COMISIÓN TERCERA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
Recibido Por: Jean Cubs
Fecha: 22 octubre 2026
Hora: 9:00 am
Número de Radicado: 811

San Juan de Pasto, 20 de octubre de 2026

Doctor:
NÉSTOR EDUARDO IMBETT HERAZO
Secretario General
Comisión Tercera Constitucional Permanente
Cámara de Representantes
comision.tercera@camara.gov.co
Bogotá D.C.

Referencia: Oficio CTCP-3.3-417-C-26 del 15 de octubre de 2026. Proposición N.° 010 del 30 de septiembre de 2026. Citación a debate de control político «Sobre la desfinanciación y la crisis del sistema de salud».

Asunto: Respuesta de EMSSANAR EPS S.A.S. al «Cuestionario interventores EPS».

Respetado doctor Imbett:

JAVIER ALONSO ÁLVAREZ SÁNCHEZ, identificado con cédula de ciudadanía N.° 98.868.462 de Pereira, actuando en calidad de Agente Especial Interventor y representante legal de **EMSSANAR EPS S.A.S.**, NIT 901.021.565-8, designado por la Superintendencia Nacional de Salud mediante la Resolución N.° 2026300000008979-6 del 2 de septiembre de 2026, de manera respetuosa doy respuesta al cuestionario dirigido a los agentes interventores de las EPS, adicionado a la Proposición N.° 010 de 2026 y remitido mediante el oficio de la referencia, en los términos del artículo 249 de la Ley 5ª de 1992.

Consideraciones generales

- **Alcance temporal.** El suscrito Agente especial de Intervención, asumió la administración de la Entidad el 2 de septiembre de 2026. Cuando la pregunta se refiere a la "toma de posesión", se presenta la información desde el inicio de la medida (febrero de 2022).
- **Corte de la información.** Salvo indicación en contrario, las cifras tienen corte al 30 de septiembre de 2026 y se expresan en pesos colombianos corrientes.
- **Soportes.** Los cuadros y bases de datos en formato editable solicitados se encuentran en el repositorio relacionado al final de este documento, organizados en carpetas numeradas según las quince (15) preguntas del cuestionario.

PREGUNTA 1

Indique la fecha de toma de posesión y sus prórrogas, el número de afiliados por régimen al inicio de la medida y en la actualidad, y los objetivos y metas fijados por la Superintendencia Nacional de Salud. con su nivel de cumplimiento a la fecha.

Respuesta:

1.1 Toma de posesión y prórrogas de la medida

La Superintendencia Nacional de Salud ordenó la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios de EMSSANAR EPS S.A.S. mediante la Resolución N.° 2022320000000292-6 del 2 de febrero de

2022. Desde entonces, la medida se ha mantenido de forma ininterrumpida con fundamento en los siguientes actos administrativos:

Tabla 1. Actos administrativos de la medida de intervención

Acto administrativo	Fecha	Decisión
Resolución SNS 2022320000000292-6	2 feb 2022	Ordena la toma de posesión inmediata de bienes, haberes y negocios.
Resolución SNS 2022320000001316-6	1 abr 2022	Prorroga la toma de posesión inmediata.
Resolución SNS 2022320000002546-6	31 may 2022	Ordena la intervención forzosa administrativa para administrar, por un año.
Resolución SNS 2023320030003631-6	1 jun 2023	Prorroga la intervención forzosa administrativa.
Resolución MSPS 168	24 may 2024	Prorroga la toma de posesión y la intervención forzosa administrativa.
Resolución Ejecutiva 163 de 2025	28 may 2025	Autoriza una nueva prórroga de la medida.
Resolución 203 de 2026	29 may 2026	Autoriza la prórroga vigente, que sustenta la continuidad de la medida hasta el 31 de mayo de 2027.

1.2 Agentes interventores y población afiliada

La siguiente tabla relaciona cada etapa de la medida, el acto de designación y la población afiliada registrada en la BDUA al inicio de cada periodo:

Tabla 2. Etapas de la medida y población afiliada al inicio de cada periodo

Etapa / agente interventor	Resolución SNS	Inicio	Subsidiado	Contributivo	Total
Toma de posesión – etapa I	2022320000000292-6	1 feb 2022	1.804.666	151.048	1.955.714
Toma de posesión – etapa II	2022320000001316-6	1 abr 2022	1.819.058	135.054	1.954.112
Juan Manuel Quiñones Pinzón	2022320000002546-6	1 jun 2022	1.808.579	143.016	1.951.595
Luis Carlos Arboleda Mejía	2023320030003631-6	1 jun 2023	1.738.555	131.060	1.869.615
César Augusto Sánchez Gutiérrez	2024100000003521-6	3 may 2024	1.655.515	110.771	1.766.286
Gabriel Enrique Castilla Castillo	2024320030015028-6	15 nov 2024	1.598.719	107.273	1.705.992
Ilsen Inés Jaramillo Laserna	2025320030011201-6	14 nov 2025	1.571.140	108.050	1.679.190
Julio César Rey Trujillo	2026300000006416-6	2 jun 2026	1.555.915	105.280	1.661.195
Javier Alonso Álvarez Sánchez	2026300000008979-6	2 sep 2026	1.547.207	100.897	1.648.104

Fuente: histórico de población afiliada BDUA. Elaboración propia.

Entre el inicio de la medida (febrero de 2022) y el inicio de la actual gestión (septiembre de 2026), la población afiliada disminuyó en 307.610 personas (–15,7 %), al pasar de 1.955.714 a 1.648.104 afiliados. La reducción afecta a ambos regímenes: el subsidiado perdió 257.459 afiliados (–14,3 %) y el contributivo 50.151 (–33,2 %), este último con la mayor caída proporcional. La disminución de la población afiliada reduce los ingresos por Unidad de Pago por Capitación (UPC) y, en consecuencia, la capacidad de la Entidad para atender sus obligaciones.

Esta tendencia está asociada, entre otros factores, a la alta rotación de la administración de la Entidad. Desde junio de 2022 se han designado siete agentes interventores, y tres de ellos permanecieron siete meses o menos en el cargo (mayo a noviembre de 2024, noviembre de 2025 a junio de 2026 y junio a septiembre de 2026). El cambio constante de interventores no permitió dar continuidad a los planes de mejoramiento ni a los planes estratégicos formulados en cada gestión, pues cada nueva administración debió reiniciar el diagnóstico, redefinir prioridades y reorganizar sus equipos de trabajo. Esta discontinuidad limitó la consolidación de acciones sostenidas en la prestación de los servicios, la red contratada y la atención al usuario, generó

incertidumbre en los afiliados que se reflejó en solicitudes reiteradas de retiro y traslado a otras EPS y ocasionó una pérdida de credibilidad institucional.

1.3 Objetivos, metas y nivel de cumplimiento

Los objetivos y metas de la intervención están contenidos en el Plan de Trabajo adoptado mediante la Resolución 2026320030007497 de 2026 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, que establece el cumplimiento estricto a través de 13 órdenes, la EPS implementó 58 indicadores en los componentes técnico-científico, financiero y jurídico para enervar estas causales. Con corte al 30 de septiembre de 2026, 58 indicadores tenían meta exigible, de los cuales 36 cumplen (64%), frente al 56% registrado en agosto. Adicionalmente, 31 de los 52 indicadores que cuentan con línea base mejoraron frente a ella.

Tabla 3. Cumplimiento del Plan de Trabajo por componente – septiembre de 2026

Componente	Indicadores que cumplen	Cumplimiento	Principales avances	Principales brechas
Jurídico	10 de 12	83 %	Seguimiento contractual 83,8 % (meta 78 %); liquidación de contratos 57,1 % (meta 51 %).	Incumplimiento de fallos por continuidad 13,5 % (máx. 3 %); acuerdos con IPS generadoras de tutelas 60 % (meta 80 %).
Técnico-científico	17 de 21	81 %	Modelo de atención 66,7 % (meta 60 %); prestadores con desempeño deficiente 0,7 % (máx. 50 %).	Facturas PGP auditadas 84,3 % (meta 97 %); oportunidad en especialidades críticas 74,0 % (meta 80 %).
Financiero	9 de 23	39 %	Glosa efectiva evento 77,3 % (meta 45 %); cartera conciliada 96,1 % (meta 96 %).	Capital mínimo y patrimonio adecuado –2,3 % (meta 3 %); radicación efectiva de recobros 0 % (meta 80 %).
Total	**36 de 56**	**64 %**		

Fuente: seguimiento al Plan de Trabajo – Resolución 7497 de 2026, corte septiembre de 2026.

El componente financiero concentra ocho de los diez indicadores con mayor desviación frente a la meta y constituye el frente prioritario de la gestión.

PREGUNTA 2

Informe su remuneración como agente interventor y el costo total de administración de la intervención, incluidos el contralor, los asesores y los contratos de consultoría o apoyo suscritos, discriminado por vigencia.

Respuesta:

2.1. De los Honorarios del agente especial interventor y contralor:

La remuneración de los agentes interventores y de los contralores designados por la Superintendencia Nacional de Salud está regulada por la **Resolución 2599 de 2016** de esa Superintendencia, por medio de la cual se dictan disposiciones relacionadas con la inscripción, designación, fijación de honorarios, posesión, funciones, obligaciones, seguimiento, sanciones, reemplazo y otros asuntos de los agentes interventores, liquidadores y contralores. Esta resolución remite, para la liquidación de los honorarios, a la tabla de asignación según puntuación de la Resolución 237 de 2010 y, en el caso de los contralores, también a las Resoluciones 2659 de 2011 y 2876 de 2012. Los artículos que fijan el régimen de honorarios son los siguientes:

> **Artículo 42. Remuneración de los agentes interventores, liquidadores y contralores.**
> *«La remuneración de los agentes interventores, liquidadores y contralores se regirá por lo dispuesto en la Resolución 237 de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud, y en lo que a contralores en especial se refiere,*

también por las Resoluciones 2659 de 2011 y 2876 de 2012 de la Superintendencia Nacional de Salud. Todo lo anterior, sin perjuicio de las demás normas que regulen o modifiquen el asunto.

Tal remuneración se pagará con cargo a los activos de la entidad objeto de la medida. Los pagos a favor de los agentes interventores, liquidadores y contralores se considerarán un gasto de administración.»

Artículos 43 y 44. Gastos adicionales y gastos deducibles de la remuneración.

El artículo 43 dispone que los gastos que no sean del giro ordinario de los negocios podrán reembolsarse con cargo al patrimonio de la entidad «si la Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales así lo autoriza», y que no se reembolsará gastos que debieron cubrirse con la capacidad técnica. El artículo 44 faculta a la Superintendencia para «deducir el exceso en los gastos de los honorarios» cuando determine gastos excesivos o innecesarios, y ordena que los gastos de contratos objetados por la Superintendencia «serán deducidos de sus honorarios». El artículo 45 prevé la revisión de estas decisiones por el Superintendente Nacional de Salud.

En consecuencia, los honorarios del agente interventor y del contralor no los fija la EPS: los determina la Superintendencia Nacional de Salud en el acto de designación, según la categoría y puntuación de la entidad, y se pagan con cargo a EMSSANAR EPS como gasto de administración. Los honorarios del equipo de apoyo (capacidad técnica) tienen como tope el valor de los honorarios del agente, salvo autorización expresa de la Superintendencia.

2.2 Remuneración del agente interventor y del contralor

Agente Especial Interventor: Los honorarios mensuales fueron fijados por la Superintendencia Nacional de Salud mediante la Resolución 2026320000009727-6 del 19 de octubre de 2026, y ascienden a la suma de cincuenta y tres millones ochenta y cinco mil sesenta y siete pesos moneda corriente ($53.085.067) mensuales..

Contralor: Para EMSSANAR EPS fue designada la firma contralora NEXIA MONTES & ASOCIADOS S.A.S., cuyos honorarios mensuales fueron fijados mediante la Resolución 2025320030012444-6 del 31 de diciembre de 2025, y ascienden a la suma de cuarenta y dos millones diez mil novecientos setenta y tres pesos moneda corriente ($42.010.973) mensuales.

2.3 Gasto de administración de la intervención por vigencia

Con base en los registros contables, la información financiera y la base de datos de contratación administrativa del Área de Contratación de EMSSANAR EPS S.A.S., entre 2022 y la fecha se identificaron los siguientes valores contratados por concepto de asesorías y consultorías durante cada periodo de intervención:

Tabla 4. Gastos de administración de la intervención por vigencia (pesos)

Vigencia	Honorarios agente interventor	Honorarios contraloría	Honorarios asesores	Consultorías	Total
Feb/22 a May/23	898.218.884	1.013.676.305	323.533.333	0	2.235.428.522
Jun/23 a May/24	582.081.889	596.073.562	1.157.686.000	1.059.100.000	3.394.941.451
May/24 a Nov/24	382.682.745	300.359.717	188.500.000	3.704.194.333	4.575.736.795
Nov/24 a Nov/25	649.779.982	600.719.436	303.241.999	685.000.000	2.238.741.417
Nov/25 a May/26	363.430.048	300.092.138	287.290.333	0	950.812.519
Jun/26 a Ago/26	192.793.693	149.979.174	117.000.000	0	459.772.867
Sep/26 a Actual	0	49.993.058	15.716.667	0	65.709.725
Total	**3.068.987.241**	**3.010.893.390**	**2.392.968.332**	**5.448.294.333**	**13.921.143.296**

Fuente: Gerencia Financiera y Área de Contratación-Valores causados en cada vigencia.

PREGUNTA 3

Presente un comparativo entre la situación financiera de la EPS al inicio de la intervención y la actual: activos, pasivos, patrimonio, cuentas por pagar, reservas técnicas, siniestralidad y cumplimiento de capital mínimo y patrimonio adecuado. Explique qué indicadores han mejorado, cuáles se han deteriorado y por qué.

Respuesta:

3.1 Comparativo de activos, pasivos y patrimonio, vigencias 2022 a 2026

Para dar respuesta, se compara la evolución de los rubros de activos, pasivos y patrimonio desde el cierre de la vigencia 2022, primer año completo de la medida, hasta el corte del periodo intermedio de la vigencia 2026 (30 de septiembre). Las cifras se expresan en miles de millones de pesos.

Tabla 6. Activos, pasivos y patrimonio, vigencias 2022 a 2026 (Expresados en millones de pesos)

** Periodo intermedio con corte al 30 de septiembre de 2026. Fuente reporte circular única 016*

Concepto	año 2022	año 2023	año 2024	año 2025	SEP–2026
activos	358.831	229.666	375.766	518.255	766.303
pasivos	1.815.109	2.133.689	2.226.183	2.722.518	3.055.014
patrimonio	-1.456.277	-1.904.024	-1.850.417	-2.204.262	-2.288.711

De acuerdo con la información financiera reportada, se presenta el análisis de las variaciones de los activos, pasivos y patrimonio durante el período comprendido entre 2022 y septiembre de 2026.

1. Activos: Aunque los activos registraron un incremento del 47,9% entre el cierre de 2025 y septiembre de 2026, este comportamiento no necesariamente representa una mejora en la situación financiera de la EPS. Por el contrario, el aumento debe analizarse con cautela, especialmente frente a la efectividad en la recuperación de cartera y la capacidad real de convertir los activos en recursos líquidos. La evolución de los activos, por sí sola, no permite concluir que exista una recuperación efectiva de cartera ni una mejora en la liquidez de la entidad. Por tanto, es necesario evaluar la composición, antigüedad, deterioro y recuperabilidad de las cuentas por cobrar y los anticipos generados por prestación de servicios.

2. Pasivos: Los pasivos presentaron una tendencia creciente durante todo el período analizado, al pasar de $1.815.109 en 2022 a $3.055.014 en septiembre de 2026, con un incremento acumulado aproximado del 68,3%. Este comportamiento refleja un aumento de las obligaciones impactado también por la constitución de las reservas técnicas, superior al crecimiento de los activos en el período completo.

3. Patrimonio: El patrimonio se mantuvo negativo durante todos los períodos, pasando de -1.456.277 en 2022 a -2.288.711 en septiembre de 2026. Aunque en 2024 se presentó una recuperación parcial, en 2025 volvió a deteriorarse y continuó con una variación desfavorable en septiembre de 2026. A pesar de que la entidad cuenta con un Plan de reorganización institucional que ha permitido como plan de salvamento la inyección de recursos a través de capitalización de acreencias.

3.2 Cuentas por pagar, reservas técnicas y siniestralidad

La siguiente tabla presenta, para las mismas vigencias, los rubros asociados a las obligaciones con la red y al resultado de la operación en salud:

Tabla 7. Cuentas por pagar salud, reservas técnicas y siniestralidad, vigencias 2022 a 2026
Cifras reportadas en millones de pesos

Concepto	dic-22	dic-23	dic-24	dic-25	Sep 2026
Cuentas por pagar Salud	895.944	1.261.758	1.299.331	850.138	715.469
Reservas técnicas	700.837	694.777	741.335	1.697.350	2.167.707
Ingresos operacionales	2.512.061	2.700.283	2.961.356	2.961.957	2.568.183
Costos en salud	2.830.675	2.975.121	2.726.990	3.210.221	2.545.795
Siniestralidad	113%	110%	92%	108%	99%

Fuente: Reporte Circular Única 016

La información financiera evidencia una mejora en el indicador de siniestralidad, que pasó del 108% en diciembre de 2025 al 99% en septiembre de 2026, reflejando una reducción de la presión de los costos en salud frente a los ingresos operacionales. Sin embargo, los costos en salud continúan siendo elevados, con $2.545.795 millones frente a ingresos operacionales de $2.568.183 millones Por otra parte, las reservas técnicas presentan un incremento significativo, al pasar de $1.697.350 millones en diciembre de 2025 a $2.167.707 en septiembre de 2026, mientras que las cuentas por pagar disminuyeron a $715.469 millones

3.3 Capital mínimo y patrimonio adecuado

Los indicadores de solvencia definidos en el Decreto 780 de 2016 presentan un comportamiento deficitario antes y después de la intervención:

Tabla 8. Indicadores de solvencia – Decreto 780 de 2016 (miles de millones de pesos)

Concepto	Dic 20	Dic 21	Dic 22	Dic 23	Dic 24	Dic 25	Sep 26
Capital mínimo (art. 2.5.2.2.1.5)							
Capital mínimo	–674,7	–1.124,0	–1.500,7	–1.948,4	**–1.948,4**	–2.248,6	–2.333,1
Capital requerido	12,7	12,9	13,7	15,5	16,9	17,8	18,7
Deterioro	–38,0	–56,7	–49,1	–	–	–	–
Presupuestos máximos	–	–97,9	–155,6	–182,8	**–182,8**	–	–
Indicador de capital mínimo	**–649,5**	**–982,4**	**–1.309,7**	**–1.781,1**	**–1.782,5**	**–2.266,4**	**–2.351,8**
Patrimonio adecuado (art. 2.5.2.2.1.7)							
Patrimonio técnico	–674,7	–1.157,7	–1.333,7	–1.980,4	–1.973,6	–2.274,0	–2.358,2
Patrimonio adecuado	152,7	158,5	183,9	211,9	234,6	236,9	264,7
Deterioro	–38,0	–56,7	–49,1	–	–	–	–
Presupuestos máximos	–	–97,9	–155,6	–182,8	–182,8	–	–
Indicador de patrimonio adecuado	**–789,5**	**–1.161,6**	**–1.517,6**	**–2.009,5**	**–2.025,5**	**–2.510,9**	**–2.622,9**

Fuente: Reportes www.supersalud.gov.co

El déficit en ambos indicadores obedece principalmente al déficit estructural acumulado, a las pérdidas que han afectado el patrimonio y a un crecimiento de los costos de prestación de servicios superior al de los ingresos operacionales, estos últimos condicionados por la pérdida continua de afiliados. En consecuencia, los indicadores se mantienen por debajo de los niveles exigidos y de las metas del Plan de Trabajo. La Entidad orienta sus acciones a la recuperación progresiva de la solvencia mediante el control de costos, el

fortalecimiento del reconocimiento contable y la gestión de la información financiera, en articulación con la Superintendencia Nacional de Salud.

Esta situación ha incidido en los resultados financieros y ha limitado la recuperación de la solvencia institucional, por lo que, los indicadores aún se encuentran por debajo de los niveles requeridos y de las metas proyectadas. En este contexto, las acciones adelantadas en cumplimiento del Plan de Trabajo de la EPS, en articulación con los organismos de inspección, vigilancia y control, reflejan el compromiso institucional con la recuperación progresiva de la solvencia, el fortalecimiento de la estructura financiera, la eficiencia en la administración de los recursos y el cumplimiento de los requerimientos regulatorios establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud.

PREGUNTA 4

Informe las irregularidades financieras y administrativas encontradas al momento de la toma de posesión, su cuantía y los traslados efectuados a la Contraloría, la Fiscalía o la Procuraduría.

Respuesta:

4.1 Diagnóstico de la entidad y traslado a la Superintendencia Nacional de Salud

Con fundamento en la Resolución No. 2026300000008979-6 del 2 de septiembre de 2026.de la Superintendencia Nacional de Salud, el Agente Especial Interventor, doctor Javier Alonso Álvarez Sánchez, elaboró y presentó el diagnóstico de la Entidad al asumir la administración, y dio traslado de este a la Superintendencia Nacional de Salud mediante el radicado 20269300427356332 de fecha 2 de octubre de 2026; En dicho diagnóstico se consignaron los hallazgos financieros, administrativos y asistenciales evidenciados a la fecha, que constituyen la línea base de la actual gestión y sobre los cuales la Superintendencia, como autoridad de inspección, vigilancia y control, ejerce el seguimiento correspondiente.

- **Síntesis de los principales hallazgos del diagnóstico**

#	Componente	Hallazgo	Evidencia clave	Criticidad
1	Financiero	**Patrimonio negativo creciente; no cumple las condiciones financieras de habilitación**	Patrimonio de –$2,20 billones (dic-2025), 51 % peor que en 2022. El pasivo es 5,3 veces el activo; razón corriente 0,19. A julio de 2026 el pasivo llega a $3,06 billones	**Crítica**
2	Financiero	**Siniestralidad estructural por encima de la meta**	Costo/ingreso de 112,7 %, 110,2 %, 92,1 % y 108,4 % entre 2022 y 2025, frente a una meta del 92 %. Pérdidas acumuladas de $1,20 billones	**Crítica**
3	Financiero	**Reservas técnicas sin respaldo**	Efectivo más inversiones cubren solo el 4,8 % de las provisiones. Las provisiones suman $2,12 billones (+134 % en 4 años)	**Crítica**
4	Financiero	**Presupuesto 2026 sin ajustar, capitalización insuficiente y resultados apoyados en partidas no recurrentes**	Costo en salud ejecutado al 109 % (sobrecosto de $164.677 M) sin ninguna modificación al presupuesto. Las capitalizaciones cubren el 5,6 % de las pérdidas. La utilidad de 2024 dependió de $128.196 M de otros ingresos. Pasto tiene siniestralidad de 127,5 %	**Alta**

#	Componente	Hallazgo	Evidencia clave	Criticidad
5	Cuentas médicas	**Glosas fuera del término legal (art. 57, Ley 1438)**	7.841 facturas vencidas por $11.844 M. Queda sin resolver el 77,4 % de lo glosado y se levanta el 28,7 % de lo conciliado. $1,07 billones radicados siguen sin liquidar	**Crítica**
6	Cuentas médicas / Auditoría	**La auditoría concurrente no está conectada con la glosa**	No hay una llave común entre hallazgo y factura; los traslados se hacen a mano en Excel; 813 registros no tienen justificación. El 79 % de los eventos adversos era prevenible y no se cierra el ciclo PHVA	**Alta**
7	Red y autorizaciones	**Red de prestadores insuficiente**	Solo el 38 % de la red de mediana y alta complejidad está activa. Hay 116.641 autorizaciones represadas, el 74,8 % fuera de tiempo, y el 30,9 % depende de prestadores con contrato vencido. 195.759 servicios autorizados nunca se prestaron	**Crítica**
8	Red	**Brechas de capacidad instalada**	11 de 17 subregiones no tienen internación neonatal. Las UCI y la salud mental se concentran en Cali y Pasto; Huila Occidente y Nariño Centro no tienen capacidad propia. Ninguna de las 33 necesidades de red está resuelta del todo	**Alta**
9	Referencia	**Falla estructural en la referencia hospitalaria**	435 fallecimientos y 146 tutelas asociados a demoras. El 75 % de los 204 casos de riesgo vital en PQRD se debió a la referencia. 6 de 44 pacientes con estancia social prolongada murieron esperando el egreso	**Crítica**
10	PQRD	**Las PQRD más urgentes son las peor atendidas**	El 45,7 % se resuelve fuera de término, y los casos de riesgo vital tienen la peor oportunidad. El 90,5 % de las PQRD se debe a barreras de acceso	**Alta**
11	Trazabilidad	**Anulaciones sin causal**	555.756 ítems anulados sin causal: no se puede descartar que se usen para "cerrar" solicitudes sin dar la atención	**Alta**
12	Medicamentos	**Buen indicador interno, pero no coincide con la experiencia del usuario**	91,7 % de entregas completas y ahorro de $850 M al mes en compra directa. Sin embargo, el 100 % de las PQRD de medicamentos está vencido, hubo 1.254 tutelas (80,5 % de fallos en contra) y demoras de hasta 98 días. Los gestores con más litigios son Genhospi y Farmart	**Media-Alta**
13	Gestión del riesgo	**Cohortes crónicas sin seguimiento**	Un tercio de la cohorte HTA-DM-ERC no tiene seguimiento oportuno. La mortalidad perinatal (Valle) y por EDA (Putumayo) superan la meta. La auditoría de evitabilidad no atribuye ningún caso a la EPS	**Alta**
14	Aseguramiento	**Pérdida sostenida de afiliados**	1.648.104 afiliados. En agosto el saldo neto de traslados fue de –3.040 y la tasa de traslado del contributivo es 10,7 veces la del subsidiado. Se dejan de percibir unos $75.000 M al año. Hay 24.424 inconsistencias ADRES pendientes (≈ $2.680 M)	**Media-Alta**

#	Componente	Hallazgo	Evidencia clave	Criticidad
15	Jurídico	**Litigiosidad creciente pese a una buena defensa técnica**	8.596 tutelas en 8 meses (55 % en el Valle). Los desacatos subieron 65 % y las sanciones 116 %. 10.726 usuarios tienen 2 o más tutelas. Los fallos integrales se incumplen un 35 % más que los taxativos	**Alta**
16	Jurídico	**La provisión contable no alcanza para la exposición**	La exposición en procesos ordinarios es de $472.821 M y la provisión de $14.602 M (30 veces menos). Hay $87.963 M embargados	**Alta**
17	Integridad / Línea ética	**Alertas sobre RIPS Link y la conciliación con IPS**	Glosas infladas hasta unas 1.000 veces y sin explicación técnica. Hay señalamientos, aún sin verificar, de conflicto de interés con el proveedor tecnológico, de pedir dádivas en conciliaciones, de falta de independencia del auditor externo y de riesgo de retaliación contra quienes reportan	**Alta (pendiente de verificación)**
18	Calidad de la información	**Errores en los soportes financieros y en la base de datos**	Hay inconsistencias en el informe presupuestal (totales invertidos, porcentajes y ahorros imposibles). Además, 13 NIT tienen la razón social errada y los denominadores de los indicadores son inconsistentes	**Media**

4.2 Irregularidades identificadas y acciones adelantadas

Auditoría a reembolsos 2024–2025. La auditoría interna a los reembolsos pagados en 2024 y 2025 identificó, en la muestra revisada, pagos que no fueron entregados al afiliado titular de la acción de tutela y que estaban soportados en documentos presuntamente falsos. El valor de los casos analizados supera $50 millones, sobre un total de reembolsos pagados en 2024 de $487.824.340. Los hallazgos y una muestra ampliada se consolidaron en el informe Reembolsos 2025, con el fin de garantizar la trazabilidad de los recursos y establecer si existen nuevas inconsistencias.

El informe se remitió a la Dirección de Atención al Cliente, al Oficial de Cumplimiento, al Área de Planeación y Calidad y al Área Jurídica, que presentó la denuncia penal correspondiente:

Tabla 9. Denuncia penal presentada por la Entidad

NUNC	Fiscalía	Delito	Fecha de la auditoría	Estado
520016099032202432312	Fiscalía 08 Seccional de Pasto	Falsedad en documento privado (art. 289 C.P.)	Entre mayo y diciembre de 2024	Activa. Se amplió la denuncia; en etapa de indagación.

***Por tratarse de una actuación en etapa de indagación, se omite la identificación de las personas indiciadas y de los terceros beneficiarios de los pagos, en garantía de la reserva de la actuación y de la presunción de inocencia. Esta información puede ser remitida a la Comisión con carácter reservado.*

PREGUNTA 5

Informe los recursos recibidos de la ADRES por concepto de UPC, presupuestos máximos y demás fuentes, y su destinación. Precise el porcentaje aplicado al pago de obligaciones corrientes frente al pago de cartera anterior a la intervención.

Respuesta:

De acuerdo con la información registrada en el sistema contable, en agosto y septiembre de 2026 EMSSANAR EPS recibió de la ADRES **$505.863 millones**, distribuidos así:

Tabla 10. Recursos recibidos de la ADRES, agosto y septiembre de 2026 (pesos)

Concepto	Agosto	Septiembre	Total	%
Giro directo – régimen subsidiado (UPC)	240.703.	220.772	461.475	91,2 %
Recursos administrativos	21.583	–	21.5834	4,3 %
Presupuestos máximos	–	16.840	16.8340	3,3 %
Compensación régimen contributivo (procesos 1 a 4)	2.224	2.416	4.640	0,9 %
Cuenta maestra régimen subsidiado (junio)	977	–	977	0,2 %
Esfuerzo propio	–	347.	347	0,1 %
Total	**265.488**	**240.374.**	**505.863**	**100,0 %**

Fuente: sistema contable Une Enterprise. EMSSANAR EPS S.A.S.

El 91,2% de los recursos corresponde a giro directo de la UPC del régimen subsidiado, que la ADRES paga directamente a los prestadores y proveedores; por tanto, esos recursos no ingresan a la tesorería de la EPS. La destinación de los recursos se detalla y se especifica en la respuesta a la pregunta 6

Obligaciones causadas antes de la toma de posesión

Es necesario precisar que la Entidad no puede pagar las cuentas por pagar causadas antes de la toma de posesión, es decir, las obligaciones anteriores al 2 de febrero de 2022. El literal f) del artículo 116 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993, modificado por la Ley 510 de 1999), aplicable a las EPS objeto de medidas especiales de la Superintendencia Nacional de Salud, prevé como efecto de la toma de posesión «la suspensión de pagos de las obligaciones causadas hasta el momento de la toma de posesión», cuando así lo disponga la Superintendencia en el acto respectivo. En virtud de esta medida, dispuesta en la Resolución 2022320000000292-6 del 2 de febrero de 2022, artículo 3) literal c), Cumplimiento de medidas preventivas. Subrayado fuera de texto. **En consecuencia, los recursos que recibe EMSSANAR EPS se destinan a responder por la operación corriente,** La información de vigencias anteriores a agosto de 2026 se encuentra en la carpeta 5 del repositorio.

PREGUNTA 6

Informe el valor total pagado a prestadores y proveedores, discriminado entre giro directo y pago realizado por la EPS. Indique los criterios de priorización de acreedores aplicados.

Respuesta:

En agosto y septiembre de 2026 se pagaron **$538.965 millones**. El 88,8 % se canalizó por giro directo de la ADRES y el 11,2 % por la tesorería de la EPS:

Tabla 11. Pagos por fuente de financiación, agosto y septiembre de 2026 (pesos)

Fuente de financiación	Agosto	Septiembre	Total
Giro directo ADRES – UPC	240.734	220.772	461.506
Giro directo ADRES – presupuestos máximos	0	16.840	16.840
Subtotal giro directo	240.734	237.612	478.345
Tesorería – gasto administrativo	20.972	18.372	39.344
Tesorería – recursos administrativos	14.821	997	15.818
Tesorería – prestaciones económicas	1.839	1.965	3.804
Tesorería – cuenta maestra	704	0	704
Tesorería – otros pagos	0	556	556
Giro de esfuerzo propio	0	347	347
Tesorería – presupuestos máximos	30	0	30
Tesorería – devolución de aportes	5	10	15
Subtotal pagos EPS	38.371	22.248	60.619
Total pagado	279.105	259.860	538.965

Fuente: sistema contable Une Enterprise, EMSSANAR EPS S.A.S.

Criterios de priorización de pagos

La programación de pagos a la red de prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud se estructura conforme a la **Política de Pagos POEPS-03 y al Protocolo de Postulación de Pagos PTEPS-CFT-07**, considerando la destinación de cada fuente de financiación, la disponibilidad de recursos, las condiciones contractuales y la información validada por las áreas responsables. La distribución se somete a revisión de Control Financiero y aprobación del Comité de Pagos, con la sustentación de los valores asignados a cada tercero.

En este marco, se consideran los siguientes criterios:

1. **Capitación.** Para el Régimen Subsidiado, la política establece la programación del **100 % del valor correspondiente a los contratos de cápita y cápita ampliada**, con base en la liquidación validada por el área competente. Los saldos de vigencias anteriores requieren depuración y conciliación de las obligaciones, contrastando los valores reconocidos con los pagos efectuados y las postulaciones pendientes de aplicación, antes de determinar su inclusión en la programación.
2. **Facturación por evento.** La asignación se sustenta en la cartera reconocida y validada, considerando el estado de auditoría, las glosas, los resultados de conciliación y los pagos o abonos previamente registrados, para determinar el saldo susceptible de pago y evitar duplicidades. En el Régimen Subsidiado, la cartera evento se programa con el remanente disponible después de aplicar las reglas de capitación, bolsa evento, PGP y acuerdos de pago. En el Régimen Contributivo, la distribución se efectúa conforme a los escenarios de cartera y disponibilidad de recursos previstos en la política, aplicando la prorrata cuando corresponda.
3. **Continuidad de la red y riesgo asistencial.** Se considera el reporte de prestadores críticos emitido por la Gerencia de Riesgo en Salud, particularmente cuando exista riesgo documentado de suspensión o afectación de servicios esenciales, suministro de medicamentos o atención de alta complejidad. Esta priorización debe sustentarse en el impacto sobre la atención de los afiliados y presentarse al Comité de Pagos junto con las validaciones financieras y contractuales correspondientes.

4. **Acuerdos de pago.** Se incluyen los compromisos derivados de acuerdos debidamente legalizados, de conformidad con los valores y plazos pactados, previa verificación de los saldos pendientes, las cuotas exigibles y los pagos realizados. Su programación considera la disponibilidad de recursos y las decisiones del Comité de Pagos, conforme a las reglas aplicables a cada régimen.

La programación aprobada constituye la base para adelantar las validaciones, certificaciones y autorizaciones requeridas según el mecanismo de giro. La ejecución del pago se realiza una vez cumplidas estas condiciones y verificada la disponibilidad efectiva de los recursos.

Fuente documental: Política de Pagos POEPS-03, versión 04, y Protocolo de Postulación de Pagos PTEPS-CFT-07, versión 02.

PREGUNTA 7

Informe cuánto adeudaba la EPS a hospitales públicos, IPS privadas, gestores farmacéuticos y demás proveedores al momento de la toma de posesión, y cuánto adeuda actualmente, discriminado por departamento, municipio, acreedor y antigüedad de la obligación. Remita los cuadros y bases de datos en formato editable.

Respuesta:

Al inicio de la actual gestión (corte 31 de agosto de 2026) la cartera con prestadores y proveedores ascendía a **$753.661 millones**. Al 30 de septiembre de 2026 se ubica en **$734.707 millones**, lo que representa una reducción neta de **$18.954 millones (–2,5 %)**:

Tabla 12. Cartera con prestadores y proveedores por vigencia (millones de pesos)

Vigencia	31 ago 2026	30 sep 2026	Variación	%
2026 (vigencia actual)	475.255.789	516.604.130	41.348.341	8,7 %
2025	100.007.688	63.802.324	-36.205.363	-36,2 %
2024	50.931.933	36.407.151	-14.524.781	-28,5 %
2023 y anteriores	37.349.415	33.918.180	-3.431.235	-9,2 %
Acuerdos de pago – 2027	41.929.246	38.384.507	-3.544.738	-8,5 %
Acuerdos de pago – 2028	28.886.961	26.953.058	-1.933.903	-6,7 %
Acuerdos de pago – 2029	19.300.199	18.637.883	-662.315	-3,4 %
Total	**753.661.234**	**734.707.237**	**-18.953.996**	**–2,5 %**

Fuente: Gerencia Financiera, EMSSANAR EPS S.A.S. El saldo de «2023 y anteriores» se obtiene por diferencia frente al total.

- **Vigencia 2026.** Aumentó $41.348 millones (+8,7 %) por la radicación de la facturación de los servicios prestados en septiembre, comportamiento propio de la operación corriente.
- **Vigencias 2024 y 2025.** Disminuyeron en conjunto $50.730 millones por pagos, conciliaciones y depuración: 2025 pasó de $100.008 millones a $63.802 millones (–36,2 %) y 2024 de $50.932 millones a $36.407 millones (–28,5 %).
- **Acuerdos de pago 2027–2029.** Se redujeron en $6.141 millones como resultado de abonos y recálculos de los acuerdos vigentes.

La entidad mostró un excelente desempeño en septiembre. Aunque adquirió nueva deuda corriente por 41 mil millones de pesos debido a su operación normal, logró inyectar flujo de caja o auditar cuentas de años anteriores por una proporción mucho mayor (sanando más de 50 mil millones de pesos de vigencias 2024 y 2025). Esto le permitió cerrar el mes con un pasivo total inferior al que tenía en agosto

El detalle por departamento, municipio, acreedor, naturaleza (hospitales públicos, IPS privadas, gestores farmacéuticos y proveedores) y antigüedad se remite en formato editable en la carpeta 7. (ver anexos)

PREGUNTA 8

Discrimine la cartera actual por régimen y situación de trámite (conciliada, glosada, no radicada o devuelta). Indique el valor glosado frente al conciliado y el cumplimiento de los términos de la Resolución 2284 de 2023.

Respuesta:

Al 30 de septiembre de 2026 el valor glosado acumulado asciende a **$444.671 millones**, equivalente al **60,5%** de la cartera por pagar ($734.707 millones). Este nivel de controversia en la facturación limita la depuración contable de las obligaciones y el flujo de recursos hacia la red.

Tabla 13. Glosas acumuladas por régimen – corte 30 de septiembre de 2026 (millones de pesos)

Régimen	Valor glosado	% del total	Del cual: glosa a proveedores de servicios de salud
Subsidiado	397.412.919	89,4 %	378.219.733
Contributivo	47.257.782	10,6 %	46.409.309
Total	**444.670.701**	**100,0 %**	**424.629.043**

- **Por vigencia de la factura.** Las glosas se concentran en 2026 ($225.896 millones, equivalentes al 43,7 % de la cartera de la vigencia) y en 2025 ($200.130 millones).
- **Por régimen.** El subsidiado concentra el 89,4 % del valor glosado, principalmente en la cuenta de glosa a proveedores de servicios de salud ($378.220 millones).
- **Alcance.** El consolidado de glosas corresponde a facturación radicada; no incluye las obligaciones reestructuradas en acuerdos de pago con vencimiento en 2027 a 2029.

Valor glosado frente a valor conciliado; y (iii) cumplimiento de los términos de la Resolución 2284 de 2023 (porcentaje de glosas formuladas y respondidas dentro de los plazos), con corte a octubre de 2026

Emssanar EPS da respuesta a los tres puntos solicitados sobre cartera, glosas y términos de la Resolución 2284 de 2023. En síntesis:

1. **Facturas devueltas:** de 94.143 devoluciones por $364.536 millones, el 73,3% ya fue gestionado y cerrado. Las devoluciones subsanadas a favor del prestador continúan su proceso normal de auditoría; las no subsanadas no proceden para pago.
2. **Valor glosado frente a valor conciliado:** la conciliación se ve afectada porque buena parte de la facturación llega con inconsistencias en el XML de la factura electrónica, que impiden la auditoría, el reconocimiento contable y, en consecuencia, la conciliación.
3. **Términos de la Resolución 2284 de 2023:** en el periodo de transición normativa, ni los prestadores ni la EPS han logrado un cumplimiento estricto de los plazos, por los cambios sucesivos de la norma y la ampliación de la codificación de glosas.

(I) Cartera por situación de trámite: facturas devueltas

La devolución no constituye cartera exigible mientras la causal no sea subsanada por el prestador. Su tratamiento es el siguiente:

- **Devolución subsanada a favor del prestador:** la factura continúa su proceso normal de auditoría de cuentas médicas y, de ser procedente, de pago.

- **Devolución no subsanada:** la factura no procede para pago, porque persiste la causal que la originó (radicación fuera de los 22 días hábiles o usuario de otro responsable de pago).

Entre febrero de 2025 y el 19 de octubre de 2026, la EPS registró 94.143 devoluciones por $364.536 millones, de 543 prestadores. Su situación es la siguiente:

Situación	Facturas	Valor (millones $)	% del valor
Gestionadas y cerradas	69.017	333.564	91,5 %
En trámite: pendientes de respuesta del prestador o reiteradas	25.126	30.972	8,5 %
Total devuelto	**94.143**	**364.536**	**100 %**

El 91,5 % del valor devuelto ya surtió su trámite. La gestión del 8,5 % restante depende del prestador, que debe responder a través de la plataforma.

(II) Valor glosado frente a valor conciliado

La relación entre el valor glosado y el valor conciliado está afectada, en su origen, por la calidad de la información de la factura electrónica. Desde el inicio de la Resolución 2284 de 2023, el principal enfoque de las glosas ha sido la inconsistencia de los datos que el prestador diligencia en el XML de la factura.

De las 5.064.606 facturas radicadas, **958.390 (18,9 %) por $788.215 millones** llegaron con datos inconsistentes, principalmente en el número de contrato, la cobertura, el régimen y la modalidad de pago (corte al 23 de septiembre de 2026). Estas inconsistencias generan una cadena de efectos:

1. **Impiden la auditoría:** sin un contrato válido no hay tarifas ni condiciones pactadas contra las cuales auditar.
2. **Impiden el reconocimiento contable:** sin régimen, cobertura y modalidad correctos no es posible imputar el costo a su fuente ni registrar la obligación.
3. **Impiden la conciliación:** una factura que no puede auditarse ni causarse no puede conciliarse con el prestador.

Por esta razón, la EPS glosa estas facturas en su totalidad y solicita su refacturación, mediante nota crédito y nueva radicación, para garantizar su trazabilidad financiera. Sin embargo, los prestadores se rehúsan a refacturar, porque la factura ya cuenta con el Código Único de Validación (CUV) del Ministerio.

El origen del problema está en la validación: el Mecanismo Único de Validación del Ministerio no verifica la calidad de esta información, que es indispensable para todo el proceso financiero de las cuentas médicas. Mientras ese control no exista, el valor glosado por esta causa no puede avanzar hacia la conciliación, y la cifra conciliada no refleja la realidad de la cartera.

(III) Cumplimiento de los términos de la Resolución 2284 de 2023

En el contexto general de la transición normativa, ni los prestadores ni la EPS han sido estrictamente cumplidores de los términos de formulación y respuesta de glosas. Esta situación obedece a la falta de estabilización de la norma, y no a una omisión de los actores.

Plazos del proceso

El control de la radicación lo lleva el Ministerio de Salud y Protección Social. Una vez el prestador ingresa la factura con su CUV a la plataforma de la EPS y queda efectivamente radicada, corren los siguientes términos:

1. **Formulación de la glosa por la EPS:** 20 días hábiles desde la radicación.
2. **Respuesta del prestador a la glosa:** 14 días hábiles desde su notificación.
3. **Decisión de la EPS sobre la respuesta:** 10 días hábiles.

Factores de la transición

- **Cambios sucesivos en la norma:** las fechas de entrada en vigencia de la Resolución 2284 de 2023 se modificaron por las Resoluciones 627 y 1885 de 2024, con inicio escalonado entre febrero y junio de 2025. Adicionalmente, la Resolución 2275 de 2023 fue sustituida por la Resolución 948 de 2026. A la fecha no se cuenta con una estabilización de la norma.
- **Ampliación de la codificación de glosas:** la Resolución 2284 de 2023 cambió y amplió los códigos de devoluciones y glosas. Antes se trabajaba sobre seis códigos generales; la nueva codificación detallada hizo más dispendiosa la respuesta del prestador y el proceso de conciliación.
- **Concentración en inconsistencias de la factura:** la mayor parte de las glosas del periodo se originó en las inconsistencias del XML descritas en el punto (ii), cuya solución depende de una refacturación que los prestadores no han realizado.

Gestión realizada y transición al SIIFA

Desde febrero de 2025 y hasta junio de 2026, toda la trazabilidad de la gestión de respuesta a glosas se ha realizado a través de la plataforma de la EPS. La EPS ha acompañado de forma continua a los prestadores para que respondan de manera más ágil, incluso mediante cargues masivos.

Con la Resolución 1962 de 2025, el Ministerio creó el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial (SIIFA), que registrará contratos, facturas, devoluciones, glosas, respuestas y pagos. Su despliegue es gradual y se completa en diciembre de 2026. Durante esta transición, el prestador sigue respondiendo en la plataforma de la EPS; una vez se estabilice la norma, lo hará a través del SIIFA, donde el Ministerio exigirá el cumplimiento total de los tiempos normativos.

Esto evidencia una brecha que el sector debe cerrar en el corto plazo, y en la que la EPS mantiene su acompañamiento a los prestadores.

PREGUNTA 9

Informe si se han presentado fallas en las plataformas de radicación, bloqueos en la recepción de facturas o devoluciones masivas por errores de forma. Indique el volumen y valor de las facturas afectadas, sus causas y las medidas correctivas adoptadas.

Respuesta:

No se han presentado fallas en la plataforma de radicación, bloqueos en la recepción de facturas ni devoluciones masivas por errores de forma. No obstante realizamos una descripción funcional de la plataforma de radicación en los términos que detallamos a continuación:

9.1 Funcionamiento de la radicación

La plataforma de radicación de EMSSANAR EPS opera conforme a la Resolución 2275 de 2023 y a la Resolución 948 de 2026, que la sustituye. Bajo este modelo, la validación de la factura electrónica de venta y de sus RIPS corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social, no a la EPS:

1. El prestador valida la factura electrónica y sus RIPS ante el Mecanismo Único de Validación (MUV) del Ministerio.
2. Si la validación es exitosa, el Ministerio expide el Código Único de Validación (CUV).
3. Con el CUV, el prestador radica en la plataforma de la EPS el XML de la factura, el CUV y los soportes.
4. Si falta alguno de estos documentos, la plataforma rechaza la radicación y alerta de inmediato al prestador, que puede subsanar en ese mismo momento.

Toda factura con CUV se entiende validada y se recibe. La EPS no tiene trazabilidad sobre las validaciones del MUV ni puede aplicar reglas propias en la radicación. La norma solo le permite dos validaciones posteriores que dan lugar a devolución: la **oportunidad en la radicación** de los soportes, dentro de los veintidós (22) días hábiles siguientes a la expedición de la factura (artículo 5 de la Resolución 510 de 2022; causal DE5601), y la **afiliación del usuario** a la EPS en la fecha de la atención (causal DE1601). La plataforma identifica, además, las facturas ya radicadas y en trámite (causal DE5002) para evitar su doble radicación.

Tabla 14. Situación de la radicación en EMSSANAR EPS

Aspecto consultado	Situación
Fallas en la plataforma de radicación	No se han presentado.
Bloqueos en la recepción de facturas	No se han presentado: toda factura con CUV se radica.
Rechazos en la radicación	Solo cuando falta el XML, el CUV o los soportes; la plataforma alerta al prestador, que puede subsanar de inmediato.
Devoluciones masivas	No se han presentado: las devoluciones equivalen al 1,9 % de las facturas radicadas.
Radicación de notas crédito	Novedad técnica en el último mes, originada en la lectura del CUV (numeral 9.2).

9.2 Novedad en la radicación de notas crédito

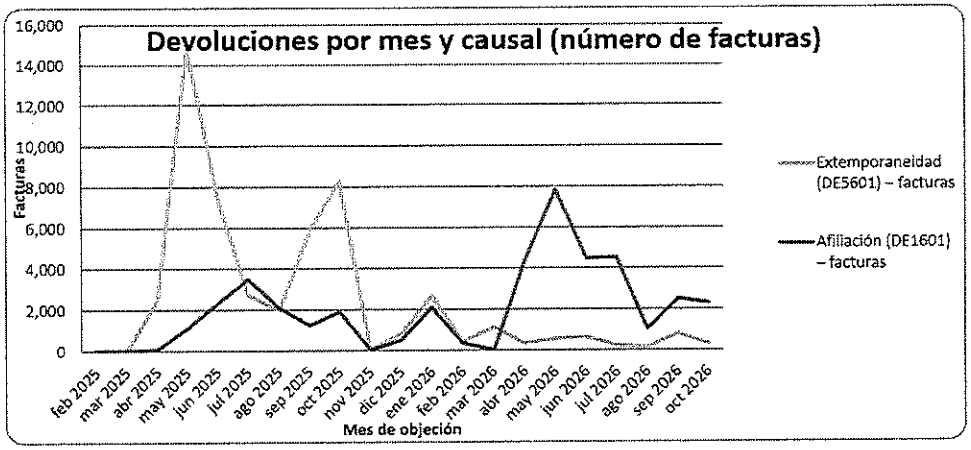
Durante el último mes se presentaron fallas en la radicación de notas crédito, porque los módulos dispuestos por el Ministerio para que las EPS validen el CUV no permiten su lectura. Es la única novedad técnica del periodo; su origen está en la lectura del CUV y no en la plataforma de la EPS. La Entidad hace seguimiento a la novedad ante el Ministerio de Salud y Protección Social.

9.3 Volumen, valor y causas de las devoluciones

Entre febrero de 2025 y el 19 de octubre de 2026 la EPS registró 94.143 devoluciones por $364.536 millones, correspondientes a 543 prestadores, equivalentes al 1,9% de las 5.064.606 facturas radicadas. Todas obedecen a las causales que la norma permite a la EPS; ninguna corresponde a errores de forma definidos por la Entidad. El detalle por causal, año, estado, prestador y régimen se presenta en la respuesta a la pregunta 10.

Causal	Facturas	% facturas	Valor (millones $)	Prestadores
DE5601 – Radicación de soportes fuera de los 22 días hábiles	51.544	54,80%	86.538	397
DE1601 – Usuario de otro responsable de pago en la fecha de atención	42.277	44,90%	145.198	453
DE5002 – Factura ya radicada y en trámite	322	0,30%	132.800	45
Total	**94.143**	**100%**	**364.536**	**543**

Gráfico 1. Devoluciones por mes y causal (número de facturas)



Fuente: base de devoluciones Ripslink, febrero de 2025 a 19 de octubre de 2026. Excluye 91 registros sin causal y las 322 devoluciones por causal DE5002.

La devolución por extemporaneidad bajó de 44.302 facturas en 2025 a 7.242 en 2026 (–84 %), lo que evidencia la apropiación del plazo de 22 días hábiles por parte de los prestadores. La devolución por afiliación pasó de 12.810 a 29.467 facturas y es hoy la causal principal.

9.4 Calidad de la información en la factura electrónica

Aunque no existen bloqueos en la radicación, una parte importante de la facturación llega con datos inconsistentes. De las 5.064.606 facturas radicadas, **958.390 (18,9%), por $788.215 millones (22,6 % del valor radicado)** y de 479 prestadores, presentan inconsistencias en el XML de la factura o en sus RIPS. Estas facturas cuentan con CUV y fueron radicadas, pero la calidad de la información es indispensable para la auditoría de cuentas médicas (sin un número de contrato válido no hay tarifas contra las cuales auditar) y para la causación contable (sin régimen, cobertura y modalidad correctos no es posible imputar el costo a la fuente que corresponde).

Tabla 15. Facturas radicadas con inconsistencias en el XML, por campo

Campo con inconsistencia	Facturas	Valor (millones $)	Prestadores
Número de contrato	861.712	766.537	357
Cobertura (plan de beneficios)	142.570	56.157	199
Régimen (tipo de usuario)	19.400	6.925	314
Modalidad de pago	1.189	354	39
Facturas con al menos una inconsistencia	**958.390**	**788.215**	**479**

Fuente: informe de inconsistencias en la radicación, plataforma Ripslink, corte 23 de septiembre de 2026; excluye cápita y PGP. Las filas se traslapan porque una factura puede presentar varias inconsistencias (61.060 facturas presentan dos o más).

El número de contrato concentra el 97 % del valor afectado: en 301.901 facturas ($335.854 millones) el campo llega vacío, en «0», con texto genérico o con cadenas que no corresponden a un contrato. El problema es creciente: en 2026 las facturas con inconsistencias pasaron de 21.625 en enero a 42.295 en agosto, y los 20 prestadores con más casos concentran el 53 % de las facturas afectadas. Ante esta situación, la EPS glosa la factura en su totalidad y solicita su refacturación mediante nota crédito y nueva radicación. El 30 de septiembre de 2026 la Entidad remitió a la Superintendencia Nacional de Salud la certificación con el detalle de las 958.390 facturas y de los 479 prestadores, y puso la situación en conocimiento del Ministerio de Salud y Protección Social.

9.5 Medidas correctivas

La EPS no observa una adherencia del 100 % de los prestadores a las nuevas exigencias normativas. Un factor determinante es la alta rotación del personal de facturación de los prestadores, que genera errores y reprocesos en la radicación y en la respuesta a las devoluciones. Frente a ello, la Entidad ha adoptado las siguientes medidas:

Tabla 16. Medidas correctivas adoptadas

Situación	Medida adoptada
Documentos faltantes en la radicación (XML, CUV o soportes)	Alerta inmediata de la plataforma para que el prestador subsane en el mismo momento.
Devoluciones por extemporaneidad o afiliación	Notificación automática desde la plataforma y plazo de cinco (5) días hábiles para la respuesta del prestador.
Rotación de personal y baja adherencia a la norma	Capacitaciones puntuales con los prestadores que presentan dificultades.
Inconsistencias en el XML de la factura	Glosa total de la factura y solicitud de refacturación mediante nota crédito y nueva radicación.
Inconsistencias masivas y recurrentes	Reporte y certificación ante el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.
Falta de lectura del CUV en notas crédito	Seguimiento de la novedad ante el Ministerio, responsable de los módulos de validación del CUV.

PREGUNTA 10

Informe el número y valor de las devoluciones de facturas, las glosas reiteradas, los incumplimientos en pagos de capitación y los retrasos en pagos por evento registrados durante la intervención, así como las medidas adoptadas para superarlos.

Respuesta:

10.1 Devoluciones de facturas

Tabla 17. Indicadores generales de devoluciones – febrero de 2025 a 19 de octubre de 2026

Indicador	Resultado
Facturas devueltas	94.143
Valor de las facturas devueltas	$364.536 millones
Prestadores con devoluciones	543
Participación sobre facturas radicadas	1,9 %
Valor promedio por factura devuelta	$3,87 millones
Valor mediano por factura devuelta	$74.162
Devoluciones cerradas o aceptadas	69.017 (73,3 %)

El valor está muy concentrado: 84 facturas de más de $1.000 millones cada una suman $195.201 millones, el 53,5 % del valor devuelto. La mayoría de las devoluciones corresponden a facturas de bajo valor.

Tabla 18. Devoluciones por causal

Causal	Facturas	% facturas	Valor (millones $)	% valor	Prestadores
DE5601 – Soportes radicados después de 22 días hábiles	51.544	54,8 %	86.538	23,7 %	397
DE1601 – Usuario de otro responsable de pago	42.277	44,9 %	145.198	39,8 %	453
DE5002 – Factura ya radicada y en trámite	322	0,3 %	132.800	36,4 %	45
Total	**94.143**	**100 %**	**364.536**	**100 %**	**543**

La extemporaneidad concentra el mayor número de devoluciones (54,8 %) y la afiliación el mayor valor (39,8 %). La causal DE5002 agrupa pocas facturas de muy alto valor: son facturas de gran cuantía radicadas por segunda vez, cuya devolución evita el doble registro de la obligación.

Tabla 19. Devoluciones por año y causal

Causal	Facturas 2025	Valor 2025 (millones $)	Facturas 2026*	Valor 2026* (millones $)
DE5601 – Extemporaneidad	44.302	68.546	7.242	17.992
DE1601 – Afiliación	12.810	97.890	29.467	47.308
DE5002 – Factura ya radicada	198	76.012	124	56.787
Total	**57.310**	**242.448**	**36.833**	**122.087**

** Corte al 19 de octubre de 2026.*

Por estado de gestión, el 73,3 % de las devoluciones (69.017 facturas) está cerrado o aceptado y representa el 91,5 % del valor devuelto ($333.564 millones):

Tabla 20. Devoluciones por estado de gestión

Estado	Facturas	% facturas	Valor (millones $)	% valor
Cerrada	68.972	73,3 %	326.731	89,6 %
Aceptada por el prestador	45	0,0 %	6.833	1,9 %

Estado	Facturas	% facturas	Valor (millones $)	% valor
Respondida, en revisión por la EPS	104	0,1 %	115	0,0 %
Reiterada (la causal persiste tras la respuesta)	7.568	8,0 %	17.465	4,8 %
Notificada, pendiente de respuesta del prestador	17.454	18,5 %	13.392	3,7 %
Total	**94.143**	**100 %**	**364.536**	**100 %**

La plataforma notifica cada devolución al prestador en el momento en que se genera, y este cuenta con cinco (5) días hábiles para responder en la misma plataforma; la subsanación depende exclusivamente del prestador. De las 17.454 devoluciones notificadas, 1.197 ($1.035 millones) están dentro del plazo y 16.257 ($12.357 millones) lo superaron sin respuesta, de las cuales 14.284 son de 2025.

Las devoluciones se concentran en pocos prestadores: los 10 con más facturas devueltas suman el 42,6% del total y los 20 primeros el 55,3 %. La Red de Salud del Norte E.S.E. concentra el 13,2 % de las facturas devueltas, casi todas por extemporaneidad, y Hemato Oncólogos S.A. el 11,9 % del valor con solo 145 facturas.

Tabla 21. Diez prestadores con mayor número de facturas devueltas

Prestador	NIT	Facturas	Valor (millones $)	DE5601	DE1601
Red de Salud del Norte E.S.E.	805027287	12.449	8.104	12.289	160
Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe E.S.E.	891901158	8.335	3.562	7.365	970
E.S.E. Hospital Local de Puerto Asís	846000253	3.517	4.714	2.306	1.211
E.S.E. Hospital Departamental Centenario de Sevilla	821003143	2.920	437	1.282	1.638
Cooperativa de Servicios Integrales de Salud Red Medicron IPS	900077584	2.765	17.831	2.460	294
Hospital Infantil Los Ángeles	891200240	2.320	5.344	0	2.320
Centro Médico Valle de Atriz S.A.S.	830504400	2.293	2.525	2.080	213
Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle	890304155	1.896	1.229	1.705	191
Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E.	890303461	1.795	8.911	755	1.040
Hospital Isaías Duarte Cancino E.S.E.	805028530	1.772	14.290	1.596	169

Tabla 22. Diez prestadores con mayor valor devuelto

Prestador	NIT	Facturas	Valor (millones $)
Hemato Oncólogos S.A.	805017350	145	43.304
E.S.E. Pasto Salud	900091143	1.362	21.046
Red de Salud del Oriente E.S.E.	805027337	1.097	19.087
Cooperativa de Servicios Integrales de Salud Red Medicron IPS	900077584	2.765	17.831
Hospital Isaías Duarte Cancino E.S.E.	805028530	1.772	14.290
Red de Salud Ladera E.S.E.	805027289	512	12.757
Genhospi S.A.S.	900331412	800	10.710
Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E.	890303461	1.795	8.911
Red de Salud del Norte E.S.E.	805027287	12.449	8.104
Red de Salud del Centro E.S.E.	805027261	841	7.926

Por régimen del usuario, el subsidiado concentra el 54,6 % de las facturas devueltas. En el 32,9 % de ellas, que suman el 49,3 % del valor, la factura no trae diligenciado el tipo de usuario, lo que confirma la importancia de la calidad de la información que el prestador registra en la factura electrónica.

Tabla 23. Devoluciones por régimen del usuario

Régimen	Facturas	% facturas	Valor (millones $)	% valor
Subsidiado	51.405	54,6 %	154.562	42,4 %

Régimen	Facturas	% facturas	Valor (millones $)	% valor
Contributivo (cotizante, beneficiario y adicional)	11.022	11,7 %	30.207	8,3 %
Sin dato de tipo de usuario	31.001	32,9 %	179.590	49,3 %
Otros (particular, no afiliado, especial, SOAT, ARL)	715	0,8 %	177	0,0 %
Total	**94.143**	**100 %**	**364.536**	**100 %**

10.2 Glosas ratificadas (reiteradas)

Con corte al 30 de septiembre de 2026 el valor de la glosa ratificada asciende a **$125.978 millones**, correspondiente a 171.308 facturas de 249 prestadores. Los diez prestadores con mayor valor concentran el 66,2 % del total, lo que permite focalizar la conciliación:

Tabla 24. Diez prestadores con mayor valor de glosa ratificada

NIT	Prestador	Valor glosa ($)	Facturas	% del total
901201887	Hospital de Alta Complejidad del Putumayo S.A.S. ZOMAC	19.988.573.917	17.298	15,9 %
901211457	Al Alba Clínica	11.664.015.005	2.693	9,3 %
890307200	Clínica Imbanaco S.A.S.	9.052.661.320	349	7,2 %
891901158	Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe E.S.E.	8.617.759.550	12.174	6,8 %
891200679	E.S.E. Hospital José María Hernández	7.252.563.734	10.194	5,8 %
805028530	Hospital Isaías Duarte Cancino E.S.E.	6.898.040.930	7.936	5,5 %
900242742	Fabilu S.A.S.	6.098.205.878	303	4,8 %
890304155	Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle	4.857.673.923	7.949	3,9 %
891200240	Hospital Infantil Los Ángeles	4.680.227.069	1.868	3,7 %
900335692	Corporación para la Salud Integral S.A.S.	4.220.515.377	3.466	3,4 %
	Subtotal diez prestadores	**83.330.236.703**	**64.230**	**66,1 %**

El Hospital de Alta Complejidad del Putumayo S.A.S. ZOMAC registra el mayor valor individual ($19.989 millones; 15,9 % del total), seguido de Al Alba Clínica y Clínica Imbanaco S.A.S. Las principales causas de ratificación son:

- **Facturación:** inconsistencias persistentes en cantidades, códigos o valores liquidados, no subsanadas en la respuesta del prestador.
- **Tarifas:** diferencias entre lo facturado y las condiciones contractuales o tarifarias aplicables.
- **Soportes:** ausencia, insuficiencia o inconsistencia de los documentos que sustentan la prestación.
- **Autorizaciones:** falta de acreditación de la autorización exigible o de las condiciones que justifican la prestación sin ella.
- **Pertinencia médica:** insuficiencia de los elementos clínicos que sustentan la necesidad del servicio, medicamento, procedimiento o estancia.
- **Cobertura:** diferencias sobre la cobertura del servicio, el responsable de su financiación o la afiliación del usuario.
- **Respuestas extemporáneas o incompletas** que no controvierten de manera suficiente el motivo de glosa.
- **Acuerdos de conciliación:** diferencias en el cumplimiento o la formalización de compromisos de mesas de conciliación anteriores.

10.3 Saldos pendientes por capitación y por evento

Las cuentas por pagar en las modalidades de capitación y evento, para las vigencias 2016 a 2026, suman **$432.928 millones**: $362.661 millones del régimen subsidiado y $70.267 millones del contributivo.

Tabla 25. Cuentas por pagar por modalidad y régimen (pesos)

Modalidad	Subsidiado	Contributivo	Total
Evento	285.524.101.665	56.653.273.694	342.177.375.359
Capitación	77.137.172.308	13.613.899.417	90.751.071.725
Total	**362.661.273.973**	**70.267.173.111**	**432.928.447.084**

- **Evento.** Es el componente de mayor valor. Se concentra en la vigencia 2026, pero arrastra saldos de vigencias anteriores (más de $27.000 millones de 2025 y más de $19.000 millones de 2024 en el régimen subsidiado), asociados en buena parte a glosas en trámite.
- **Capitación.** Registra saldos en el régimen subsidiado desde 2017, con incrementos en 2025 ($10.471 millones) y 2026 ($59.678 millones).

Medidas para superar los saldos pendientes

En el marco de la Política de Pagos POEPS-03 y del Protocolo de Postulación PTEPS-CFT-07, la gestión de los saldos pendientes se articula entre las áreas de Cuentas Médicas, Cartera por Pagar, Contabilidad, Tesorería y Control Financiero. Los valores susceptibles de pago se presentan al Comité de Pagos, considerando su validación, la fuente de financiación, la disponibilidad de recursos y la continuidad de la prestación de los servicios.

Con base en las gestiones adelantadas y las necesidades de depuración identificadas, se contemplan las siguientes líneas de acción:

1. **Programación de la capitación corriente y depuración de saldos anteriores.** Para el Régimen Subsidiado, se contempla la programación del 100 % de la capitación corriente, conforme a la liquidación validada y las condiciones contractuales. Respecto de los saldos de 2024 y 2025, se requiere conciliar las obligaciones reconocidas con los pagos realizados, los ajustes aplicables y las postulaciones pendientes de giro, para determinar el saldo real y sustentar su programación ante el Comité.
2. **Auditoría, conciliación y depuración de la cartera evento.** Se plantea dar continuidad a la revisión de la facturación de 2025 y vigencias anteriores, mediante la articulación de los equipos de auditoría médica, cuentas médicas y cartera por pagar, para resolver glosas, gestionar conciliaciones y actualizar los saldos reconocidos. Como parte del trabajo de revisión de las postulaciones, se ha identificado la necesidad de conciliar el detalle de facturas con los valores programados por prestador, contrato y período de prestación. Los valores reconocidos y susceptibles de pago se incorporan a la base de evaluación del Comité, previa verificación de pagos, anticipos y postulaciones anteriores, evitando duplicidades. Su inclusión en la programación depende de los criterios de distribución y de los recursos disponibles.
3. **Estructuración y seguimiento de acuerdos de pago.** Para la cartera conciliada que no pueda cubrirse con los recursos disponibles del período, se contempla evaluar acuerdos con cuotas y plazos sustentados en la capacidad financiera de la EPS. Las propuestas deben precisar las obligaciones y facturas incluidas, los abonos realizados y el saldo pendiente, y someterse a revisión financiera, formalización y consideración del Comité de Pagos. Para los acuerdos existentes, se requiere mantener el seguimiento de las cuotas exigibles y los pagos efectuados, con el fin de identificar desviaciones y gestionar oportunamente los ajustes que deban concertarse con los prestadores.

PREGUNTA 11

Relacione los casos de suspensión o restricción de servicios por falta de pago a prestadores o proveedores, con su ubicación territorial, el valor adeudado al acreedor y los acuerdos de pago suscritos.

Respuesta:

*La relación solicitada se remite en la matriz **"Red con cierre"**, disponible en la **carpeta 11**, que consolida las novedades reportadas sobre restricciones, cierres y reaperturas de servicios de prestadores y proveedores, junto con su situación de cartera.*

La matriz permite identificar:

- ***Prestadores y proveedores:** NIT, razón social, naturaleza jurídica y nivel de complejidad, así como la ubicación territorial cuando se encuentra informada.*
- ***Novedades en la atención:** alertas de posible cierre, restricciones en la prestación, cierres reportados y reaperturas sujetas a condiciones.*
- ***Situación financiera:** saldos de cartera con corte al **30 de septiembre de 2026**, discriminados por régimen, y valores registrados en la columna de acuerdos de pago.*

Resumen de cartera con corte al 30 de septiembre de 2026

*El reporte comprende **35 prestadores y proveedores**, con una cartera total de **$132.536.478.215,14**, distribuida de la siguiente manera:*

Novedad reportada	N.° de terceros	Cartera RC	Cartera RS	Cartera total	Valor reportados en acuerdos de pago
Restricción en la prestación de servicios	8	$ 8.609,68	$ 63.283,53	$ 71.893,21	$ 3.891,53
Reaperturas con restricciones o condiciones	9	$ 6.709,34	$ 39.726,60	$ 46.435,93	$ 1.643,04
Cierre reportado	16	$ 568,40	$ 7.168,03	$ 7.736,43	—
Alertas de posible cierre o limitación de atención	2	$ 287,60	$ 6.183,31	$ 6.470,91	—
Total	35	$ 16.175,02	$ 116.361,46	$ 132.536,48	$ 5.534,57

Cifras en millones de pesos, redondeadas a dos decimales. RC: Régimen Contributivo. RS: Régimen Subsidiado. Los valores de acuerdos de pago se presentan como información complementaria y no se adicionan ni se descuentan del total de cartera. El guion indica que no se reporta valor en esa columna.

Análisis financiero y seguimiento

El **87,80 % de la cartera corresponde al Régimen Subsidiado** y el **12,20 % al Régimen Contributivo**. Los prestadores y proveedores con restricciones en la atención y reaperturas condicionadas concentran el **89,28 % del saldo total**, equivalente a **$118.329,14 millones**.

En materia de acuerdos de pago, la matriz registra **$3.891.530.339,84 para el Hospital Universitario del Valle** y **$1.643.035.776,00 para el Hospital José María Hernández**, para un total de **$5.534.566.115,84**. El seguimiento de estos compromisos debe sustentarse en los acuerdos suscritos, los cronogramas pactados y los soportes de los abonos efectuados, precisando la naturaleza de los valores registrados.

La información entregada constituye un insumo para la depuración de obligaciones, el seguimiento de compromisos y la evaluación de la programación de pagos, conforme a la **Política de Pagos POEPS-03 y al Protocolo de Postulación PTEPS-CFT-07**. Los saldos corresponden al corte financiero señalado y su inclusión en la matriz no constituye una aprobación de pago. Asimismo, las novedades deben actualizarse con las áreas responsables para establecer su alcance y las condiciones de restablecimiento de los servicios.

Medidas para la continuidad de la atención

Frente a los cierres temporales, restricciones o limitaciones reportadas, la estrategia de contingencia contempla la activación y el fortalecimiento de la red alterna, de acuerdo con las necesidades de cada territorio. Su implementación comprende la identificación de prestadores con capacidad resolutiva y disponibilidad, así como la coordinación del direccionamiento de los usuarios y el seguimiento al acceso efectivo a los servicios.

Estas acciones se orientan a mitigar las interrupciones en la atención y deben desarrollarse de manera articulada con las gestiones contractuales y financieras, priorizando los casos de mayor riesgo asistencial y verificando la continuidad de los tratamientos.

PREGUNTA 12

Informe la deuda con gestores farmacéuticos, los cambios de gestor realizados durante la intervención y sus costos asociados, y el número y valor de las fórmulas pendientes de entrega a la fecha de corte.

Respuesta:

12.1 Deuda con gestores farmacéuticos y proveedores

En la carpeta 12 se remite el reporte financiero detallado de la cartera con gestores farmacéuticos, distribuidores y proveedores de servicios y tecnologías en salud, con corte al **30 de septiembre de 2026**.

El reporte relaciona **36 operadores**, identificados mediante NIT y razón social, e informa una cartera total de **$54.535.052.578,80**. De estos, **25 presentan valores de cartera** y **11 figuran sin saldo**.

La información permite identificar los siguientes aspectos:

- **Identificación y ubicación:** se incluyen el NIT y la razón social de cada acreedor y, cuando está disponible, su municipio y departamento. Las ubicaciones reportadas corresponden a Nariño, Valle del Cauca, Putumayo y Bogotá, D. C.; seis operadores no tienen ubicación indicada en la base.
- **Composición de los acreedores:** la relación comprende gestores farmacéuticos y proveedores de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y otras tecnologías en salud.

- **Saldos por operador:** la columna "Cartera corte 30 sept 2026" presenta el valor reportado para cada tercero. Los mayores saldos corresponden a **Farmart Ltda. IPS, por $15.117.246.070,00**, y **Genhospi S. A., por $11.030.894.142,00**.

La distribución territorial de la cartera es la siguiente:

Modalidad	Subsidiado	Contributivo
Nariño	12	$ 21.597
Valle del Cauca	10	$ 19.067
Putumayo	2	$ 5.029
Otros	12	$ 8.840
Total	**36**	$ 54.353

Fuente: reporte financiero de cartera con corte al 30 de septiembre de 2026, disponible en la carpeta 12. Cifras expresadas en millones de pesos, redondeadas a dos decimales. La clasificación territorial corresponde a la ubicación indicada en la base y no representa necesariamente la cobertura de atención de cada operador.

12.2 Ajustes en la red de gestores farmacéuticos y costos asociados

En la carpeta 12 del repositorio se adjunta la matriz «Direccionamiento de Medicamentos sep 2026», donde se detallan las modificaciones realizadas por la EPS en el direccionamiento de los gestores farmacéuticos, derivadas de inconsistencias en la prestación del servicio o reestructuraciones en la red.

Debido a que estas variaciones obedecen exclusivamente a la reasignación de la dispensación dentro de los sistemas de información institucionales, no generan costo alguno para la EPS. A modo de referencia, el valor correspondiente a los medicamentos redireccionados durante el mes de septiembre de 2026 alcanzó la suma de $326.711.194; esta gestión oportuna asegura la continuidad en el suministro de tratamientos a los usuarios afiliados.

12.2 Modificaciones en la red de gestores farmacéuticos y costos asociados

En la carpeta 12 se adjunta el documento «Direccionamiento de Medicamentos sep 2026», en el cual se detalla la matriz con las modificaciones en el direccionamiento de gestores farmacéuticos implementadas por la EPS, motivadas por ajustes en la red o por fallas en la prestación del servicio.

Estas modificaciones no conlleva ningún costo para la EPS, dado que el proceso consiste exclusivamente en la reasignación de la dispensación en los sistemas de información institucionales. Como marco de referencia, el monto correspondiente a los medicamentos redireccionados durante septiembre de 2026 ascendió a $326.711.194. Este redireccionamiento oportuno garantiza la entrega de los medicamentos a los afiliados ante eventuales incumplimientos por parte de los gestores.

12.3 Registro de fórmulas pendientes de entrega a la fecha de corte

En la carpeta 12 se incluye la base de datos correspondiente a los medicamentos pendientes al corte de septiembre de 2026.

12.2 Cambios de gestor farmacéutico y costos asociados

En la carpeta 12 se remite el documento denominado "Direccionamiento de Medicamentos sep 2026", que contiene la matriz de los cambios de direccionamiento de gestores farmacéuticos realizados por la EPS por no prestación del servicio o por ajustes en la red.

Estos cambios no generan costo para la EPS, porque el cambio de gestor consiste únicamente en redireccionar la dispensación en los sistemas de información de la Entidad. Como referencia, el valor de los medicamentos redireccionados en septiembre de 2026 ascendió a $326.711.194. El redireccionamiento oportuno permite que los afiliados reciban sus medicamentos cuando un gestor no presta el servicio.

12.3 Fórmulas pendientes de entrega a la fecha de corte

En la carpeta 12 se remite la base de datos de medicamentos pendientes de septiembre de 2026. El valor de los medicamentos reportados como pendientes asciende a **$45.736.362**, correspondientes a **658** fórmulas.

Este resultado refleja la aplicación de las herramientas de seguimiento y control del Plan de Trabajo concertado con la Superintendencia Nacional de Salud y la gestión de la Jefatura de Medicamentos para prevenir la generación de pendientes y depurar los existentes.

PREGUNTA 13

Informe el gasto en enfermedades de alto costo por cohorte y su variación desde la toma de posesión, así como las auditorías médicas y de cuentas realizadas sobre ese gasto y sus resultados.

Respuesta:

13.1 Marco normativo de la Cuenta de Alto Costo

La Cuenta de Alto Costo (CAC) fue creada por el Decreto 2699 de 2007, compilado en el Decreto 780 de 2016, como un fondo autogestionado para contrarrestar la selección y la concentración del riesgo en las enfermedades de alto costo. Las EPS están obligadas a reportar la información de sus afiliados con estas enfermedades, conforme a las siguientes normas:

Tabla 26. Normatividad aplicable a las cohortes reportadas a la Cuenta de Alto Costo

Norma	Contenido
Decreto 2699 de 2007 (compilado en el Decreto 780 de 2016)	Crea la Cuenta de Alto Costo y obliga a las EPS a reportar la información de sus afiliados con enfermedades de alto costo.
Resolución 2565 de 2007	Determina la enfermedad renal crónica en fase 5 como enfermedad de alto costo.
Resolución 3974 de 2009	Adopta determinaciones sobre la CAC y define como enfermedades de alto costo, entre otras, la artritis reumatoide y la infección por VIH/SIDA.
Resolución 4700 de 2008 y modificatorias (2463 de 2014, 247 de 2014, 123 de 2015, 1393 de 2015, 1692 de 2017)	Definen la periodicidad, la forma y el contenido del reporte de las cohortes, entre ellas enfermedad renal crónica y sus precursoras, hemofilia y otras coagulopatías, y artritis reumatoide.
Resolución 273 de 2019	Regula el reporte de VIH/SIDA a la CAC (derogó la Resolución 4725 de 2011).
Ley 1392 de 2010	Reconoce las enfermedades huérfanas, como la enfermedad de Gaucher, como de especial interés.
Resolución 3681 de 2013	Estableció los contenidos y requerimientos técnicos para el reporte, por única vez a la CAC, con el propósito de elaborar el censo de pacientes con enfermedades huérfanas.
Resolución 994 de 2022	Establece el mecanismo de acceso permanente del Ministerio a las bases de datos de la CAC.
Resolución 2625 de 2025	Actualiza el listado oficial de enfermedades huérfanas en Colombia y deroga la resolución 023 de 2023.

Fuente: normograma de la Superintendencia Nacional de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social.

13.2 Costo estimado por cohorte

La Entidad consolidó y estimó el costo de las enfermedades de alto costo con base en la información de las cohortes reportadas a la CAC, conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. El consolidado registra un **costo total estimado de $251.184.764.891**, distribuido así:

Tabla 27. Costo estimado de las enfermedades de alto costo por cohorte

Cohorte	Periodo evaluado	Costo estimado ($)	Participación
Enfermedad renal crónica y precursoras	01/07/2025 a 30/06/2026	190.833.442.328	75,97 %
VIH	01/02/2025 a 31/01/2026	25.810.444.648	10,28 %
Hemofilia y otras coagulopatías	01/02/2025 a 31/01/2026	18.747.694.525	7,46 %
Artritis reumatoide	01/07/2025 a 30/06/2026	12.884.893.872	5,13 %
Enfermedad de Gaucher	01/01/2025 a 31/12/2025	2.574.868.336	1,03 %
Esclerosis múltiple	01/01/2025 a 31/12/2025	333.421.182	0,13 %
Total estimado		**251.184.764.891**	**100,00 %**

Fuente: «CostoCohortesConsolidado.xlsx» (hoja «Totales» y hojas de detalle por cohorte: ERC, Gaucher, huérfanas y VIH), carpeta 13 del repositorio. Cada cohorte corresponde al periodo de reporte definido por la CAC.

La enfermedad renal crónica y sus precursoras concentran la mayor participación (75,97 %), seguidas por VIH (10,28 %) y por hemofilia y otras coagulopatías (7,46 %). Estas tres cohortes representan el 93,71 % del costo total estimado, por lo que constituyen el foco de la gestión del riesgo y del control del gasto en alto costo.

13.3 Variación del gasto por cohorte

En conjunto, el valor total pasó de $300.488 millones a $248.276 millones, una reducción de $52.212 millones (-17,38%). La cohorte de Enfermedad Renal Crónica y precursoras concentra la mayor parte del valor, con cerca del 77% del total en ambos periodos. Por eso también explica la mayor parte de la disminución: cae $39.113 millones (-17,01%), lo que equivale a cerca del 75% de la reducción neta. VIH presenta la caída relativa más pronunciada (-35,88%, equivalente a 14.440 millones), y su participación en el total baja del 13,4% al 10,4%. Artritis Reumatoide disminuye 21,03% (3.430 millones). Hemofilia y otras coagulopatías es la única cohorte con crecimiento: aumenta $4.771 millones (+34,13%) y su participación sube del 4,7% al 7,6%, lo que compensa parcialmente las reducciones de las demás cohortes. Esclerosis múltiple y Gaucher no registran valores comparables porque no existía norma en el periodo base. Para interpretar estos resultados conviene tener en cuenta que los periodos de corte no son homogéneos entre cohortes (julio-junio para artritis reumatoide y ERC; febrero-enero para hemofilia y VIH). Además, las cifras se presentan en términos nominales, sin ajuste por inflación, entre periodos separados por tres años, por lo que la reducción en términos reales sería aún mayor.

Tabla 28. Costo estimado de las enfermedades de alto costo por cohorte

Cohorte	Periodo Evaluado Normativo	Totales	Periodo Evaluado Normativo	Totales	Variación	% Variación
ARTRITIS REUMATOIDE	01/07/2022 - 30/06/2023	$ 16.315.382.778,69	01/07/2025 - 30/06/2026	$ 12.884.893.872	-3.430.488.907	-21,03%
ESCLEROSIS MÚLTIPLE	No había norma	$ -			0	

ERC Y PRECURSORAS	01/07/2022 - 30/06/2023	$ 229.945.972.124,00	01/07/2025 - 30/06/2026	$ 190.833.442.328	- 39.112.529.796	-17,01%
GAUCHER	No había norma	$ -			0	
HEMOFILIA OTRAS COAGULOPATÍAS	01/02/2022 - 31/01/2023	$ 13.976.748.930,00	01/02/2025 - 31/01/2026	$ 18.747.694.525	4.770.945.595	34,13%
VIH	01/02/2022 - 31/01/2023	$ 40.250.301.292,00	01/02/2025 - 31/01/2026	$ 25.810.444.648	- 14.439.856.644	-35,88%
Totales		**$ 300.488.405.124,69**		**$ 248.276.475.373,00**	**- 52.211.929.752**	**-17,38%**

Fuente: «CostoCohortesConsolidado2023.xlsx» (hoja «Totales» y hojas de detalle por cohorte: ERC, Gaucher, huérfanas y VIH), carpeta 13 del repositorio. Cada cohorte corresponde al periodo de reporte definido por la CAC.

PREGUNTA 14

Informe la evolución del número de tutelas e incidentes de desacato desde el inicio de la intervención, y el valor de las sanciones pagadas y de los servicios ordenados por vía judicial.

14.1 Evolución anual de tutelas e incidentes de desacato, 2022 a 2026

La siguiente tabla presenta el comportamiento de las acciones de tutela y la evolución de las mismas en etapa de incidentes de desacato por año, desde el inicio de la medida de intervención, y los factores que explican la tendencia de cada vigencia:

Tabla 29. Tutelas admitidas e incidentes de desacato por año, 2022 a 2026

Año	Tutelas admitidas	Variación anual	Promedio mensual	Incidentes de desacato	Desacatos por cada 100 tutelas	Factores que explican la tendencia
2022	9805	-	818	5.150	52,52	Inoportunidad en la prestación del servicio, solicitud de servicios excluidos e inoportunidad en las autorizaciones.
2023	11.363	15,89	947	4.753	41,83	Inoportunidad asistencia y administrativa, fallas en la red prestadora tales como inoportunidad de operadores logísticos y prestadores de alta complejidad. Las tecnologías PBS mayor concentración.
2024	11.695	2.92	974	4.229	36,16	Inoportunidad en la prestación de servicios de salud, inoportunidad en las autorizaciones y trámites y causas asociadas con el usuario.
2025	11.121	-4.91	926	2.973	26,73	Efecto de la reducción de la población activa, red de servicios fragmentada, inoportunidad en el acceso y prestación de los servicios de salud.
2026 (ene–sep)	9.830	18,33	1.092	1.728	17,58	Barreras de acceso a consulta especializada y remisiones; entrega de insumos (pañales); seguimiento a fallos por continuidad.

Fuente: histórico Reportia LAZOS de tutelas.

Análisis de la tendencia.

Comportamiento de 2022 y 2023 (Inicio de la medida administrativa)

- Aumento de la judicialización: Durante el inicio de la medida de intervención forzosa administrativa (31 de mayo de 2022), las tutelas admitidas pasaron de 9.805 en 2022 a 11.363 en 2023, lo que representó un incremento del 15,89% en el volumen anual y un aumento en el promedio mensual de 818 a 947 tutelas.
- Reducción de desacatos: A pesar del alza en tutelas, los incidentes de desacato disminuyeron de 5.150 en 2022 a 4.753 en 2023, reduciendo la tasa de desacatos de 52,52 a 41,83 por cada 100 tutelas.
- Factores explicativos: Este periodo estuvo marcado por fallas asistenciales y administrativas iniciales, inoportunidad en la red prestadora (operadores logísticos y prestadores de alta complejidad) y una alta concentración de solicitudes de tecnologías del Plan de Beneficios en Salud (PBS).

Efecto de los cambios de agente interventor en 2024 y 2025 (Continuidad de la red y planes de mejoramiento)

- Comportamiento en 2024: Con la remoción y designación de nuevo agente interventor en noviembre de 2024 (Resolución 2024320030015028-6), las tutelas admitidas alcanzaron su punto máximo anual con 11.695 casos (variación anual del 2,92% y promedio mensual de 974). Sin embargo, la gestión jurídica sobre las órdenes judiciales permitió reducir los desacatos a 4.229 (tasa de 36,16 por cada 100 tutelas).
- Comportamiento en 2025: Tras un nuevo cambio de agente interventor en noviembre de 2025 (Resolución 2025320030011201-6), se registró un descenso en las tutelas admitidas a 11.121 casos (reducción del -4,91% y promedio mensual de 926). Los desacatos descendieron notablemente a 2.973, ubicando la tasa en 26,73 por cada 100 tutelas.
- Las rotaciones en la intervención que se han dado hasta tres (3) veces en un año, impactaron la continuidad de la red de servicios, ocasionando fragmentación en la prestación y deudas de oportunidad. No obstante, los planes de mejoramiento del componente jurídico lograron una moderación en la entrada de tutelas en 2025 y una efectividad sostenida en la resolución de órdenes para evitar desacatos.
- Sumado a lo anterior la gestión jurídica reforzada por la Sentencia del Consejo de Estado del 30 de enero de 2025, que suspendió las sanciones por desacato durante un año y exigió un plan de priorización asistencial logró reducir progresivamente la tasa de desacatos como de sanciones.

Variación de 2026 (ene - sep) frente al mismo periodo de 2025.

- Cifras registradas en 2026 (ene–sep): Se contabilizaron 9.830 tutelas admitidas, un promedio mensual de 1.092 tutelas y 1.728 incidentes de desacato (tasa de 17,58 por cada 100 tutelas).
- Comparativo ejecutable frente al mismo periodo de 2025 (ene–sep):
  - Tutelas ene–sep 2025: 8.318 tutelas.
  - Tutelas ene–sep 2026: 9.830 tutelas.
  - Variación comparable (ene–sep 2026 vs ene–sep 2025): +18,18% (incremento neto de 1.512 tutelas en el periodo de 9 meses).

- Análisis de la aceleración: El promedio mensual de 2026 (1.092 casos) supera ampliamente el de 2025 (926 casos) y el de cualquier vigencia previa. Esta reactivación del alza (+18,18% acumulado a septiembre) obedece a barreras acentuadas de acceso a citas de medicina especializada y remisiones hospitalarias, fallas en la entrega de medicamentos e insumos (pañales) y un incremento en el seguimiento judicial a fallos de tutela con orden de tratamiento integral.
- Las tecnologías más ordenadas (consultas de primera vez con especialistas, remisiones de pacientes, visitas domiciliarias y pañales) señalan que las causas principales son la oportunidad en la atención especializada, capacidad instalada y la suficiencia de la red, que coinciden con las brechas del Plan de Trabajo: oportunidad en especialidades críticas de 74,0 % (meta 80 %) e incumplimiento de fallos por continuidad de 13,5 % (máximo 3 %). A estas causas se suma la falta de continuidad de lo En conjunto, el valor total pasó de $300.488 millones a $248.276 millones, una reducción de $52.212 millones (-17,38%). La cohorte de Enfermedad Renal Crónica y precursoras concentra la mayor parte del valor, con cerca del 77% del total en ambos periodos. Por eso también explica la mayor parte de la disminución: cae $39.113 millones (-17,01%), lo que equivale a cerca del 75% de la reducción neta. VIH presenta la caída relativa más pronunciada (-35,88%, equivalente a 14.440 millones),y participación el total baja del 13,4% al 10,4%. Artritis Reumatoide Disminuye 21,03% (3.430 millones). Hemofilia y otras coagulopatías es la única cohorte con crecimiento: aumenta $4.771 millones (+34,13%) y su participación sube del 4,7% al 7,6%, lo que compensa parcialmente las reducciones de las demás cohortes. Esclerosis múltiple y Gaucher no registran valores comparables porque no existía norma en el periodo base. Para interpretar estos resultados conviene tener en cuenta que los periodos de corte no son homogéneos entre cohortes (julio-junio para artritis reumatoide y ERC; febrero-enero para hemofilia y VIH). Además, las cifras se presentan en términos nominales, sin ajuste por inflación, entre periodos separados por tres años, por lo que la reducción en términos reales sería aún mayor.s planes de mejoramiento por la rotación de agentes interventores (pregunta 1).

14.2 Comportamiento mensual de 2026

Entre enero y septiembre de 2026 se admitieron **9.826 acciones de tutela** y se recibieron **1.728 incidentes de desacato producto de la evolución de las tutelas admitidas en el periodo.** Las admisiones registraron picos en febrero, marzo y abril (295, 246 y 301). Los desacatos muestran un promedio mensual de 192.

Tabla 30. Tutelas admitidas e incidentes de desacato, enero a septiembre de 2026

Mes	Tutelas admitidas	Incidentes de desacato
Enero	833	182
Febrero	1.091	295
Marzo	1.183	246
Abril	1.230	301
Mayo	1.123	240
Junio	987	190
Julio	1.212	184
Agosto	937	78
Septiembre	1.230	12
Total	**9.826**	**1.728**

Fuente: histórico Reportia LAZOS de tutelas, septiembre de 2026.

Sanciones pagadas: La entidad no ha realizado pagos por sanciones derivadas de acciones de tutela.

Servicios ordenados por vía judicial: entre enero y septiembre de 2026 los fallos ordenaron 16.982 tecnologías, correspondientes a 4.482 tecnologías distintas. Las más frecuentes son insumos de aseo y citas médicas:

Tabla 31. Diez tecnologías más ordenadas en fallos de tutela, 2026

Tecnología	Órdenes	%
Pañal	519	3,06 %
Remisión de paciente	426	2,51 %
Consulta de primera vez por especialista en anestesiología	271	1,60 %
Consulta de primera vez por especialista en oftalmología	245	1,44 %
Atención (visita) domiciliaria por medicina general	197	1,16 %
Consulta de primera vez por especialista en ortopedia y traumatología	194	1,14 %
Consulta de primera vez por medicina general	153	0,90 %
Consulta de primera vez por especialista en medicina interna	125	0,74 %
Consulta de primera vez por especialista en urología	124	0,73 %
Consulta de primera vez por especialista en otorrinolaringología	124	0,73 %
Otras tecnologías	14.604	86,00 %
Total	**16.982**	**100,00 %**

Fuente: drives de gestión de tutelas. El reporte completo se remite en la carpeta 14.

Valor de los servicios ordenados por vía judicial, según lo solicitado

A continuación, se detalla el costo aproximado de las tecnologías y servicios en salud ordenados mediante fallos judiciales tutelados. Es importante precisar que estas cifras constituyen una estimación basada en registros individuales de prestación (RIPS), por lo que no contemplan los servicios ejecutados bajo modalidades de contratación por Cápita o Pago Global Prospectivo (PGP).

TIPO DE SERVICIO	Valor Tecnología Aprox.
Procedimiento	$ 1.763.377.105
Medicamento	$ 845.392.313
Consulta	$ 211.783.613
Otros Servicios	$ 43.009.024
Total general	**$ 2.863.562.055**

Fuente: Elaboración propia (tecnologías en fallo vs base de Rips Auditora de Cuentas)

La concentración del gasto judicial se puede observar que está representado por 91,10% del impacto económico por órdenes judiciales y se concentra en dos categorías principales: Procedimientos (61,58%) y Medicamentos (29,52%).

Nota metodológica: El valor reportado representa un piso tarifario. El impacto financiero real es mayor al incluir la demanda atendida mediante contratos fijos (Cápita y PGP) que no devengan cobro individual por evento en la base de datos RIPS.

PREGUNTA 15

Informe los recursos recibidos o previstos para la EPS en el marco del «plan de choque en salud», las obligaciones que se cubrirán con ellos y el saldo de cartera que quedaría sin cubrir.

Respuesta:

A la fecha, **EMSSANAR EPS no ha recibido recursos del plan de choque en salud** ni tiene montos asignados o comunicados. El único instrumento conocido es el proyecto de resolución del Ministerio de Salud y Protección Social que crea la «Línea de crédito directo plan de choque», publicado para comentarios y aún no expedido. Por esa razón, las cifras que se presentan no corresponden a recursos asignados, sino a una estimación del universo elegible según el borrador, que puede variar con el texto definitivo, la validación del reporte de medicamentos y procedimientos pendientes y la disponibilidad de recursos que defina el Ministerio. Del proyecto se destacan tres aspectos:

1. Los recursos no son una transferencia, sino un **crédito reembolsable** a cargo de la EPS.
2. El crédito solo cubre cartera de pendientes del corte del 1 al 20 de septiembre de 2026 ya entregados, facturados y conciliados; **no cubre la cartera histórica.**
3. La mayor parte de la cartera con la red seguirá dependiendo de las fuentes ordinarias de la EPS.

15.1 Recursos recibidos o previstos

Tabla 32. Condiciones de la línea de crédito según el proyecto de resolución

Concepto	Situación de EMSSANAR EPS	Proyecto
Recursos recibidos	$0. No se ha abierto la línea ni se ha efectuado desembolso.	–
Monto total de la línea	No definido. Lo fijará el Ministerio según la proyección de cierre del aseguramiento 2026, el presupuesto de la URA de la ADRES y la validación del reporte.	Arts. 3 y 4
Cupo máximo para la EPS	No asignado. Se calculará con los pendientes validados del reporte y se prorrateará si los recursos no alcanzan.	Art. 4
Valor potencial elegible	Pendientes del corte 1–20 de septiembre ya entregados, facturados con FEV-RIPS y conciliables.	Arts. 1 y 6
Naturaleza del recurso	Crédito reembolsable de la ADRES; no es subsidio ni aporte.	Considerandos y art. 3
Condiciones financieras	Tasa IPC + 0 %; hasta 12 meses de gracia y hasta 12 cuotas mensuales.	Arts. 3 y 9
Forma de desembolso	Giro directo de la ADRES a prestadores y proveedores; ningún recurso se gira a la EPS.	Art. 6, num. 3
Plazo para solicitar	Hasta el 31 de marzo de 2027 o hasta agotar los recursos.	Art. 3
Garantías	Pagaré con carta de instrucciones y descuento de UPC, presupuestos máximos y otros giros de la ADRES.	Arts. 5 y 7

La medida de intervención no impide a EMSSANAR EPS acceder a la línea: el proyecto solo excluye a las EPS en liquidación o en retiro voluntario (art. 2, parágrafo).

15.2 Obligaciones que se cubrirán

Según el proyecto (arts. 1 y 6), el crédito solo puede pagar facturas que cumplan simultáneamente las siguientes condiciones:

1. Corresponden a medicamentos o procedimientos registrados como pendientes en el reporte entre el 1 y el 20 de septiembre de 2026.
2. La tecnología fue efectivamente entregada o prestada antes de la aprobación y el desembolso.
3. Cuentan con factura electrónica de venta en salud validada (FEV-RIPS) y disponible en SIIFA.
4. Están conciliadas en acta firmada por los representantes legales de la EPS y del acreedor.

5. No han sido pagadas ni giradas por otro mecanismo de la ADRES, ni reconocidas en la Línea de Redescuento de FINDETER.
6. No han sido objeto de negocio jurídico con terceros, como cesión o factoring.
7. No corresponden a tecnologías reconocidas por el mecanismo de recobros.

Tabla 33. Obligaciones potencialmente cubiertas

Obligación potencialmente cubierta	Acreedores	Cantidad pedientes presentados
Medicamentos pendientes del corte, ya dispensados y facturados	Gestores farmacéuticos y proveedores	3.583
Procedimientos pendientes del corte, ya prestados y facturados	IPS públicas y privadas	99.094
Total potencial elegible en pendientes		102.677

El valor que finalmente se cubra será el menor entre el valor elegible conciliado y el cupo que asigne el Ministerio.

15.3 Actuaciones de EMSSANAR EPS frente al plan de choque

- **Reporte de pendientes.** La Entidad elabora el reporte semanal de medicamentos y procedimientos pendientes solicitado por el Ministerio, con la participación de las áreas de Medicamentos, Autorizaciones y Operativización y Acceso, y seguimiento especial a los pacientes con tutela integral.
- **Dificultades de cargue.** Los cargues del reporte en la plataforma PISIS no se han podido completar por fallas técnicas. La Entidad solicitó a la Viceministra de Protección Social, doctora Marcela Brun Vergara, una mesa técnica y la habilitación del cargue, dado que el cupo del crédito se calculará con base en el reporte validado (art. 4).
- **Comentarios al proyecto de resolución.** La Entidad presentó observaciones al Ministerio y a la ADRES, en las que solicitó, entre otros puntos: ampliar el corte más allá del 20 de septiembre de 2026; permitir desembolsos sucesivos hasta el 31 de marzo de 2027; incluir tecnologías financiadas con presupuestos máximos y tutelas integrales; admitir facturas con glosa parcial y facturas cedidas; y ampliar el plazo de amortización con un tope mensual a los descuentos.

El monto que finalmente llegue a la red dependerá de la expedición de la resolución, de la acogida de estas solicitudes y del cupo que asigne el Ministerio. EMSSANAR EPS informará a la Comisión las cifras definitivas una vez se expida el acto y la ADRES comunique el cupo.

Por otro lado me permito informar que EMSSANAR EPS S.A.S. dispone de la información solicitada, la cual ha sido organizada y dispuesta para su consulta y revisión en el siguiente enlace de Google Drive: Citación a debate Control Político.

La Información se encuentra organizada de conformidad con la estructura establecida en el requerimiento, mediante carpetas identificadas con la numeración correspondiente a los quince (15) preguntas del cuestionario y sus respectivos numerales.

En consecuencia, se remite el repositorio señalado para la consulta, verificación y análisis de la información.

De esta manera, EMSSANAR EPS S.A.S. da respuesta al cuestionario remitido por la Comisión Tercera Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes. Cualquier aclaración sobre la información

contenida en esta comunicación o en los anexos cargados en el repositorio de Google Drive, será atendida oportunamente por el equipo de trabajo de la Entidad. Reiteramos nuestra disposición para colaborar con el ejercicio de control político que adelanta la Comisión.

Cordialmente,

JAVIER ALONSO ÁLVAREZ SÁNCHEZ
Agente Especial Interventor
EMSSANAR EPS S.A.S.

Proyectó: Deisy Carolina Gonzáles Rojas - Vicepresidente de Salud
Jesús Adolfo Sandoval Pérez - Vicepresidente de Operaciones Financieras

Comisión Tercera <comision.tercera@camara.gov.co>

Respuesta de EMSSANAR EPS S.A.S. al«Cuestionario interventores EPS».

1 mensaje

Gerencia General Emssanar EPS <gerenciageneral@emssanareps.co> 21 de octubre de 2026 a las 5:53 p.m.

Para: comision.tercera@camara.gov.co
CC: AGENTE INTERVENTOR <agenteinterventor@emssanareps.co>, DIANA CAROLINA VALENCIA MELENDEZ <dianavalencia@emssanareps.co>, SANDRA PATRICIA OROZCO SEÑA <sandraorozco@emssanareps.co>, BEATRIZ CORTES GAITAN <beatrizcortes@emssanareps.co>

San Juan de Pasto, 20 de octubre de 2026

Doctor
NÉSTOR EDUARDO IMBETT HERAZO
Secretario General
Comisión Tercera Constitucional Permanente
Cámara de Representantes
comision.tercera@camara.gov.co
Bogotá D.C.

Referencia: Oficio CTCP-3.3-417-C-26 del 15 de octubre de 2026. Proposición N.° 010 del 30 de septiembre de 2026. Citación a debate de control político «Sobre la desfinanciación y la crisis del sistema de salud».

Asunto: Respuesta de EMSSANAR EPS S.A.S. al «Cuestionario interventores EPS».

Respetado doctor Imbett,

JAVIER ALONSO ÁLVAREZ SÁNCHEZ, identificado con cédula de ciudadanía N.° 98.868.462 de Pereira, actuando en calidad de Agente Especial Interventor y representante legal de EMSSANAR EPS S.A.S., NIT 901.021.565-8, designado por la Superintendencia Nacional de Salud mediante la Resolución N.° 2026300000008979-6 del 2 de septiembre de 2026, de manera respetuosa doy respuesta al cuestionario dirigido a los agentes interventores de las EPS, adicionado a la Proposición N.° 010 de 2026 y remitido mediante el oficio de la referencia, en los términos del artículo 249 de la Ley 5ª de 1992 y conforme a lo expuesto en el documento adjunto.

La información solicitada se encuentra organizada para su consulta y revisión en el siguiente enlace de Google Drive: Citación a debate Control Político.

Agradezco su amable atención,

Atentamente,

Javier A. Alvarez S.
Agente Interventor
Gerencia General
EMSSANAR EPS S.A.S.

gerenciageneral@emssanareps.co
emssanareps.co

emssanar Vigilado Supersalud

Aviso Legal: Este correo electrónico y sus anexos pueden contener información confidencial de EMSSANAR EPS S.A.S., incluyendo datos personales protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 y normas concordantes. Está dirigido exclusivamente a su destinatario. Si usted no es el destinatario, por favor

18

informe al remitente y elimine el mensaje; cualquier uso o divulgación no autorizada está prohibida.

RESPUSTA REQUERIMIENTO COMISIÓN 6TA DE CR_EMSSANAR EPS SAS_.pdf
2038K