30 de noviembre de cada anualidad.</p> <p>5. Formular estudios técnicos sobre temas asociados al SGSSS, incluyendo financiamiento, flujo de los recursos en el sistema, carga de enfermedad, utilización de los servicios de salud, los cuales serán de consulta pública y sometidos a revisión académica.</p> <p>6. Proponer al Gobierno Nacional la formulación y ejecución de planes de saneamiento de las cuentas de servicios y tecnologías en salud, financiados y no financiados con cargo a la UPC.</p> <p>7. Definir el reajuste, la activación del mecanismo de cobertura y pago contenido en el artículo 10 de esta ley, cuando se determine que la UPC asignada, Presupuestos Máximos o tecnologías no incluidas en la UPC son insuficientes para asumir los servicios en salud de la población afiliada.</p> <p>8. Identificar y formular recomendaciones tendientes a contar con datos confiables y oportunos en tiempo real, al interior del sistema único de Información, orientado a la transparencia en la utilización de los recursos de salud.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> El acto administrativo mediante el cual se define la UPC vigente para cada año deberá contar con <u>una nota técnica que contenga certificado en</u> su metodología por parte de dos universidades con amplia presencia nacional, definidas por el Comité de Expertos. A su vez, dicha</p>
--	---

	<p>metodología y los datos, serán de acceso público y se contará con un canal virtual habilitado por la Secretaría Técnica del Comité, que permita consultar, realizar recomendaciones y sugerencias de manera continua por parte de agentes públicos y privados especializados en la materia. Se informará oficialmente acerca de la apertura de dicho canal a los actores a que se hace referencia en el presente inciso tales como organismos de control fiscal, instituciones de educación superior, órganos y comités autónomos entre otros; y al Congreso de la República, para realizar la revisión previa proyecto normativo de dicho acto administrativo, a partir de su primera versión.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> El Ministerio de Hacienda y Crédito Público garantizará las apropiaciones y adiciones presupuestales, así como el giro oportuno, a que haya lugar para sufragar la UPC y Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro de la misma, que defina el Comité, las cuales deberán incluirse en el Presupuesto General de la Nación y ajustarse dentro del Marco Fiscal de Mediano Plazo del año correspondiente, so pena de las sanciones de carácter disciplinario o penal, que interponga la autoridad competente por su incumplimiento.</p> <p><b>Parágrafo 3.</b> Las funciones y decisiones a cargo del Comité deberán ser debidamente soportadas y documentadas, acrediitando el cumplimiento y el cuidado de los requisitos, atributos e información que soporta la operación del Comité. Dicha debida diligencia deberá quedar consagrada en actas e informes que harán parte integral de los actos administrativos proferidos por el Comité y serán de público</p>
--	--

		<p>conocimiento.</p> <p>Parágrafo 4. El director de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud asumirá las funciones de Secretaría Técnica del Comité.</p>
Artículo 5	SENADOR ALIRIO BARRERA	<p><b>Artículo 5. Requisitos generales para definir la Unidad de Pago por Capitación (UPC).</b> En los estudios técnicos y estadísticos que sustenten la definición de la UPC deben evidenciarse los siguientes principios:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Equidad: El valor de la UPC debe representar de manera efectiva la tasación de las condiciones objetivas del riesgo.</li> <li>2. Suficiencia: La UPC debe cubrir la tasa de riesgo y los costos propios de la operación, tales como el costo de la atención en salud, los costos de afiliación, costos administrativos y mecanismos de fortalecimiento patrimonial para cumplir con los indicadores financieros.</li> <li>3. Homogeneidad: Los elementos de la muestra objeto de estudio deben tener características comunes de tipo cualitativo y cuantitativo, seleccionados bajo criterios aleatoriedad e independencia.</li> <li>4. Representatividad: El tamaño de la muestra debe corresponder a un número objetivo de elementos de la población que garantice un nivel de significancia y cubra un periodo adecuado de manera que el cálculo de los estimadores presente un bajo nivel de error. En patologías huérfanas se deben considerar tamaños de muestra proporcionales con su naturaleza.</li> <li>5. Calidad: la información utilizada para la tasación de la UPC debe cumplir con criterios de calidad estadística que aseguren la representatividad para la población a asegurar.</li> </ol> <p><b><u>6. Continuidad: la definición y ajustes oportunos al valor de la UPC deberán realizarse de manera ininterrumpida y sin poner en</u></b></p>

		<p><u>riesgo la persistencia y la continuidad en la prestación de los servicios de salud y la garantía del derecho a la salud”.</u></p> <p>Parágrafo. Estos mismos principios serán tenidos en cuenta para efectos del cálculo, y reajustes de Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro la UPC.</p> <p><b>Parágrafo transitorio.</b> Para establecer la UPC del régimen subsidiado, así como de su posible igualación con la UPC del régimen contributivo, deberá considerarse la información de un periodo de dos (2) años y de calidad para realizar el cálculo de la misma.</p>
<b>Artículo 5</b>	SENADOR DIDIER LOBO	<p><b>Artículo 5. Requisitos generales para definir la Unidad de Pago por Capitación (UPC).</b> En los estudios técnicos y estadísticos que sustenten la definición de la UPC deben evidenciarse los siguientes principios:</p> <p><b>1. Equidad:</b> El valor de la UPC debe representar de manera efectiva la tasación de las condiciones objetivas del riesgo.</p> <p><b>2. Suficiencia:</b> La UPC debe cubrir la tasa de riesgo y los costos propios de la operación, tales como el costo de la atención en salud, los costos de afiliación, costos administrativos y mecanismos de fortalecimiento patrimonial para cumplir con los indicadores financieros, así como los costos asociados a la gestión eficiente del riesgo en salud y a la innovación tecnológica costo-efectiva.</p>
<b>Artículo 6</b>	SENADOR ALIRIO BARRERA	<p><b>Artículo 6. Metodología para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).</b> Para el cálculo de la UPC se deberán tener en cuenta como mínimo los siguientes elementos:</p> <p>a) Actualización de precios (inflación), tendencias de demanda.</p> <p>b) <b>Evolución del costo medio de servicios y tecnologías o</b></p>

		<p><b><u>de los precios financiados con la UPC</u></b></p> <p>c) Ajustes por siniestros incurridos, reportados y no reportados</p> <p>d) <b><u>Evolución de frecuencias, consumo de servicios y tendencias de demanda</u></b></p> <p>e) <b><u>Ajustes por siniestros incurridos</u></b></p> <p>f) Tasas <b><u>de cambio e</u></b> interés.</p> <p>g) <b><u>Indicadores de salud pública como adherencia y latencia, entre otros</u></b></p> <p>h) <b><u>Los demás que sean necesarios.</u></b></p> <p>Adicionalmente, como mínimo los siguientes factores de ajuste de riesgo:</p> <p>I. Sexo, II. Edad, III. Carga <b><u>de la enfermedad;</u></b> IV. Gestión de la enfermedad reflejada en el costo promedio de los afiliados, ubicación geográfica y situación laboral; siempre y cuando se demuestre que cada una de las variables incide en la suficiencia de la UPC.</p> <p><b>PARÁGRAFO.</b> Todos los actores del sector salud, incluyendo las EPS, IPS y demás proveedores, estarán obligados a reportar anualmente la información que reglamentariamente determine el Ministerio de Salud, conforme a los lineamientos establecidos por el Comité de Expertos para el cálculo de la suficiencia de la UPC. Esta información deberá cumplir con criterios de calidad, oportunidad, completitud y veracidad, y servirá como insumo para contrastar y mejorar la calidad de las bases de datos del sistema."</p>
<b>Artículo 6</b>	SENADOR DIDIER LOBO	<p><b>Artículo 6. Metodología para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).</b></p> <p>Para el cálculo de la UPC se deberán</p>

		<p>tener en cuenta como mínimo los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Actualización de precios (inflación), tendencias de demanda;</li><li>b) Ajustes por siniestros incurridos, reportados y no reportados;</li><li>c) Tasas de cambio;</li><li>d) Tasas de interés;</li><li>e) <del>Los demás que le sean necesarios.</del> Impacto de nuevas tecnologías y cambios en guías de práctica clínica, debidamente evaluados.</li></ul>
--	--	--

Posteriormente el expediente del proyecto fue radicado ante la Cámara de Representantes el 21 de julio de 2025, para que continuara su trámite legislativo, y el 5 de agosto por instrucciones de la mesa directiva de la comisión Séptima Constitucional Permanente son designados como ponentes los Representantes Víctor Manuel Salcedo Guerrero como coordinador y María Eugenia Lopera Monsalve y Jorge Alexander Quevedo Herrera como ponentes.

Posteriormente el expediente del proyecto fue radicado ante la Cámara de Representantes el 21 de julio de 2025, para que continuara su trámite legislativo, y el 5 de agosto por instrucciones de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente son designados como ponentes los Representantes Víctor Manuel Salcedo Guerrero como coordinador y María Eugenia Lopera Monsalve y Jorge Alexander Quevedo Herrera como ponentes.

### **3. EXPOSICION SOBRE LA INCONVENIENCIA DE LA INICIATIVA**

La justificación del proyecto de ley, radica como lo dice el autor en la búsqueda de establecer un procedimiento, mecanismo de definición, monitoreo y ajuste de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y Presupuestos Máximos, vigente para cada año, con el propósito de garantizar el derecho fundamental a la salud de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la sostenibilidad del mismo.

De igual forma se refiere que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) está basado en criterios de equidad, suficiencia, homogeneidad, representatividad y calidad, por ello se busca que dentro del mismo se desarrolle estrategias para enfrentar potenciales desajustes



inflacionarios, que atienda las necesidades de la población al mismo tiempo que sea sostenible financieramente, de manera que se logre superar la crisis a la cual ha sido sometido en los últimos dos años.

Finalmente, el autor refiere que el proyecto de ley busca superar positivamente los retos financieros que enfrenta actualmente el sistema de salud, de manera que queden superadas las principales dificultades económicas que afectan actualmente la capacidad del SGSSS para cumplir con sus objetivos, debido a la dirección que ha recibido en los últimos dos años. Se pretende proponer una solución a las deficiencias actuales en la definición de la UPC, identificando las áreas donde se requieren mejoras para asegurar que los recursos se distribuyan de manera equitativa y eficiente, contribuyendo así a la sostenibilidad del sistema de salud y a la continuidad en la prestación del servicio de salud en favor de los afiliados dentro del territorio nacional en términos de eficiencia y calidad.

El proyecto de ley bajo estudio presenta graves inconsistencias con el ordenamiento Constitucional Colombiano, particularmente con los principios rectores del Sistema General de Seguridad Social en Salud establecidos en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política. Al respecto se tiene que la iniciativa pretende crear un Comité de Expertos con funciones regulatorias que, en lugar de cumplir un papel asesor como se anuncia en su título, asume competencias que son propias e indelegables del Estado a través de sus instituciones competentes. Esta situación configura una clara violación del principio constitucional según el cual la salud es un servicio público esencial que debe prestarse bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

De igual forma surge una preocupación y es que la propuesta de crear un Comité de Expertos adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, con funciones regulatorias y conceptos vinculantes, constituye una modificación sustancial de la estructura administrativa que requiere necesariamente iniciativa gubernamental.

Al respecto la jurisprudencia constitucional ha sido clara al establecer que la competencia para fijar la estructura de la administración nacional comprende no solo la creación de entidades, sino también la definición de sus objetivos, funciones generales y modo de relacionamiento con otros órganos. Como lo ha señalado la Corte Constitucional en múltiples pronunciamientos, esta reserva busca mantener un orden institucional que facilite la continuidad y uniformidad de las políticas gubernamentales,



impidiendo que por improvisación o voluntad legislativa unilateral se modifiquen estructuras administrativas sin el conocimiento y consentimiento del Ejecutivo.

Adicionalmente, el proyecto presenta una contradicción fundamental entre lo que se anuncia en su exposición de motivos y lo que realmente establece en su articulado. Mientras se presenta como la creación de un "organismo asesor" que brinde conceptos técnicos, en realidad se está configurando una entidad con funciones administrativas y regulatorias de carácter vinculante.

Es así que de las ocho funciones asignadas al Comité en el artículo 4, solo tres responden a la naturaleza de organismo asesor, mientras que las cinco restantes tienen una naturaleza claramente regulatoria, incluyendo la definición del plan de beneficios cubiertos con la UPC, la determinación del valor anual de la UPC, y la activación de mecanismos de cobertura y pago que comprometen recursos del Presupuesto General de la Nación.

La integración propuesta para este Comité plantea serias preocupaciones en términos de gobernanza del sistema de salud, al establecer que seis de los nueve miembros serán expertos elegidos por sectores privados y gremiales, se traslada la regulación de aspectos financieros y prestacionales del sistema de salud a una entidad de integración mayoritariamente privada. Esta situación vulnera las facultades de intervención y regulación del servicio público de salud que la Constitución radica en cabeza del Estado, desconociendo el mandato constitucional contenido en los artículos 48, 49 y 365 de la Carta Política.

Igualmente, el establecimiento de un mecanismo de cobertura y pago centralizado en el Ministerio de Salud contradice el principio constitucional de descentralización establecido en el artículo 49 de la Constitución, modificado por el Acto Legislativo 2 de 2009. Este principio consagra la organización de los servicios de salud en forma descentralizada por niveles de atención y con participación de la comunidad, por lo que al centralizar en el nivel nacional el manejo de aumentos de siniestralidad y patologías de alto costo, el proyecto revierte el modelo descentralizado que ha sido pilar del sistema de salud colombiano desde la expedición de la Ley 100 de 1993.

La propuesta también genera una confusión fundamental sobre el rol de las Entidades Promotoras de Salud dentro del sistema al establecer que el Estado asumirá directamente los costos que excedan ciertos topes de siniestralidad, lo cual está desmontando parcialmente el esquema de aseguramiento vigente sin considerar las implicaciones para la

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



sostenibilidad y eficiencia del sistema. Esta situación convertiría a las EPS en simples administradoras de recursos sin responsabilidad real sobre la gestión del riesgo financiero, contraviniendo los principios del aseguramiento social establecidos en la Ley 1122 de 2007.

Ahora bien, desde la perspectiva técnica, el proyecto presenta deficiencias metodológicas significativas, toda vez que no establece criterios claros para la selección de los expertos que integrarán el Comité, dejando conceptos ambiguos como "amplio reconocimiento académico y profesional" sin parámetros objetivos de evaluación y tampoco define procedimientos específicos para la toma de decisiones del Comité, creando incertidumbre jurídica sobre su funcionamiento y peor aún existe ausencia de un régimen de inhabilidades e incompatibilidades para los miembros del Comité, lo que genera riesgos evidentes de conflictos de interés.

De igual manera el artículo 11 del proyecto establece un régimen sancionatorio para funcionarios que no cumplan con las obligaciones derivadas de las decisiones del Comité, incluyendo sanciones disciplinarias y penales, sin embargo, esta disposición no cumple con los requisitos mínimos establecidos por la jurisprudencia del Consejo de Estado para configurar un procedimiento sancionatorio válido, careciendo de la tipificación adecuada de las conductas, los procedimientos específicos y las garantías procesales requeridas.

La experiencia histórica del sistema de salud colombiano demuestra los riesgos de trasladar funciones regulatorias a organismos corporativos, más aún cuando el Ministerio de Salud y Protección Social, como órgano rector del sistema, cuenta con la capacidad técnica y jurídica para continuar ejerciendo estas funciones de manera transparente y participativa, sin necesidad de trasladar competencias esenciales a organismos externos. Esto no impide la participación de los sectores interesados en los procesos regulatorios, pero manteniendo la determinación final en cabeza de las autoridades estatales competentes.

Ahora bien, no cabe duda alguna que el principio de eficiencia consagrado en los artículos 48 de la Constitución y 6 literal k) de la Ley 1751 de 2015 se ve comprometido con las disposiciones del proyecto. Lo anterior en razón a que al establecer que el Estado asumirá automáticamente los costos que excedan ciertos topes sin criterios claros de control, se eliminan los incentivos para la gestión eficiente de recursos por parte de las EPS. La norma busca gestionar "la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la



salud de toda la población", objetivo que se ve frustrado con un mecanismo que socializa pérdidas sin generar incentivos adecuados para la eficiencia.

Las disposiciones relacionadas con el Registro Único de Información en Salud establecidas en el artículo 7, si bien pueden tener mérito conceptual, no justifican la aprobación de un proyecto que presenta vicios de inconstitucionalidad tan graves en sus aspectos centrales. Estos elementos podrían desarrollarse a través de instrumentos normativos específicos que no comprometan la estructura regulatoria del sistema de salud.

El proyecto también desconoce los avances logrados en los últimos años en materia de regulación del sistema de salud, es así que el Ministerio de Salud ha venido consolidando metodologías técnicas para la fijación de la UPC y los presupuestos máximos, con criterios cada vez más rigurosos y transparentes. Consecuencia de lo referido es la Resolución 067 de 2025, expedida en cumplimiento de órdenes de la Corte Constitucional, establece un marco metodológico unificado que permite mayor certeza y transparencia en estos procesos. Crear un nuevo organismo paralelo generaría confusión institucional y duplicidad de funciones.

De igual forma debemos ser enfáticos en cuanto a que el derecho fundamental a la salud, reconocido por la Ley 1751 de 2015 como autónomo e irrenunciable, no se garantiza mediante la creación de nuevas burocracias o la transferencia de competencias estatales a organismos privados, por el contrario, se fortalece mediante instituciones públicas sólidas, transparentes y técnicamente competentes que puedan tomar decisiones basadas en evidencia científica y criterios de política pública, no en intereses particulares o corporativos.

La integralidad del derecho a la salud, consagrada en el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015, requiere de una visión sistémica que solo puede garantizarse desde el Estado, la fragmentación de competencias entre diferentes organismos con intereses diversos puede generar incoherencias en las políticas y afectar la continuidad en la atención. Por ello es claro que el Estado, a través del Ministerio de Salud, debe mantener una visión integral que articule todos los componentes del sistema hacia el objetivo común de garantizar el derecho a la salud.

El proyecto también desconoce el papel fundamental que cumple la Superintendencia Nacional de Salud en la vigilancia y control del sistema al crear un organismo paralelo con funciones regulatorias, por lo que se genera una potencial superposición de competencias que puede afectar la eficacia



de la supervisión estatal. Es fundamental referir al respecto que la arquitectura institucional del sistema de salud se ha venido consolidando con roles claramente definidos para cada entidad, y esta propuesta introduce elementos de confusión que pueden debilitar el control estatal.

Las consideraciones de equidad territorial, fundamentales en un país con las características geográficas y sociales de Colombia, tampoco están adecuadamente contempladas en el proyecto, es así que la centralización de decisiones en un comité ubicado en Bogotá puede generar sesgos que no consideren las particularidades regionales y las necesidades específicas de poblaciones vulnerables. Por lo que no existe duda alguna que el actual esquema permite mayor flexibilidad para adaptar las decisiones a las realidades territoriales diversas del país.

En materia de recursos humanos en salud, el proyecto no considera los impactos que pueden tener sus decisiones sobre la formación y disponibilidad de profesionales de la salud en el país, es así que las decisiones sobre financiación de tecnologías y servicios tienen efectos directos sobre la demanda de diferentes especialidades médicas y sobre la configuración de la oferta de servicios. Estas consideraciones requieren de una visión integral que solo puede garantizarse desde las autoridades de salud competentes.

La innovación en salud, factor crucial para el desarrollo del sector y la mejora en la calidad de vida de los colombianos, puede verse afectada por decisiones tomadas sin la debida consideración de criterios científicos y tecnológicos, verbi gracia el Ministerio de Salud cuenta con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y otros organismos técnicos que aportan evidencia científica para la toma de decisiones. Es claro entonces que un organismo paralelo sin estas capacidades técnicas puede tomar decisiones que desincentiven la investigación y el desarrollo tecnológico en salud.

Por todas las consideraciones expuestas, resulta evidente que el Proyecto de Ley 022 de 2025 de Cámara No. 341 de 2024 Senado, “Por medio de la cual se establece el procedimiento, mecanismo, instancias y elementos para la definición, monitoreo y ajuste de la Unidad de Pago por Capitación UPC y Presupuestos Máximos, del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” presenta vicios de inconstitucionalidad e inconveniencia que hacen que presentemos ponencia negativa.

Finalmente queremos ser reiterativos en el sentido en que el derecho a la



salud no se garantiza con nuevas burocracias ni trasladando competencias estatales a sectores privados, sino fortaleciendo las instituciones públicas, mejorando la transparencia en las decisiones, aumentando la participación ciudadana real y asegurando que los recursos públicos se utilicen de manera eficiente y equitativa para beneficio de toda la población colombiana. La salud es un derecho fundamental que requiere del liderazgo indelegable del Estado, no de su fragmentación en múltiples organismos con intereses diversos y potencialmente contradictorios.

La historia del sistema de salud colombiano muestra que los avances más significativos se han logrado cuando las decisiones se han tomado desde instituciones públicas sólidas, con base en evidencia técnica y científica, y con participación real de la ciudadanía. Es por esta vía, y no por la creación de nuevos organismos corporativos, que debe continuar evolucionando el sistema para garantizar el derecho fundamental a la salud de todos los colombianos en condiciones de calidad, oportunidad y dignidad.

#### 4. CONCEPTO DEL MINISTERIO DE SALUD

A efectos de conocer las posiciones de la Cartera Ministerial del ramo, los ponentes designados por la mesa directiva de la Comisión VII, enviamos una solicitud de concepto dirigida al Ministro GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTINEZ, Ministro de Salud, dicho concepto fue allegado por a la Secretaria de la Comisión VII, el día 25 de agosto del año 2025. Uno de los fragmentos del referido concepto, preceptúa lo siguiente.

- i. *El proyecto de ley, pese a señalar en el epígrafe y artículo 1º que busca establecer el procedimiento, mecanismo de definición, monitoreo y ajuste de la unidad de pago por capitación UPC y presupuestos máximos, tiene más bien como propósito la conformación de un Comité de Expertos encargado de la adopción de las decisiones medulares del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la orden de un mecanismo de cobertura y pago con recursos del Presupuesto General de la Nación adicionales a los recursos que se destinan para el pago de la unidad de pago por capitaciónUPC y presupuestos máximos, es decir, enfoca la problemática en la autoridad que está investida para adoptar esa*



determinación. Estas normas presentan razones de inconstitucionalidad y de inconveniencia como se explicará a continuación.

*La creación de un “organismo adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social”, constituye una de las formas a través del cual el Congreso de la República determina la estructura de la administración nacional, consistente en la creación de un organismo del orden nacional, en tanto se adscribe al citado Ministerio y señala su objetivo y funciones. Esta facultad que se encuentra prevista en los artículos 150, numeral 7, y el artículo 210 de la Constitución Política.*

*En relación con esta creación, en primer lugar, por tratarse de una modificación en la estructura de la administración pública, en la medida en que dispone de la creación de un Comité de Expertos adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, requiere de iniciativa gubernamental, de acuerdo con lo previsto en el artículo 154 Constitucional, en concordancia con el artículo 150, numeral 7. En este sentido, además de un aval por parte de este Ministerio, debería contar con el aval del Ministerio de Hacienda y Crédito, como autoridad fiscal, de lo contrario el proyecto sería inexistente.*

*En segundo lugar, la existencia de conceptos vinculantes constituye, realmente, una definición de las materias sobre las cuales se conceptúa. De otro lado, a pesar de que el título se limita a la UPC y presupuestos máximos, las funciones son muchas más amplias pues aborda los servicios financiados (art. 4).*

*En consecuencia, al ordenar la creación de un organismo adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, se vulnera el artículo 154 de la Constitución Política, según el cual, sólo podrán ser dictadas por iniciativa del Gobierno Nacional, entre otras, las leyes que determinen la estructura de la administración nacional y crean otras entidades del orden nacional. La creación de un Comité de Expertos que, además de no ser iniciativa del Gobierno, funcionalmente no tiene el carácter de asesor, sino que cumple funciones*

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



*administrativas al otorgársele facultades de regulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, desconoce el mandato constitucional al no contar con tal iniciativa que radica, de manera exclusiva, en el Gobierno.*

ii. *A través del artículo 2, se conforma el Comité de Expertos “como organismo asesor adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social de carácter permanente y técnico” responsable de emitir “conceptos técnicos, jurídicos, económicos, actuariales y/o financieros con carácter vinculante para efectos de definir, cuantificar, monitorear y ajustar la Unidad de Pago por Capitación (UPC) cada año y los Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas en la UPC”.*

(...) En síntesis, la jurisprudencia ha reconocido que la competencia para fijar la estructura de la administración nacional (i) comprende su dimensión estática, esto es, aquella que tiene vocación de permanencia; (ii) no se agota en la posibilidad de crear entidades públicas y, en consecuencia, se extiende (iii) a la definición de sus objetivos, funciones generales y modo de relacionamiento con otros órganos; e igualmente abarca (iv) la regulación de aquellas materias relacionadas con el régimen jurídico que se le aplica a sus servidores, las formas de vinculación y aquellas materias de naturaleza presupuestal y tributaria.

## 5. MARCO JURIDICO

- **Constitución Política de Colombia:**

Artículo 48

Artículo 49

Artículo 154

Artículos 345, 346, 347 y 352

Acto Legislativo 2 de 2009 (modifica artículo 49)



- **Ley Orgánica:**

Ley Orgánica 819 de 2003 (análisis de impacto fiscal)

- **Ley Especial en Salud:**

Ley 1751 de 2015 (derecho fundamental a la salud)

- **Jurisprudencia Constitucional:**

Sentencia C-1707 de 2000

Sentencia C-075 de 2022

Sentencias C-313 de 2014, C-463 de 2008 y C-177 de 1995

## **6. DECLARATORIA DE CONFLICTO DE INTERESES.**

Con base en el artículo 3º de la Ley 2003 de 2019, según el cual “*El autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo con el artículo 286. Estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar*”.

A continuación, se pondrán de presente los criterios que la Ley 2003 de 2019 contempla para hacer el análisis frente a los posibles impedimentos que se puedan presentar en razón a un conflicto de interés en el ejercicio de la función congresional, entre ellas la legislativa.

“*Artículo 1º. El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así: (...)*

- i. *Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.*
- ii. *Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.*



*iii. Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.*

Para todos los efectos se entiende que no hay conflicto de interés en las siguientes circunstancias:

**a) Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusiona con los intereses de los electores.**

**b) Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro.**

**c) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que establezcan sanciones o disminuyan beneficios, en el cual, el congresista tiene un interés particular, actual y directo. El voto negativo no constituirá conflicto de interés cuando mantiene la normatividad vigente.**

**d) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que regula un sector económico en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo, siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual.**

**e) (Literal INEXEQUIBLE)**

**f) Cuando el congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos (...)".** (Subrayado y negrilla fuera de texto).

De lo anterior, y de manera meramente orientativa, se considera que para la discusión y aprobación de este Proyecto de Ley no existen circunstancias que pudieran dar lugar a un eventual conflicto de interés por parte de los Honorables Representantes, pues es una iniciativa de carácter general, impersonal y abstracta, con lo cual no se materializa una situación concreta que permita enmarcar un beneficio particular, directo ni actual. En suma, se considera que este proyecto se enmarca en lo dispuesto por el literal a del artículo primero de la Ley 2003 de 2019 sobre las hipótesis de cuando se

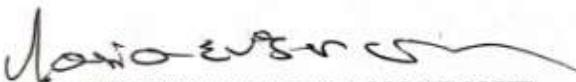


entiende que no hay conflicto de interés. En todo caso, es pertinente aclarar que los conflictos de interés son personales y corresponde a cada Congresista evaluarlos.

## 7. PROPOSICIÓN

Con base en las razones anteriormente expuestas, nos permitimos presentar **PONENCIA NEGATIVA** y en consecuencia **ARCHIVAR** el Proyecto de Ley 022 de 2025 de Cámara No. 341 de 2024 Senado, “*Por medio de la cual se establece el procedimiento, mecanismo, instancias y elementos para la definición, monitoreo y ajuste de la Unidad de Pago por Capitación UPC y Presupuestos Máximos, del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*”

Cordialmente,



MARÍA EUGENIA LOPERA MONSALVE  
Representante a la Cámara  
Ponente



JORGE ALEXANDER QUEVEDO  
Representante a la Cámara  
Ponente