

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD Para responder este documento favor citar este número:	
Rad No:	20261000001304731
Fecha:	24-04-2026
Dependencia	Despacho del Superintendente Delegado para Entidades de Aseguramiento en Salud
Expediente	2025160001901000004E

Bogotá,

Doctor

Juan Alberto Duque García
Secretario General
Comisión Cuarta Constitucional Permanente
Cámara de Representante – Congreso de la República
Carrea 7 # 8-68
Comisión.cuarta@camara.gov.co
Ciudad

Asunto: Respuesta a proposición N° 094 de 2026, presentada por el H:
Representante Hugo Danilo Lozano Pimiento.

Referencia: 20269300407200312 – 20269300410159462

Respetado Doctor Duque:

En atención al asunto de la referencia, mediante el cual presentó cuestionario dirigido a esta Superintendencia en el marco de la proposición núm. 094 de 2026, requiriendo lo siguiente:

"11. De acuerdo con las proyecciones del Gobierno Nacional y del Ministerio de Hacienda, el presupuesto asignado al sector salud evidencia una brecha creciente entre las necesidades reales de financiación y los recursos efectivamente apropiados.

En ese contexto, ¿cuál es el análisis que realiza la Superintendencia Nacional de Salud sobre la suficiencia de dichos recursos y las consecuencias que esta situación puede generar en la sostenibilidad del aseguramiento y en la garantía de la atención a los usuarios?

2. Los reportes recientes sobre ejecución del evidencian demoras en las transferencias a las entidades territoriales y a las EPS, situación que repercute negativamente en la oportunidad de pago a prestadores y proveedores.

En este contexto, ¿qué mecanismos de control, seguimiento y verificación ha implementado la Superintendencia Nacional de Salud para asegurar que los recursos del presupuesto nacional se giren, ejecuten y distribuyan de manera oportuna, transparente y conforme a la normatividad vigente?

3. de las 997 IPS públicas del país, cuales están en alto riesgo financiero y medio riesgo financiero con plan de mejoramiento fiscal y financiero por parte del ministerio de salud.

4. Informe de cartera real de los 997 IPS públicas del país inscritas en el registro especial de prestadores de servicios de salud R.E.P.S

5 . En el marco de la Ley de Presupuesto General de la Nación, ¿qué papel cumple la Superintendencia Nacional de Salud en la verificación del uso adecuado de los recursos asignados al sistema, particularmente los destinados al régimen subsidiado y a los programas de salud pública.

6. Teniendo en cuenta que el déficit estimado del sistema de salud supera los cinco billones de pesos, ¿qué estrategias ha identificado o sugerido la Superintendencia para corregir las causas estructurales de desfinanciación y garantizar la continuidad del servicio sin afectar la cobertura ni la calidad de la atención?

7. Sírvase informar de acuerdo con los informes técnicos del sector, la siniestralidad promedio de algunas Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo, que acciones de seguimiento, supervisión o intervención ha adelantado la superintendencia Nacional de Salud frente a esta situación, que medidas concretas se ha implementado para corregir o restablecer la sostenibilidad financiera del sistema.

8 . De acuerdo con los informes recientes, en 2024 el gasto de bolsillo de los hogares en salud ascendió a 14,5 billones de pesos equivalente al 16,8% de gasto corriente en el sector, lo que evidencia una carga económica para los usuarios. ¿Qué medidas específicas ha adoptado la superintendencia Nacional de Salud para prevenir que las insuficiencias de recursos del sistema se traduzcan en un mayor costo o barreras de acceso para los pacientes?

9. En informe reciente presentado por la Defensoría del pueblo se muestra un aumento en las quejas de los usuarios y un incremento en las acciones de tutela derivadas de dificultades en el acceso a servicios y tecnologías en salud. ¿Qué análisis realiza la Superintendencia Nacional de Salud sobre la efectividad de la tutela y de los demás instrumentos de defensa del usuario en el contexto de la crisis financiera del sistema?

10. Según diversos reportes del sector, la crisis financiera del sistema ha generado tensiones entre las EPS, los prestadores y los proveedores, con una cartera acumulada superior a los 4 billones de pesos. ¿Qué estrategias de inspección y control ha dispuesto la Superintendencia para asegurar el flujo efectivo de los recursos y evitar que dicha situación afecte la prestación oportuna de los servicios de salud?

Precisado lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud se permite dar respuesta en los siguientes términos:

Respuesta al punto 1:

La Superintendencia Nacional de Salud es la autoridad encargada de garantizar el cumplimiento de las normas que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el propósito de proteger y salvaguardar los derechos de los ciudadanos en relación con su acceso, calidad y oportunidad en la atención en salud. Para ello, la entidad ejerce funciones de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) sobre los diferentes actores del sistema, tales como EPS, IPS, entidades territoriales y demás agentes responsables de la prestación y

aseguramiento en salud. Estas facultades le permiten verificar el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias, prevenir riesgos que afecten la garantía de los derechos en salud, imponer medidas administrativas y sancionatorias cuando se evidencien incumplimientos, y adoptar acciones correctivas orientadas a la mejora continua del sistema. En este sentido, la Superintendencia actúa como garante del equilibrio entre la normatividad y la protección efectiva de los usuarios, asegurando que las entidades vigiladas operen bajo los principios de eficiencia, transparencia y responsabilidad social.

Asimismo, el artículo 37 de la ley 1122 de 2007, establece los ejes del sistema de inspección, vigilancia y control en los cuales la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones:

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

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

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

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

*5. **Eje de acciones y medidas especiales.** <Numeral modificado por el artículo 124 de la Ley 1438 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza y monopolios rentísticos cedidos al sector salud no asignados a otra entidad, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud. En casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización o funcionamiento que le otorgue a las Entidades Promotoras de Salud o Instituciones Prestadoras de Salud, deberá decidir sobre su liquidación.*

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

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

En ese sentido, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, realiza un seguimiento permanente al uso, flujo y aplicación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). No obstante, es importante precisar que la determinación de la suficiencia de dichos recursos no es competencia de esta Superintendencia, sino del Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del sistema y responsable de establecer los recursos que serán destinados al aseguramiento en cada vigencia.

Respuesta al punto 2:

En el marco de las funciones de inspección, vigilancia y control que ejerce la Superintendencia Nacional de Salud, resulta fundamental garantizar la transparencia y el adecuado manejo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Estas acciones se orientan a supervisar la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de dichos recursos, con el propósito de asegurar su destinación correcta y el cumplimiento de los objetivos del sistema.

De acuerdo con las funciones asignadas esta Superintendencia realiza acciones como:

i. Evaluación de Condiciones Financieras y de Solvencia: El Decreto 2702 de 2014, compilado en el Decreto 780 de 2016, estableció las condiciones financieras y de solvencia que deben cumplir las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para garantizar el apropiado manejo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), velar por la adecuada atención de los afiliados al sistema y respaldar el cubrimiento de las obligaciones con los prestadores de servicios de salud. Con este propósito en dicho decreto se definieron cuatro (4) indicadores de cumplimiento, a saber: i) Capital Mínimo, ii) Patrimonio Adecuado, iii) Reservas Técnicas y, iv) Régimen de Inversión de las Reservas Técnicas.

En tal sentido y en el marco de lo establecido en la Circular Externa 016 de 2016, la Superintendencia Nacional de Salud realiza la publicación en la página web de los resultados de las condiciones financieras y de solvencia de las EPS con el fin de evaluar el comportamiento financiero de las EPS.

ii. Auditorías: Se realizan auditorías in situ a los sujetos vigilados, con el fin de evaluar el cumplimiento del marco normativo, específicamente sobre el flujo de recursos, se realiza una verificación de la correcta administración de los recursos verificando integralmente la cadena del proceso que incluye; la

asignación de los recursos, el desarrollo del proceso de auditorías de cuentas médicas, las relaciones contractuales con la red de servicios de salud, los pagos realizados a sus prestadores y el reconocimiento contable en sus estados financieros.

Como resultado de estas evaluaciones, cuando se evidencian incumplimientos en los procesos, desviaciones del marco normativo o deficiencias en la gestión administrativa y financiera, la Superintendencia establece **hallazgos** que deben ser corregidos por las entidades vigiladas. Para ello, estas deben formular e implementar **planes de mejora**, los cuales son objeto de **seguimiento periódico** por parte de la Superintendencia, con el fin de verificar la implementación de las acciones correctivas y la mitigación de los riesgos identificados.

iii. Mesas Flujo de recursos: la Delegatura para Entidades de Aseguramiento en Salud, en atención a las peticiones y quejas presentadas por los prestadores de servicios de salud frente al no pago de las acreencias, realiza mesas de acompañamiento a las entidades responsables de pago y las entidades beneficiarias de pago para la depuración, conciliación, aclaración de cuentas, y legalización y/o liquidación de contratos acuerdos de pago que permitan la generación de recursos y el saneamiento de la deuda generada.

iv. Requerimientos específicos: Con las alertas o quejas presentadas por las entidades beneficiarias de pago en contra de las EPS, la Superintendencia realiza requerimientos directos a las EPS con el fin de trasladar la queja presentada y conocer las actuaciones que realizó la EPS o va a realizar para el pago o aclaración de la deuda con la entidad beneficiaria de pago.

v. Traslados a Entidades de control: Cuando se identifiquen presuntos incumplimientos al marco normativo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y de acuerdo con la gravedad, alcance y naturaleza de los mismos, las Delegadas Misionales de la Superintendencia Nacional de Salud efectuarán el traslado para investigación administrativa a la Delegada para Investigaciones Administrativas, con el fin de que se adelante la evaluación correspondiente y se determinen las actuaciones sancionatorias a que haya lugar.

De igual forma, cuando los hechos puedan constituir posibles conductas con incidencia fiscal, disciplinaria o penal, se realizarán los respectivos traslados a las entidades de control competentes, tales como la Contraloría General de la República, la Fiscalía General de la Nación y la Procuraduría General de la Nación, para que, en el marco de sus competencias, adelanten las investigaciones correspondientes y determinen las responsabilidades a que haya lugar.

vi. Medidas Cautelares: En aquellas EPS donde se han identificado incumplimientos reiterados respecto del uso eficiente de recursos del SGSSS y

garantía de atención a la población afiliada, la Superintendencia ha adoptado medidas alternas, entre ellas la medida cautelar de cesación provisional de acciones que ponen en riesgo la vida o integridad física de los pacientes y el destino de los recursos del SGSSS, dicha medida busca tener un mayor control de los recursos generando mayor verificación de los prestadores a los cuales se postulan los pagos.

vii. Seguimiento medidas especiales: Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que se encuentren bajo medida especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud deben incluir, dentro de su plan de trabajo, estrategias y acciones orientadas a la conciliación, depuración y pago de cartera con la red prestadora y proveedora de servicios y tecnologías en salud.

Dicho plan deberá contemplar metas verificables, cronogramas definidos y mecanismos de seguimiento que permitan evidenciar avances en la normalización de las obligaciones financieras, garantizando la sostenibilidad de la red y la continuidad en la prestación de los servicios de salud.

En conclusión, la sostenibilidad financiera del SGSSS requiere un ejercicio corresponsable de competencias entre todos los actores. Las acciones de la Superintendencia, si bien determinantes en el control y corrección de riesgos, deben articularse con el cumplimiento oportuno de las obligaciones de EPS, prestadores y entes territoriales. El fortalecimiento de los primeros niveles de atención, la modernización de los sistemas de información y la transición hacia modelos preventivos y resolutivos constituyen factores clave para mejorar el uso eficiente de los recursos y garantizar el derecho fundamental a la salud.

Adicionalmente, mediante la Circular Externa 0006 de 2018 “Por la cual se hacen modificaciones a la Circular 047 de 2007 en lo relacionado con el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos, y reporte de información”, esta Superintendencia Nacional de Salud impartió directrices a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES sobre gestión del riesgo operativo, de liquidez, de crédito, de mercado de capitales, SARLAFT y Corrupción.

A su vez, estableció la información periódica que debe remitir la ADRES sobre: presupuesto, recaudo, régimen contributivo, régimen subsidiado, recobros por tecnologías no financiadas con la UPC, reclamaciones SOAT ECAT, reintegro de recursos, BDUA, inversiones y bancos.

Asimismo, la Superintendencia Nacional de Salud expidió la Circular Externa 2024151000000007-5 el 17 de julio de 2024, “Por la cual se hacen adiciones y modificaciones a la circular externa 047 de 2007 - instrucciones generales y remisión de información financiera para la inspección, vigilancia y control” donde se adicionaron algunos reportes específicos para la ADRES y se

modificaron algunos anexos técnicos para todos los vigilados, incluyendo a la ADRES.

Posteriormente, la Superintendencia Nacional de Salud expidió la Circular Externa No. 2025151000000008-5 de 2025 “Por la cual se eliminan, modifican y adicionan instrucciones de la Circular externa 006 de 2018, para el reporte de información relacionada con el flujo de recursos del SGSSS”, emitiendo instrucciones de obligatorio cumplimiento para el reporte de información correspondiente al flujo de recursos que financian el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de adelantar las acciones de inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) .

Así las cosas, se inspecciona y vigila las fuentes de financiamiento de la ADRES, en cuanto a lo señalado anteriormente, a través de visitas, auditorías, requerimientos de información y monitoreo permanente de la información reportada por el La Administradora de Recursos del SGSSS – ADRES.

En desarrollo de estas atribuciones, la Dirección de Inspección y Vigilancia para Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, realiza seguimiento técnico y operativo mediante las estructuras de reporte definidas en la citada circular, dentro de las cuales se encuentra la Tabla 18 – Recaudo de recursos que financian el SGSSS, la cual permite verificar la consistencia entre los recursos recaudados, los montos disponibles para giro y la ejecución efectiva realizada por la ADRES.

Respuesta al punto 3:

Se precisa, que es el Ministerio de Salud y Protección Social, el encargado de realizar la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado con base en la información suministrada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y esta Superintendencia, en cumplimiento del Título 5 de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015, Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, así como la reportada anualmente por las Empresas Sociales del Estado a la respectiva entidad territorial de salud, a más tardar al 30 de abril de la vigencia inmediatamente anterior, en cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social,

Para la vigencia 2025, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1122 de 2025, en la cual se “se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2025 y se dictan otras disposiciones”, especificando en los Anexos 4 y 5 las ESE categorizadas sin riesgo, con riesgo bajo, medio o alto.

De acuerdo con lo anterior, se realizó la categorización de 922 Empresas Sociales del Estado de la siguiente manera:

- Anexo 1 Empresas Sociales con programa de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizado o en trámite de viabilidad por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, que no son Objeto de Categorización
- Anexo 2 Empresas Sociales Del estado, que hacen parte del documento remitido por la superintendencia nacional de salud, bajo medida especial de intervención forzosa administrativa para administrar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, o en vigilancia especial, que no son objeto de categorización.
- Anexo 3 Empresas Sociales del Estado del nivel territorial que se encuentran adelantando un acuerdo de reestructuración de pasivos ante la superintendencia nacional de salud, y que hacen parte del listado consultado en la página web de dicha superintendencia, que no son objeto de categorización.
- Anexo 4 Empresas Sociales del Estado del nivel territorial que, a 30 de abril de 2025 no tenían información anual con corte a 31 de diciembre de 2024, consolidada, validada y presentada por las direcciones territoriales de salud al ministerio de salud y protección social, categorizadas en riesgo alto.
- Anexo 5: Empresas Sociales del Estado del nivel territorial categorizadas sin riesgo, con riesgo bajo, medio o alto para la vigencia 2025.

Departamento	PSFF viabilizado o en trámite de viabilidad, Sin categorización	Entidades en intervención forzosa administrativa que no son objeto de categorización	Entidades en Acuerdo de reestructuración de pasivos que no son objeto de categorización	Categorizadas en Riesgo Alto	Categorizadas en Riesgo Medio	Categorizadas en Riesgo Bajo	Categorizadas Sin Riesgo
Antioquia	67			1		3	52
Arauca	1					0	3
Atlántico	15					1	7
Bogotá, D.C.	1	1				1	1
Bolívar	24	1	1			0	15
Boyacá	24					3	78
Caldas	2					1	26
Caquetá	1					0	5
Casanare	1					0	4
Cauca	2					2	15
Cesar	10	2				3	13
Chocó	5	1					
Córdoba	18	1	3			0	9
Cundinamarca	17					1	34
Distrito De	1	1					

Departamento	PSFF viabilizado o en trámite de viabilidad , Sin categorización	Entidades en intervención forzosa administrativa que no son objeto de categorización	Entidades en Acuerdo de reestructuración de pasivos que no son objeto de categorización	Categorizadas en Riesgo Alto	Categorizadas en Riesgo Medio	Categorizadas en Riesgo Bajo	Categorizadas Sin Riesgo
Buenaventura							
Distrito De Cali	2					1	3
Huila	3					7	30
La Guajira	6	1	1			2	6
Magdalena	19					2	12
Meta	1				1	1	12
Nariño	12	1			1	2	52
Norte De Santander	5					1	10
Putumayo	2					0	7
Quindío	2	1				0	12
Risaralda	4					1	11
San Andrés P.Y Sc	1						
Santander	31	1				4	47
Sucre	19					3	2
Tolima	11	1				5	32
Valle Del Cauca	7		1			3	34
Vichada	1						
Amazonas		1					
Cartagena		1					
Vaupés						0	1
Guaviare						1	1
Santa Marta						1	
Guainía							1
Total General	315	14	6	1	2	49	535

Fuente: Resolución 1122 de 2025 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Respuesta al punto 4:

La información del estado de la cartera de las IPS públicas se generó conforme a los datos reportados por estas instituciones a través del Sistema de Información Hospitalaria SIHO, conforme a los reportes con corte al 31 de diciembre de 2025.

A dicho corte las IPS Públicas a nivel nacional reportan una cartera bruta de \$17.410.400 billones, es decir, que no incorpora estimaciones por deterioro de valor, ingresos recibidos no aplicados o facturación registrada como glosada; de los cuales \$3.048.924 Billones, es decir el 17.51% del total, se encuentra reconocida con entidades liquidadas o en proceso de liquidación, en tanto que, para el análisis general se excluyen a fin de relacionar las deudas con las

entidades que se encuentran autorizadas para operar el Régimen Contributivo y Subsidiado del SGSSS. Así las cosas, la cartera recuperable, asciende a \$ 14.361.476 Billones para el corte mencionado.

En consideración la cartera por cobrar se encuentra concentrada en la Nueva EPS quien adeuda el 42.06% del total (\$6.040.560 Billones), Coosalud EPS con el 12.25% (\$1.759.700 Billones), Emssanar EPS con el 6.89% (\$990.354 Millones), Asmet Salud EPS 6.27% (\$900.771 millones), Cajacopi EPS con el 4.29% (\$616.949 millones), Famisanar EPS con el 4.15% (\$ 597.249 millones), Savia Salud EPS con el 4.07% (\$585.442 millones), Sanitas EPS con el 3.77% (\$541.613 millones) y Capital Salud EPS-S con el 2.33% (\$541.613 millones), lo que en total representa el 86.12% del total de obligaciones reconocidas por los prestadores de servicios de salud que hacen parte de la red de prestación pública a nivel nacional.

Según el comportamiento de pago y las actividades de depuración y conciliación que se realizan por parte de las entidades de aseguramiento en salud y los prestadores de servicios de salud, las obligaciones se acumulan mayoritariamente con rangos de vencimiento de entre 180 a más de 360 días, lo cual equivale a \$ 7.652.700 Billones, 53.29% del total. No obstante, esta cifra puede variar si se considera que los prestadores de servicios de salud reportan \$ 2.834.093 Billones recibidos pero que no han sido aplicados a la cartera adeudada por las EPS.

Anexo: Detalle de cartera a 31 de diciembre de 2025 reportada en el Sistema de Información Hospitalaria SIHO, por parte de las IPS Públicas a nivel nacional.

Respuesta al punto 5:

Vale la pena aclarar que la verificación, ejecución, seguimiento y control del Presupuesto General de la Nación (PGN) es una función exclusiva del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Dirección General del Presupuesto Público Nacional y la Contraloría General de la República, encargadas por mandato constitucional y legal de administrar y vigilar dicho presupuesto, incluidas las apropiaciones destinadas al sector salud.

Por ello, la Superintendencia Nacional de Salud no tiene competencia para supervisar directamente el PGN, dado que su competencia no comprende el control macro presupuestal del Estado, sino la vigilancia del comportamiento de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) frente al cumplimiento de la normatividad del sector salud conforme a lo dispuesto en la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011, la Ley 1949 de 2019 y el Decreto 1080 de 2021, que limitan sus funciones a la inspección, vigilancia y control sobre los sujetos vigilados y no sobre la administración nacional de los recursos.

En ese sentido, el papel de la Supersalud no es verificar el uso del PGN como tal, sino asegurar que las EPS, IPS, entidades territoriales y demás vigilados destinen adecuadamente los recursos que reciben, independientemente de su fuente, ya sea UPC, presupuesto máximo, recursos territoriales o recursos para salud pública, evitando desviaciones, incumplimientos contractuales o barreras de acceso, a través de requerimientos de información, auditorías, vigilancia especial, investigaciones administrativas y demás mecanismos previstos en la Ley.

Precisado lo anterior, se destaca que desde la Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud se realiza la verificación de que los recursos asignados a la red de prestación se utilicen de manera adecuada. Esta labor se desarrolla mediante la revisión de la prestación de los servicios de salud en términos de oportunidad, continuidad, accesibilidad y disponibilidad, así como de los demás atributos asociados al derecho fundamental a la salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Asimismo, se constata el cumplimiento de las obligaciones de estas instituciones con el talento humano y con los proveedores de bienes y servicios, con el fin de garantizar que la atención a los usuarios no se vea afectada.

Ahora bien, cuando se identifican situaciones externas que impiden que los recursos del SGSSS lleguen de manera oportuna a los Prestadores de Servicios de Salud, se informa a la Delegada para la Función Jurisdiccional, a fin de que, en el marco de sus competencias, programe jornadas de conciliación entre los actores involucrados. De igual manera, se informa a la Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud el seguimiento a las EPS que presuntamente incurren en conductas que afectan el flujo de recursos hacia los prestadores, para adelantar las acciones correspondientes.

Tal como se ha expuesto, en el marco de las competencias asignadas a la Superintendencia Nacional de Salud, esta Entidad realiza seguimiento al uso de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluidos aquellos provenientes del Presupuesto General de la Nación destinados al régimen subsidiado y a los programas de salud pública.

El artículo 37 de la Ley 1122 de 2007 establece que el eje de Financiamiento del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control (IVC), a cargo de la Superintendencia, tiene como objetivo vigilar la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector salud.

En cumplimiento de lo anterior, esta Superintendencia a través de la Delegada para Entidades Territoriales realiza seguimiento a los Fondos Locales de Salud (FLS), responsables de administrar las subcuentas definidas para la administración de los recursos del Sistema en las Entidades Territoriales, entre ellas las correspondientes al Régimen Subsidiado en Salud y a la Salud Pública Colectiva, conforme a lo dispuesto en el artículo 57 de la Ley 715 de 2001, el

literal c) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, y la Resolución 3042 de 2007 y sus modificaciones.

Con la puesta en marcha de la Categoría Única de Información del Presupuesto Ordinario (CUIPO) de la Contraloría General de la Nación, regulada mediante Resolución 063 de 2023, y ante las limitaciones iniciales para identificar el detalle sectorial de la información presupuestal, la Superintendencia expidió la Circular Externa No. 2024151000000005-5 de 2024, mediante la cual se impartieron instrucciones a las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal para el reporte de información financiera y presupuestal de los FLS.

En desarrollo de dicha circular, las entidades territoriales deben reportar, entre otra información, la siguiente:

- A través de los **archivos FT035 y FT036**, la programación y ejecución presupuestal de ingresos y gastos de los FLS, discriminada por subcuentas, incluyendo las de régimen subsidiado y salud pública.
- A través del **archivo FT034**, la información sobre deudas por concepto de esfuerzo propio, entendidas como los valores pendientes de giro por parte de las entidades territoriales, para el caso las departamentales y distritales, para financiar el régimen subsidiado en el marco de la matriz de continuidad.

La implementación de estas exigencias permitió fortalecer el proceso de seguimiento, mediante la verificación de la oportunidad en el reporte, así como la calidad, consistencia y completitud de la información suministrada por las entidades territoriales. Adicionalmente, la Superintendencia realiza cruces de información con fuentes externas, en particular con los registros reportados en la plataforma **CUIPO**, con el fin de identificar inconsistencias, desviaciones en la ejecución presupuestal o posibles riesgos en la destinación de los recursos.

Cuando, como resultado de estos análisis, se detectan inconsistencias o incumplimientos de los lineamientos establecidos, se procede a emitir los requerimientos correspondientes para subsanar la información o adoptar correctivos, y, de ser necesario, adelantar las actuaciones administrativas dentro del marco de sus facultades de inspección, vigilancia y control.

De esta manera, la Superintendencia realiza el seguimiento al uso de los recursos asignados al sistema de salud, con el fin de verificar su adecuada aplicación en los componentes de aseguramiento subsidiado y salud pública, en concordancia con la normativa vigente.

De otra parte, cuando el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) informa a la Superintendencia Nacional de Salud sobre incumplimientos de las entidades territoriales en la ejecución de acciones o en el uso de recursos de salud pública, estos reportes se convierten en un insumo técnico prioritario

para orientar las acciones de inspección y vigilancia. En ejercicio de su competencia para solicitar, confirmar y analizar información técnica, administrativa y financiera del sistema de salud, la Superintendencia utiliza esta comunicación para priorizar territorios, identificar riesgos y focalizar la verificación del cumplimiento de las obligaciones a cargo de las entidades territoriales.

Con base en dicha información, la Superintendencia emite requerimientos formales a las entidades territoriales, solicitando documentación, reportes financieros y soportes de gestión que permitan establecer el estado real de cumplimiento. Esta actuación se sustenta en el mandato institucional de verificar que las entidades territoriales ejerzan adecuadamente sus funciones en el sector salud, garantizando trazabilidad y permitiendo determinar si los incumplimientos corresponden a fallas de gestión, deficiencias administrativas o desviaciones frente a los lineamientos del MSPS.

La información recopilada permite adelantar una evaluación técnica integral del uso de los recursos de salud pública, conforme a la competencia de la Supersalud de inspeccionar, vigilar y controlar los recursos del sistema de salud. Esta revisión busca establecer si la ejecución se ajusta a la destinación específica prevista en el Presupuesto General de la Nación, especialmente en lo relacionado con las transferencias dirigidas a los programas de ETV, tuberculosis y lepra. A partir de los hallazgos, la Superintendencia prioriza acciones de inspección y vigilancia en los territorios y componentes con mayor riesgo, con el fin de asegurar una gestión oportuna, eficiente y conforme a los estándares técnicos definidos por el MSPS.

Cuando se confirman los incumplimientos inicialmente señalados, la Superintendencia puede adoptar acciones de control, emitir órdenes de mejoramiento y aplicar medidas administrativas o sancionatorias, según la naturaleza y gravedad de los hallazgos. Este ciclo, MSPS informa, Supersalud verifica y actúa, fortalece la capacidad institucional del Estado y articula esfuerzos para garantizar que las políticas de salud pública se cumplan en el territorio y que los recursos públicos se administren con eficiencia, oportunidad y transparencia.

En 2025, desde el Grupo de Salud Pública de la Delegada para Entidades Territoriales se adelantó un conjunto de auditorías específicas de alto impacto territorial dirigidas a cuatro entidades territoriales con rezagos estructurales en la gestión del sistema de salud: Neiva (Huila), Magdalena, Cesar y Chocó. Estas auditorías se enfocaron estratégicamente en verificar el cumplimiento de responsabilidades críticas: la planeación integral en salud, la ejecución técnico-financiera del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), la gestión del riesgo en salud pública, el aseguramiento, la calidad del agua (IRCA), la vigilancia de eventos priorizados como desnutrición aguda, mortalidad infantil, mortalidad materna, fiebre amarilla y dengue, así como la gestión y uso de los recursos del sector salud.

- En Neiva se auditó la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación del PSPIC con oportunidad, accesibilidad, pertinencia, seguridad, continuidad, integralidad y adaptabilidad, así como de la destinación oportuna y continua de los recursos para el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PSPIC, en la vigencia 2024.
- Magdalena: el objeto fue verificar el cumplimiento de las responsabilidades, funciones y competencias del Departamento de Magdalena – Secretaría de Seccional de Salud, en los componentes financiero, administrativo, aseguramiento, prestación de servicios de salud y gestión de la salud pública en relación con Planeación Integral en Salud, Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas, desnutrición aguda moderada y severa, mortalidad en niños y niñas menores de 5 años, fiebre amarilla y dengue; durante la vigencia 2024 y hasta el 30 de mayo de 2025.
- Cesar: el objeto fue verificar el cumplimiento de las responsabilidades, funciones y competencias del Departamento del Cesar – Secretaría de Salud Departamental, en los componentes financiero, administrativo, aseguramiento, prestación de servicios de salud y gestión de la salud pública en relación con Planeación Integral en Salud, Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, desnutrición aguda moderada y severa, mortalidad en niños y niñas menores de 5 años, índice de riesgo de la calidad del agua (IRCA), dengue y mortalidad materna; así como las deudas por prestación de servicios de salud y esfuerzo propio, la contratación y ejecución de recursos de subsidio a la oferta y los reportes de información contable, financiera y presupuestal en salud, durante la vigencia 2024 y hasta el 30 de junio de 2025.
- Chocó: el objeto fue verificar el cumplimiento de las responsabilidades, funciones y competencias en los componentes financiero, administrativo, aseguramiento, prestación de servicios de salud y gestión de la salud pública por parte de la Secretaría de Salud Departamental de Chocó respecto de la planeación integral en salud, el plan de acción en salud, así como al programa de reorganización, rediseño y modernización de la red de prestaciones de servicios de salud del departamento y la gestión y ejecución de los recursos asignados al sector salud del departamento, para el periodo 2024 y primer semestre 2025 de estos elementos.

Con estas actuaciones, la Superintendencia demostró oportunidad, rigor técnico y priorización territorial, interviniendo los departamentos con mayores desafíos en resultados en salud y en administración de recursos públicos. Cada auditoría dejó evidencia detallada del cumplimiento (o no) de las funciones asignadas a los entes territoriales durante las vigencias 2024 y 2025, fortaleció la capacidad institucional local y permitió prevenir riesgos para la población. Todo esto confirma que la entidad ejerció de manera efectiva sus competencias legales en inspección, vigilancia y control, actuando de forma

preventiva y correctiva para proteger el derecho a la salud y garantizar que los recursos públicos lleguen a quienes más los necesitan.

Respecto a traslado de hallazgos, se informa que en las acciones realizadas al departamento de Magdalena se advirtió un (1) hallazgo con presunta connotación disciplinaria que se trasladó a Procuraduría y los hallazgos sobre incumplimientos se trasladaron a la Delegada para Investigaciones Administrativas (DIA). Algunos planes continúan en seguimiento.

Por último, la Dirección de Inspección y Vigilancia para Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, realiza seguimiento de la correcta ejecución, oportunidad y trazabilidad de los recursos asignados al Régimen Subsidiado a través de las estructuras de reporte definidas en la Circular Externa No. 2025151000000008-5 de 2025 *“Por la cual se eliminan, modifican y adicionan instrucciones de la Circular externa 006 de 2018, para el reporte de información relacionada con el flujo de recursos del SGSSS”*, entre las que se destacan:

Tabla 19 - Liquidación Mensual de Afiliados (LMA) del Régimen Subsidiado.

Tabla 20 - Reconocimiento de la UPC del Régimen Subsidiado.

Tabla 23 - Giro Directo a IPS y Proveedores de Servicios y Tecnologías en Salud por UPC.

A partir de estas estructuras, la Superintendencia implementa mecanismos de control que incluyen:

- Revisión periódica del cumplimiento de las obligaciones de reporte, verificando oportunidad, consistencia y exactitud de los datos remitidos por la ADRES.
- Activación de requerimientos formales, planes de mejoramiento y seguimiento intensificado, cuando se detectan riesgos que puedan comprometer la correcta ejecución presupuestal.
- Monitoreo de la trazabilidad y transparencia de los giros, garantizando que los recursos cumplan su destinación específica y que los procesos de flujo financiero se ajusten estrictamente a la normatividad vigente.

De esta manera, la Superintendencia Nacional de Salud cumple su función de vigilancia sobre la administración y ejecución de los recursos públicos del sector salud, asegurando que los mismos se utilicen de manera eficiente, oportuna y conforme al mandato legal y presupuestal que rige al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Respuesta al punto 6:

Las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud se encuentran orientadas al ejercicio de la inspección, vigilancia y control del Sistema General

de Seguridad Social en Salud (SGSSS), conforme a lo dispuesto en los artículos 34 y 37 de la Ley 1122 de 2007. En este marco, la Entidad no tiene competencia para formular políticas públicas ni para diseñar o recomendar estrategias de financiamiento dirigidas a corregir las causas estructurales de desfinanciación del sistema, responsabilidad que recae en las autoridades rectoras del sector, tales como el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, este último, específicamente, en lo relacionado con la destinación y ejecución de los recursos.

No obstante, de acuerdo con las facultades de inspección, vigilancia y control conferidas a la Superintendencia Nacional de Salud por la Ley 1122 de 2007, la entidad ha identificado causas del déficit del sistema relacionadas con el crecimiento desproporcionado de los costos frente a los ingresos derivados de la UPC. Esta situación evidencia la necesidad de corregir fallas en la administración del riesgo por parte de las EPS, en la trazabilidad y destinación específica de los recursos, así como de fortalecer la consistencia y calidad de la información financiera reportada. En ejercicio de sus competencias, la Superintendencia ha intensificado la supervisión sobre el cumplimiento del régimen de inversiones que respalda las reservas técnicas, ha profundizado en las validaciones de la calidad de la información contable reportada mediante el Catálogo de Información Financiera y ha implementado o mantenido medidas especiales como medidas preventivas, medidas de vigilancia especial, mesas de saneamiento financiero y, cuando ha sido necesario, la intervención forzosa administrativa para administrar con el objetivo de proteger la continuidad del aseguramiento.

Finalmente, para garantizar el aseguramiento sin afectar la cobertura ni la calidad, la Superintendencia adelanta supervisión permanente sobre el flujo de recursos de la UPC hacia los prestadores de servicios y tecnologías en salud, con el fin de asegurar que los pagos se realicen conforme a las normas aplicables y evitar concentraciones atípicas de giros. Así mismo, la entidad verifica el cumplimiento de los límites al gasto administrativo, las condiciones financieras y de solvencia de capital mínimo y patrimonio adecuado, y la consistencia de los reportes financieros que las EPS transmiten como autorreporte, asegurando de esta forma así la estabilidad del Sistema y el uso adecuado de los recursos.

De igual forma, a través de sus canales de atención, la Superintendencia gestiona casos individuales con el fin de contribuir a la continuidad de la atención de los pacientes y atender situaciones que puedan comprometer el ejercicio del derecho fundamental a la salud.

Estas actuaciones, si bien no constituyen recomendaciones de política pública ni intervenciones en la estructura de financiamiento del sistema, permiten mitigar los riesgos asociados a la continuidad, oportunidad y calidad de los servicios, y buscan prevenir que eventuales tensiones del sistema se traduzcan en mayores costos o barreras de acceso para los usuarios.

Respuesta al punto 7:

Con base en la metodología de siniestralidad definida por la Superintendencia Nacional de Salud, la valoración de la siniestralidad en las EPS del régimen contributivo se basa en la relación entre los costos en salud, incluyendo servicios ocurridos, reservas técnicas y liberaciones como menor valor del costo y los ingresos operacionales reconocidos para cada línea de negocio, sean estas UPC, incapacidades por enfermedad general, presupuesto máximo y planes de atención complementaria, según lo dispuesto en la metodología oficial. Esta medición permite identificar, para cada EPS, comportamientos que alertan sobre inadecuada gestión del riesgo, posibles inconsistencias en el registro de reservas técnicas, impacto de deficiencias contractuales o fallas en el reconocimiento oportuno de costos, lo cual incrementa la siniestralidad y pone en riesgo la sostenibilidad del sistema.

Frente a los resultados de la siniestralidad, la Superintendencia ha desarrollado acciones de inspección, vigilancia y control orientadas a verificar la razonabilidad de los costos reportados, la consistencia entre ingresos y costos por línea de negocio, y la adecuada aplicación de la metodología en el cálculo del indicador, especialmente respecto a la correcta utilización de las cuentas contables del Catálogo de Información Financiera, así como las indicaciones según las cuales, las liberaciones de reservas técnicas deben registrarse como menor valor del costo. Estas actuaciones incluyen requerimientos de calidad y razonabilidad de la información, revisión de prácticas y políticas contables, identificación de comportamientos atípicos que puedan asociarse a riesgos operativos o administrativos, y la verificación del impacto de la siniestralidad en los indicadores de condiciones financieras.

Como medidas concretas, la Superintendencia ha adoptado actuaciones administrativas proporcionales al riesgo identificado, tales como la imposición de medidas de vigilancia especial, la exigencia de planes de mejoramiento y de saneamiento financiero, la evaluación flujo de recursos y la adopción de medidas más intensas como la intervención forzosa administrativa en los casos en que la siniestralidad refleja deterioro estructural que compromete la continuidad del aseguramiento.

Respuesta al punto 8:

En materia de gasto de bolsillo y suficiencia financiera del sistema, corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), como ente rector del sector, definir y adoptar las políticas públicas relacionadas con el financiamiento, la suficiencia de la UPC, la regulación de beneficios y la arquitectura del aseguramiento para reducir cargas económicas a los hogares. Estas funciones derivan de la Ley 1438 de 2011.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud, en virtud de las competencias otorgadas por la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011, la Ley 1949 de 2019, y su estructura orgánica definida por el Decreto 1080 de 2021, tiene la responsabilidad de vigilar que los actores del sistema no generen cobros indebidos, no trasladen costos prohibidos al usuario y no establezcan barreras administrativas que afecten el acceso.

En la práctica, dentro de este marco normativo, la Superintendencia adelanta acciones como la supervisión sobre la correcta aplicación de copagos y cuotas moderadoras; atención prioritaria de quejas por cobros indebidos; seguimiento a autorizaciones y entrega de servicios que puedan inducir gasto de bolsillo; y las investigaciones y sanciones cuando se identifican prácticas que condicionen el acceso al pago del usuario. Así mismo, la Superintendencia realiza monitoreo financiero a EPS e IPS para identificar riesgos que puedan comprometer la continuidad del servicio, mediante requerimientos, medidas especiales con planes de mejoramiento y/o sanciones. Estas acciones buscan evitar que las insuficiencias del sistema se traduzcan en mayores cargas económicas o barreras de acceso para los usuarios.

Respuesta al punto 9:

Es importante resaltar que la Superintendencia Nacional de Salud, a través de la Subdirección de Defensa Jurídica, se gestiona y lleva registro únicamente de las acciones de tutela en las que la Superintendencia Nacional de Salud es accionada o vinculada, que pueden por lo general involucrar a actores vigilados del sistema y, entre otras, versar sobre dificultades de acceso a servicios y/o tecnologías en salud. Sin embargo, dicho registro y gestión tiene como objeto el ejercicio de la defensa judicial de la entidad en el correspondiente trámite ante el Juez de Tutela, pero no tiene el alcance para evaluar en principio aspectos de orden misional de la entidad frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, habida cuenta que tal registro y gestión no abarca las demás tutelas que se interponen por el asunto referido, y en las que no se vincula a la Superintendencia.

El requerimiento de la proposición allegada hace referencia al incremento general de las acciones de tutela por casos de falta de acceso a servicios y/o tecnologías en salud, y solicita un análisis de fondo frente a la incidencia del mecanismo constitucional respecto de dicha situación.

Si bien es cierto dentro de lo dispuesto en las funciones de esta Delegatura, no se encuentra el análisis de efectividad de la tutela y de los demás instrumentos de defensa del usuario, en el contexto de crisis financiera del sistema; si es cierto que desde esta Delegatura se están adelantando Estrategias de atención al ciudadano denominadas Ángeles y Plan S, que buscan gestionar de manera conjunta con el usuario las barreras de acceso que presenta y que se pueda resolver in situ a través de las diferentes acciones de inspección y vigilancia

pertinentes de acuerdo con las competencias propias establecidas en el Decreto 1080 de 2021, a lo largo del territorio nacional.

La estrategia Ángeles es una iniciativa de impacto que evita en tiempo real e in situ la solución de barreras en salud, generadas por los diferentes actores del sistema (EPS, IPS y gestores farmacéuticos). El objetivo es evitar la radicación de reclamos y lograr dar respuesta a las necesidades de los usuarios.

La Estrategia S tiene como objetivo fundamental garantizar la atención oportuna y la protección de los derechos de los usuarios del sistema de salud, priorizando casos de riesgo para la vida o la integridad. Para ello, implementa equipos móviles que verifican trámites de PQRD, intervienen ante prestadores de servicios y gestores farmacéuticos, y resuelven barreras de acceso a la salud. Su accionar se realiza in situ, fortaleciendo la capacidad de respuesta inmediata de la Superintendencia, especialmente en situaciones críticas, mediante profesionales interdisciplinarios que verifican y gestionan directamente los casos

Respuesta al punto 10:

Desde la competencia de la Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud se desarrollan acciones que inciden al seguimiento del adecuado uso de los recursos por parte de los prestadores de servicios de salud:

1. Seguimiento mesas de flujo de recursos: Participación en acciones técnicas orientadas al seguimiento y control del flujo de recursos de las IPS en coordinación con la Delegatura para el Aseguramiento en Salud. Estas acciones se desarrollaron en el marco de las Mesas de Flujo de Recursos lideradas por la DEAS, las cuales constituyen un mecanismo de conciliación y revisión de cartera entre EPS e IPS, orientado a mejorar la liquidez del sistema y la sostenibilidad financiera de la red pública y privada.
2. Seguimiento al reporte de información - Circular Conjunta 030 de 2013: En el marco al seguimiento a los resultados obtenidos por la implementación de las disposiciones establecidas en la Circular Conjunta 030 de 2013, se participa en las mesas de trabajo interinstitucionales en las cuales asiste el Ministerio de Salud y Protección Social junto con las demás dependencias de esta Superintendencia, donde entre otros, se aborda el estado de reporte de información por parte de los diferentes sujetos vigilados que se encuentran dentro del alcance de la citada circular, cuyos resultados son suministrados de manera trimestral por parte del organismo ministerial. Conforme a lo anterior, ante la evidencia de no reporte de información, reporte con errores y reporte con registro de control errado, se han requerido a las Empresas Sociales del Estado, con el objetivo de que internamente se tomen las medidas correspondientes dentro de los sistemas de información, que permita el

suministro de información de manera oportuna y con la calidad requerida, permitiendo contar con datos actualizados respecto de la cartera causada a cargo de las diferentes entidades responsables de pago activas. Se debe considerar que el objetivo primordial de las acciones de IV adelantadas desde la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Salud, es instar a los a las entidades obligadas a suministrar información de calidad, depurada y cumpliendo los requisitos de reporte del sistema habilitado por el Ministerio de Salud y Protección Social, que sirva como insumo para la determinación de la deuda real que presentan las entidades responsables del aseguramiento en salud con la red de prestación de servicios de salud, que permitan desplegar acciones oportunas por parte del Gobierno Nacional ante la eventual afectación al flujo de recursos.

3. Directrices frente a las responsabilidades de los Prestadores de Servicios de salud en el proceso de Conciliación y Depuración de cuentas: Como estrategia para comunicar masivamente las responsabilidades que tienen las IPS frente al cumplimiento de las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la entidad ha emitido directrices, con el fin de conminar a los prestadores al obligatorio cumplimiento de los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, entre los que se encuentran:
 - a. Cumplimiento de obligaciones normativas relacionadas con la implementación del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial SIIFA.
 - b. Llamado al cumplimiento de la participación en las Mesas de Gestión de Recursos - Vigilancia del flujo financiero del Sistema de Salud.
 - c. Traslado por Incumplimientos en el procedimiento de aclaración de cartera, depuración obligatoria de cuentas, pago de factura de prestación de servicios y recobros, denunciados por las entidades de aseguramiento en salud

Frente a la cartera acumulada entre EPS y demás actores del Sistema, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control conferidas por la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011, la Ley 1949 de 2019 ha fortalecido los mecanismos de supervisión financiera orientados a asegurar que los recursos del aseguramiento fluyan efectivamente hacia quienes prestan los servicios de salud. Estas competencias incluyen la verificación del cumplimiento de las obligaciones contractuales y financieras de las EPS frente a su red, la evaluación de riesgos que afecten la continuidad del servicio y la facultad de adoptar medidas especiales cuando se identifican incumplimientos que puedan comprometer el acceso oportuno de los usuarios.

En desarrollo de estas atribuciones, la Superintendencia ha dispuesto acciones que abarcan las mesas de flujo de pagos, la supervisión de reportes financieros consistentes y oportunos, y la formulación de requerimientos específicos cuando se identifican demoras o prácticas que envejecen la cartera. Se han adelantado acciones como la realización de auditorías de inspección y, en casos necesarios, la adopción de medidas cautelares o sancionatorias orientadas a corregir incumplimientos.

A su vez, en el marco de lo establecido en el artículo 9 de la Ley 1797 de 2016, así como en normas concordantes como son el Decreto-Ley 1281 de 2001 y la Ley 1608 de 2016, la Superintendencia Nacional de Salud expidió la Circular Externa 2025151000000007-5 de 2025, [la cual derogó la Circular Externa 011 de 2020, en la que se impartieron instrucciones para adelantar y hacer seguimiento al proceso de conciliación, depuración y saneamiento de las cuentas por pagar entre las Entidades Responsables de Pago \(ERP\) y las Entidades Beneficiarias de Pago \(EBP\)](#), por medio de la cual se establecen instrucciones específicas dirigidas a las Entidades Prestadoras de Salud de los regímenes contributivo, subsidiado incluidas las indígenas, las entidades adaptadas y las entidades territoriales del orden departamental y distrital, quienes deben adelantar todas las gestiones administrativas necesarias para llevar a cabo los procesos de conciliación, depuración y saneamiento de cartera con los prestadores de servicios de salud, uniones temporales, gestores farmacéuticos y operadores logísticos de tecnologías en salud.

Para ello, se establecieron 3 archivos tipos a saber:

Ítem	Archivo Tipo	Propósito	Corte	Fecha reporte de
1	FT038	Cronograma de Conciliación, Depuración y Saneamiento.	Junio 30 y diciembre 31	Agosto 20 y febrero 20 de cada año
2	FT039	Resultado del proceso de conciliación.	Mayo 31, agosto 31, noviembre 30, febrero 28	Junio 20, septiembre 20, diciembre 20 y marzo 20
3	FT040	Avance proceso de conciliación	mayo 31, agosto 1, noviembre 30, febrero 28	junio 20, septiembre 20, diciembre 20 y marzo 20

Tabla de la Delegatura para Entidades Territoriales.

Con base en estos reportes, la Superintendencia realiza seguimiento al proceso de conciliación y saneamiento de cartera entre los distintos actores del sistema, orientado a identificar el avance en la depuración de las discrepancias existentes entre la información financiera reportada por las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud, las cuales pueden generar barreras que afecten la adecuada prestación de los servicios de salud.

Adicionalmente, se efectúa seguimiento al cumplimiento de las responsabilidades asignadas a las entidades territoriales del orden

departamental y distrital relacionadas con la programación, ejecución y seguimiento del saneamiento de cartera, en concordancia con lo establecido en la Circular Conjunta 030 de 2013.

Estas actuaciones permiten monitorear el comportamiento de las obligaciones entre aseguradores, prestadores y proveedores, y constituyen un mecanismo de supervisión que busca contribuir al flujo efectivo de los recursos del sistema, sin perjuicio de las demás acciones de inspección, vigilancia y control que puedan adoptarse cuando se identifiquen y que puedan afectar la continuidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud.

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

Atentamente,

Firmado electrónicamente por: David Sanchez Sanchez 30000

David Sánchez Sánchez
Superintendente Delegado para Entidades de Aseguramiento en Salud (E)

Anexos Electrónicos: 2 Xlsx

Proyectó: D. Jiménez, Profesional especializado Dirección de IV para EAS; J. García Asesor asignado a la Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud.; J. Hernández Rivera - Profesional Subdirección Defensa Jurídica; A. Carranza Alonso, Dirección de Inspección y Vigilancia para Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS; E. Lozano Guarnizo, Delegatura para Entidades de Territoriales GRAR del SGSSS; L. Plata Casas. Delegatura para Entidades de Territoriales GRAR del SGSSS; C. Tamayo Arciniegas- Profesional Especializado de la Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud.

Revisó: L. Gracia, Directora de IV para EAS; M. López Ramírez, Delegada para EAS; A. Castro Klever, Contratista; J. Calderón García, Asesor; A. Santos Higuera, Profesional Especializado del Despacho del Superintendente Nacional de Salud; N. Pastrana Ramos - Subdirector de Defensa Jurídica; J. Romero Ospina - Director de Inspección y Vigilancia para Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS; R. Ramos Huerta, Delegatura para Entidades de Territoriales GRAR del SGSSS; E. Suárez Castro, Delegada DETGRAR SGSSS; C. Brijaldo Vega, Directora de Inspección y Vigilancia para P.S.S; S. Medina Martínez, Asesora asignada a la Delegatura Prestadores de Servicios de Salud.

Aprobó: David Sánchez Sánchez, Superintendente Delegado para Entidades de Aseguramiento en Salud (E)