

Que de conformidad con lo establecido en el Decreto 708 del 6 de marzo de 2009, el salario devengado por un Directivo Código 0015 Grado 25, era de siete millones quinientos setenta y ocho mil ochocientos sesenta y cinco pesos (\$7.578.865.00), correspondiente al cargo de Gerente y de Gerente Liquidador.

Que de acuerdo con el artículo 49 del Código Contencioso Administrativo y de conformidad con el pronunciamiento del 28 de julio de 1994, con Radicación 624 de la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, los actos mediante los cuales el Presidente de la República da cumplimiento a una sanción disciplinaria a instancias de la autoridad competente, son de ejecución y contra los mismos no procede recurso alguno.

Que en mérito de lo expuesto,

DECRETA:

Artículo 1°. Ejecútese la sanción impuesta al doctor Augusto Moreno Barriga, identificado con la cédula de ciudadanía número 79.156.418, en su calidad de Gerente de Cajanal EICE para la época de los hechos, consistente en suspensión por el término de ocho (8) meses, la cual debe convertirse en salarios devengados para el año 2009, suma que asciende a un total de sesenta millones seiscientos treinta mil novecientos veinte pesos (\$60.630.920.00).

Artículo 2°. Ejecútese la sanción impuesta a la doctora Julia Gladys Rodríguez D'Alemán identificada con la cédula de ciudadanía número 41.654.894, en su calidad de Gerente Liquidadora de Cajanal EICE en Liquidación, consistente en suspensión por el término de dos (2) meses, la cual debe convertirse en salarios devengados para el año 2009, suma que asciende a un total de quince millones ciento cincuenta y siete mil setecientos treinta pesos (\$15.157.730.00).

Artículo 3°. Efectúense, por intermedio de la Oficina competente de Cajanal EICE en Liquidación, las diligencias necesarias para hacer efectiva la sanción, haciendo los registros en la hoja de vida del sancionado y archivando copia del presente decreto, del fallo sancionatorio y de las providencias referidas al mismo, para que obren como antecedente disciplinario.

Artículo 4°. Comuníquese el presente decreto a la Procuraduría General de la Nación, por intermedio del Gerente Liquidador de Cajanal EICE en Liquidación.

Artículo 5°. El presente decreto rige a partir de la fecha de su expedición.

Publíquese, comuníquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 12 de mayo de 2011.

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN

El Ministro de la Protección Social,

Mauricio Santa María Salamanca.

SUPERINTENDENCIAS

Superintendencia Nacional de Salud

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 00801 DE 2011

(mayo 11)

por la cual se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa de Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo, NIT 800.250.119-1, y se fija un término.

El Superintendente Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones legales y reglamentarias que le confieren el parágrafo 2° del artículo 230 y el parágrafo 2° del artículo 233 de la Ley 100 de 1993, el artículo 22 de la Ley 510 de 1999, los incisos 1°, 2°, 5° y 7° del artículo 68 de la Ley 715 de 2001, los artículos 35, 36, los numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6 del artículo 37, literales c), e), f) del artículo 4° de la Ley 1122 de 2007, el artículo 124 de la Ley 1438 de 2011, el artículo 116 del Decreto-ley 663 de 1993, el artículo 1° del Decreto 1015 de 2002, el artículo 1° del Decreto 736 de 2005, y en especial con el artículo 1°, el artículo 3°, los numerales 1, 6 y 8 y el parágrafo del artículo 4°, el artículo 5°, los numerales 1, 3, 4, 5, 8, 10, 12, 13, 14, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 34, 38, 40, y 42 del artículo 6°, numerales 9, 13, 22, 23, 25, y 42 del artículo 8° del Decreto 1018 de 2007.

CONSIDERANDO:

1. Consideraciones generales y competencias de la Superintendencia Nacional de Salud

1.1 La seguridad social en la Carta Política

El artículo 48 de la Constitución Política dispone que la seguridad social es un servicio público. Esta característica también es resaltada respecto de los servicios de atención en salud y saneamiento ambiental (artículo 49 *ibidem*).

Aunque hay quienes propugnan por la eliminación de un concepto que consideran ambiguo como el de servicio público, y de paso el de servicio público esencial¹, nuestro ordenamiento utiliza estas locuciones prolíficamente con miras a destacar su importancia dentro de un Estado social de derecho. En efecto, la circunstancia de que un ordenamiento de esta trascendencia se ocupe del tema obedece a la identidad, ya antigua, entre el Estado y la prestación de servicios públicos. No se puede perder de vista que con el inicio del siglo pasado, la visión del Estado regulador sufrió una paulatina transformación hacia el Estado

¹ Este concepto atiende las recomendaciones de la OIT en materia laboral de tal forma que no se pervierta el derecho de huelga, cercenado por lo que se denominó como la piel de zapa de ese derecho dentro del conflicto colectivo.

interventor (v.g. Estado benefactor u hoy en día, estado social - liberal, etc.)² y, en cuanto tal, le resultó legítimo prestar ciertos servicios, establecer normas de calidad y cobertura, amparar a franjas de población desprovistas de los mismos, reglamentar los mercados que ellos generan, entre otros aspectos.

Con el paso del tiempo, los servicios públicos pasaron a ser un atributo del ciudadano, un criterio de identificación del mismo y un propósito global de todos los Estados para garantizar su acceso. En la década del 70 fue común hallarlos acompañados de la expresión “*necesidades básicas satisfechas*”. Los elementos de generalidad, igualdad, continuidad, obligatoriedad, propios de este concepto, se predicaban de todos los habitantes de la Nación.

Según la Corte Constitucional, el derecho a la salud se ha definido como un derecho irrenunciable, universal, inspirado en los principios constitucionales del Estado Social de Derecho, solidaridad y dignidad humana, que persiguen el cumplimiento material y efectivo de las garantías constitucionales. En este sentido, la seguridad social es un servicio público sujeto a lo dispuesto en el artículo 365 de la Constitución que los define como inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a los habitantes del territorio nacional.

El tema de la Seguridad Social ha sido tomado por el artículo 48 de la Constitución Política, que establece que, es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.

Así las cosas, se garantiza a todos los habitantes del territorio el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley.

Le corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. En este sentido, la Ley 100 de 1993 creó el Sistema de Seguridad Social en Salud para garantizar la salud con énfasis en la promoción y la prevención para que todos los habitantes del país tengan acceso a los servicios de salud.

1.2 Del Sistema de Seguridad Social Integral

A partir de la expedición de la Ley 10 de 1990, con un claro enfoque de organización y descentralización de la prestación de servicios de salud en el sistema de salud, la Ley 60 de 1993 y la definición explícitas de competencias en los niveles territoriales, y finalmente la Ley 100 de 1993, que crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la prestación de los servicios de salud se sustenta en un esquema descentralizado, con la activa participación del sector privado. El mismo se basó en un sistema de aseguramiento en un ambiente de competencia regulada por el Estado, a fin de que los individuos reciban la atención en salud, de acuerdo con los criterios establecidos en el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia³.

Las Leyes, 100 de 1993, 715 de 2001, 812 de 2003, 1122 de 2007 y 1151 de 2007, mediante el régimen de competencias, y los recursos, establece una nueva organización administrativa y financiera de los servicios de salud en el país, otorga protagonismo y autonomía a las autoridades locales y regionales de salud al tiempo que establece los porcentajes de inversión a estas instancias, para el desarrollo de la atención a la población.

La Ley 100 de 1993 introdujo cambios en la forma de financiamiento de los prestadores públicos y privados de los servicios de salud. Se pasó de un sistema de transferencia de recursos a uno de financiación por medio de la venta de servicios, profundizando de esta manera, la competencia entre el sector público y el privado con el Estado como regulador.

En este sentido, y como lo reconoce la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional: “4.1.6. El Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su conjunto, es un servicio público esencial. Es además un “servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control están a cargo del Estado” (artículo 4°, Ley 100 de 1993).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud se basa en los principios de universalidad, equidad, obligatoriedad protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, subsidiariedad, complementariedad participación social, participación ciudadana, concertación, calidad e integración funcional.

² Cfr., Nelly CORREDOR y Édgar GONZÁLEZ, *Servicios Públicos Domiciliarios e intervención del Estado*, en ECONOMÍA COLOMBIANA, N° 174, octubre de 1985. Sobre el mismo tema, Francisco J. OCHOA, *SERVICIOS PÚBLICOS E INTERVENCIÓN DEL ESTADO*, PNUD, Bogotá 1990. No se puede pasar por alto que la teoría del servicio público está en los pliegos mismos del Estado interventor. Cfr., Fernando ROJAS y Jorge Iván GONZÁLEZ, *ECONOMÍA DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS, UNA VISIÓN ALTERNATIVA*, Cinep, Bogotá, 1988, pág. 84.

³ “La atención de salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección, y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir, y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de la salud y la de su comunidad”. Artículo 49 de la Constitución.

El sistema crea la operación y gestión del proceso de aseguramiento y la prestación directa de servicios en los denominados Prestadores de Servicios de Salud. Adicionalmente crea dos instrumentos que determinan la canasta de servicios a asegurar y su costo promedio por persona año, el Plan Obligatorio de Salud y la Unidad de Pago por Capitación.

Lo novedoso del sistema consiste en la división y especialización de las funciones de dirección y control, afiliación, gestión y aseguramiento y prestación directa de servicios en entidades con autonomía administrativa y financiera que independiente de su naturaleza pública o privada realizan sus funciones con criterios de eficiencia empresarial, calidad de los servicios, integración funcional y rentabilidad económica.

La Ley de Seguridad Social, que reforma el Sistema de Salud en Colombia, tiene entre otros propósitos resolver problemas de inequidad en el acceso a los servicios y mejorar la calidad en la prestación de los mismos; enfrentar la desarticulación entre las diferentes instituciones (inadecuada coordinación y complementariedad) y la debilidad de la estructura institucional y administrativa.

Ampliar la cobertura de atención en salud a los grupos de población más necesitados requiere esfuerzos encaminados a modificar los múltiples factores que han incidido históricamente en su restricción; entre ellos sobresalen las dificultades de acceso geográfico, cultural y económico; aquellas propias del desarrollo del sistema de salud en el país, la inequidad en la distribución de recursos entre las regiones y la intermediación entre aseguradores y los operadores primarios del servicio de salud. La atención en salud se constituye en un servicio básico que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida acorde a la dignidad humana al punto que se le ha otorgado el rango de derecho fundamental.

El Estado colombiano a través del Ministerio de Salud, hoy de la Protección Social y en desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política provee las herramientas para la oferta y establece la seguridad social en salud a la población del territorio nacional a través de la Ley 100 de 1993.

El sistema de salud existente, previo a la vigencia de la Ley 100 de 1993 se caracterizaba por la falta de universalidad, solidaridad y eficacia en sus distintas acciones, reflejada básicamente la insuficiente cobertura de la población para la atención de su salud, el centralismo y rigidez para la prestación de sus servicios, la escasa capacidad resolutoria de los servicios, y la inexistencia del trabajo intersectorial, entre otros factores, que llevaron a que el sistema en salud fuera profundamente inefectivo.

De esta manera, la Constitución Política de 1991 establece en su contenido el derecho a la salud y la Seguridad Social en Salud como derecho irrenunciable de los Colombianos y como servicios públicos obligatorios, garantizando para ello a todas las personas los servicios de promoción, protección y recuperación de su salud, con una organización descentralizada de los servicios, dada por los diferentes niveles de atención, con la participación de los agentes públicos y privados y *"con la plena participación de la comunidad"*.

La Carta Constitucional de 1991, en el artículo 48 dispone, la creación del Sistema de Seguridad Social Integral, concediéndole la Dirección, Coordinación y Control a cargo del Estado colombiano.

El legislador a través de las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 y 1176 de 2007, y 1438 de 2011, desarrolla el Sistema de Seguridad Social Integral, entendido como la totalidad de instituciones, normas y procedimientos, de que dispone la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollan para proporcionar la cobertura integral de los riesgos, especialmente las que afectan la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. Para estos efectos, se considera al sistema como un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, conformado por los regímenes establecidos por el legislador.

En desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política y conforme al artículo 2º del Decreto 806 de 1998, el Estado garantiza el acceso a los servicios de salud y regula el conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad.

Al Estado le corresponde garantizar este conjunto de beneficios en forma directa o a través de terceros con el objeto de proteger de manera efectiva el derecho a la salud. Estos se agrupan en cinco tipos de planes diferentes a los cuales se accede dependiendo de la forma de participación en el Sistema. Dicha participación se efectúa en calidad de afiliado cotizante, como afiliado beneficiario, como afiliado subsidiado, o como pobre no asegurado o como pobre en actividades no cubiertas por subsidios a la demanda.

En desarrollo de la orden emanada por la Carta Fundamental se establece la creación y organización de la Ley 100 de 1993 o la Ley del Sistema Integral de Seguridad Social, en cuyo contenido se establece la presencia de 5 libros que consignan, el derecho a la Seguridad Social en Pensiones, en Salud, en Riesgos Profesionales, en Servicios complementarios y lo concerniente a la consideración de regímenes de excepción, tales como las Fuerzas Armadas y Militares de Colombia, los trabajadores del Fondo del Magisterio Público, y los servidores públicos de Ecopetrol, a quienes no les aplica la Ley de Seguridad Social; siendo su segundo libro el Sistema General de Seguridad Social en Salud el encargado de la reforma del Sistema de Salud colombiano a operar a partir de la promulgación de la Ley 100 de 1993.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud se basa en los principios de universalidad, equidad, obligatoriedad protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, subsidiariedad, complementariedad participación social, participación ciudadana, concertación, calidad e integración funcional.

El sistema crea un sistema de operación y gestión del proceso de aseguramiento un sistema de prestación directa de servicios denominado Prestadores de Servicios de Salud. Adicionalmente crea dos instrumentos que determinan la canasta de servicios a asegurar y su costo promedio por persona año, el Plan Obligatorio de Salud y la Unidad de Pago por Capitación.

Lo novedoso del sistema consiste en la división y especialización de las funciones de dirección y control, afiliación, gestión y aseguramiento y prestación directa de servicios en entidades independientes con autonomía administrativa y financiera que independiente de su naturaleza pública o privada realizan sus funciones con criterios de eficiencia empresarial, calidad de los servicios, integración funcional y rentabilidad económica.

El SGSSS asegura internamente su equilibrio contraponiendo la racionalidad económica de los aseguradores con la de los prestadores directos u operadores primarios de los servicios de salud, en el sentido de que los primeros obtienen su rentabilidad en relación inversa con el número de casos atendidos, vale decir, en el espíritu de la ley en el número de casos prevenidos y los segundos, los prestadores obtienen su rentabilidad a medida que crecen los casos atendidos.

La Ley de Seguridad Social, que reforma el Sistema de Salud en Colombia, tiene entre otros propósitos resolver problemas de inequidad en el acceso a los servicios y mejorar la calidad en la prestación de los mismos; enfrentar la desarticulación entre las diferentes instituciones (inadecuada coordinación y complementariedad), y la debilidad de la estructura institucional y administrativa.

Ampliar la cobertura de atención en salud a los grupos de población más necesitados requiere esfuerzos encaminados a modificar los múltiples factores que han incidido históricamente en su restricción; entre ellos sobresalen las dificultades de acceso geográfico, cultural y económico; aquellas propias del desarrollo del sistema de salud en el país, la inequidad en la distribución de recursos entre las regiones y la intermediación entre aseguradores y los operadores primarios del servicio de salud. La atención en salud se constituye en un servicio básico que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida acorde a la dignidad humana al punto que se le ha otorgado el rango de derecho fundamental.

El Estado colombiano a través del Ministerio de Salud, hoy de la Protección Social y en desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política provee las herramientas para la oferta y establece seguridad social en salud a la población del territorio nacional a través de la Ley 100 de 1993.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud se constituye en el nuevo paso de organización en salud en el territorio nacional bajo la consigna del aseguramiento, la afiliación y la atención de la población del territorio nacional en cumplimiento, de los principios de solidaridad, universalidad, eficiencia y equidad en la prestación de servicios de salud, el cual debe brindarse con oportunidad, calidad y accesibilidad y cubrimiento en el territorio nacional a través de:

- El Régimen Contributivo, creado para la afiliación y aseguramiento en salud de la población con capacidad de pago para pagar su salud.
- El Régimen Subsidiado organizado para la afiliación y aseguramiento de la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago para pagar su salud.
- La atención de la población pobre no asegurada, establecida para atender a la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago para pagar su salud no afiliada por ningún sistema de salud.

Conforme lo consagrado en la Ley 100 de 1993, sobre la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud, este se compone de aseguradoras, administradoras y prestadores de servicios de salud.

La Ley 100 de 1993 delimita la estructura y el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, al cual le otorga como propósito fundamental garantizar el acceso universal a los servicios de salud, al tiempo que le establece un diseño institucional que asigna al Estado las labores propias de la regulación e introduce nuevos mecanismos de financiamiento y provisión de servicios. Es así como la estructura del sistema queda definida en ocho núcleos funcionales interdependientes:

I. La Dirección y Rectoría, en cabeza del Gobierno Nacional, el Ministerio de la Protección Social y la Comisión de Regulación en Salud, CRES, quienes dictan las reglas básicas para garantizar la operación del sistema.

II. El Financiamiento a través de: El Fondo de Solidaridad y Garantía –Fosyga, que reúne los recursos provenientes de las contribuciones y algunos recursos fiscales–; y de los Fondos Locales, Distritales y Departamentales de Salud que reúnen los recursos provenientes de las transferencias territoriales, recursos del orden nacional y recursos de cofinanciación y los recursos del orden territorial: Cubren la prima del seguro y otros gastos de salud para la población afiliada.

III. El Aseguramiento en salud, que opera en un mercado de competencia regulada a través de las Entidades Promotoras de Salud –EPS–, Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, los Regímenes Especiales o Excepcionales en Salud, las Entidades que Ofrecen Planes Adicionales de Salud.

IV. La Administración de la Salud, organizada a través de las Direcciones Territoriales de Salud, en función de la garantía en la atención de los servicios de salud.

V. La Prestación de Servicios de Salud, mediante los Prestadores de Servicios de Salud - PSS.

VI. La Inspección, Vigilancia y Control, en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Salud, INS, e Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima.

VII. La Jurisdicción de la Salud, esto es, los jueces de la salud, en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud.

VIII. La Conciliación extrajudicial en Salud, que podrá ser adelantada ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Debe tenerse en cuenta que de acuerdo con lo definido por el literal b) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993, todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos

propios de los entes territoriales. La Ley 100 de 1993 en su artículo 157 y el artículo 25 del Decreto 806 de 1998, establece entonces, los tipos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, manifestando que a partir de la sanción de la Ley 100 de 1993, todo colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud, unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados hoy población pobre no asegurada.

El sistema estructura dos modalidades de afiliación a la seguridad social en salud; el régimen contributivo y el régimen subsidiado y crea un sistema de financiamiento, nacional organizado alrededor del Fondo de Solidaridad y garantía y de los Fondos Territoriales de Salud, un sistema de operación y gestión del proceso de aseguramiento y prestación de servicios denominado, Entidades Promotoras de Salud y un sistema de prestación directa de servicios denominado Prestadores de Servicios de Salud. Adicionalmente crea dos instrumentos que determinan la canasta de servicios a asegurar y su costo promedio por persona año, el Plan Obligatorio de Salud y la Unidad de Pago por Capitalización.

El propósito fundamental del sistema, el aseguramiento constituye la principal herramienta de acceso universal de la población a los servicios de salud, delegando en las EPS la administración del riesgo de salud de los afiliados; la EPS hace el papel de articulador entre la población y los prestadores, y entre el financiamiento y la prestación, ya que es el conducto de canalización de los recursos hacia la órbita de la prestación de servicios de salud.

Este diseño institucional plantea un sistema de salud que separa el aseguramiento de la prestación de servicios, con medidas de regulación para que cada función se realice en condiciones de competencia y para que el flujo de recursos desde el aseguramiento hacia la prestación se canalice mediante mecanismos de negociación.

La Ley 100 de 1993 estableció la libertad de elección por parte de los usuarios o afiliados del seguro, quienes pueden decidir a qué EPS se afilian y cambiar de asegurador en los términos previstos en la norma; además, también tienen la facultad para elegir, entre las opciones que el asegurador le presente, el prestador de servicios al cual quiere acudir al momento de hacer uso del seguro.

El Estado colombiano a través del Ministerio de Salud, hoy de la Protección Social y en desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política provee las herramientas para la ofertas y establece seguridad social en salud a la población del territorio nacional a través de la Ley 100 de 1993. Bajo su división en dos regímenes el “Contributivo y el Subsidiado”, transformando el esquema tradicional en salud y generando como resultado el subsidio a la demanda y la transformación del Subsidio de la oferta, que beneficiará a la población pobre y vulnerable clasificada en los listados censales y a la población pobre y vulnerable identificada en los niveles Uno (1), Dos (2) y Tres (3) de la Encuesta del Sisbén de cada municipio.

1.2.1 Ingreso al Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS

Debe tenerse en cuenta que de acuerdo con lo definido por el literal b) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993, todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales.

La Ley 100 de 1993 en su artículo 157 y el artículo 25 del Decreto 806 de 1998, establece entonces, los tipos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, manifestando que a partir de la sanción de la Ley 100 de 1993, todo colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados hoy población pobre no asegurada.

Existen entonces dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

- Los afiliados al Sistema mediante el Régimen Contributivo. Son las personas vinculadas a través de contratos de trabajo, los pensionados, los servidores públicos, los jubilados, los asociados a Cooperativas de Trabajo Asociado, y los trabajadores independientes informales y formales (estos últimos llamados contratistas).

- Los afiliados al Sistema mediante el Régimen Subsidiado. Son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Será subsidiada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana del país.

Y una transitoriedad en el sistema.

- La prestación de los servicios de salud a la población pobre no asegurada.

1.2.1.1 El Régimen Contributivo

Ahora bien, en virtud de lo expuesto anteriormente, son afiliados obligatorios al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, todas las personas vinculadas mediante contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago.

Uno de los principios constitucionales y legales que reglan el servicio de la seguridad social, es la solidaridad, la cual es entendida como la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio de más fuerte hacia el más débil.

Teniendo en cuenta lo anterior, se han expedido con respecto al régimen contributivo normas que reglamentan su funcionamiento, las cuales consagran el ingreso base de cotización por el cual sus afiliados obligatorios deben aportar al Sistema General de Seguridad Social en Salud; para el efecto, en estas normas no se permite la posibilidad de cotizar sobre una base inferior al salario mínimo legal, porque se ha considerado que esta es la suma mínima con la cual los aportantes con capacidad de pago entran a financiar los servicios de salud de la población pobre, en cumplimiento del principio de la solidaridad antes señalado.

1.2.1.2 El Subsidio de la Salud

Es el conjunto de normas que rigen el ingreso o la atención de las personas sin capacidad de pago y su núcleo familiar al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se encuentra conformado por dos tipos de Subsidios, a través de los cuales se busca o la afiliación de la población pobre y vulnerable al SGSSS (**Subsidio a la demanda**), y/o la atención directa de servicios de salud a la población pobre y vulnerable no afiliada a ningún sistema de salud, en el SGSSS (**Subsidio a la Oferta**).

1.3 Sistema de Inspección, Vigilancia y Control⁴

La Ley 1122 de 2007, crea el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, sin perjuicio de las facultades asignadas al Instituto Nacional de Salud, INS, y al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima.

Dentro del proceso normativo, se ha pasado de un proceso de descentralización territorial definido por la Ley 10 de 1990, la Ley 60 de 1993 y la Ley 100 de 1993, a un proceso de departamentalización de la Salud con Ley 715 de 2001, y por último, con Ley 1122 de 2007 a un proceso de Nacionalización – Centralización de la salud de vigilancia y control del SGSSS en cabeza de la SNS.

1.3.1 Inspección⁵

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

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

1.3.2 Vigilancia⁶

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

1.3.3 Control⁷

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

1.4 La Superintendencia Nacional de Salud⁸

De conformidad con los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, la Seguridad Social en su componente de atención de la salud es un servicio público de carácter obligatorio, que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

En virtud de los artículos 115 y 150 de la Carta Política, las Superintendencias desempeñan funciones de vigilancia e inspección de las entidades sujetas a su control. Las Superintendencias ejecutan específicamente las funciones para las cuales fueron creadas por la ley y que son propias del Presidente de la República. Además, están investidas de autonomía jurídica, administrativa y financiera.

Por mandato del artículo 154 de la Ley 100 de 1993, el Estado intervendrá en el servicio público de Seguridad Social en Salud, con el fin de garantizar los principios consagrados en nuestra Carta Política y en los artículos 2º y 153 de la citada ley.

La incidencia del Estado Social de Derecho en la organización política puede ser descrita tanto desde una perspectiva cuantitativa como a través de un crisol cualitativo. Lo primero entendido como el Estado Bienestar y el segundo bajo el tema del Estado constitucional democrático. Así lo ha indicado la Corte Constitucional en uno de los primeros fallos en que tuvo la oportunidad de dimensionar la estructura concebida a raíz de la expedición de la Constitución de 1991:

“a) Como Estado Bienestar comprendido como un complejo aparato político-administrativo, jalonador de toda la dinámica social. Desde este punto de vista el Estado social se define como el Estado que garantiza estándares mínimos de salario, alimentación, salud, habitación, educación, asegurada para todos los ciudadanos bajo la idea de derecho y no simplemente de caridad...” (H.L. Wilensky, 1975).

Este concepto se recoge en el artículo 366 de la C. P. que dice: “El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y agua potable. Para tal efecto en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación”.

b) El Estado constitucional democrático ha sido la respuesta jurídico-política derivada de la actividad intervencionista del Estado. Dicha respuesta está fundada en nuevos valo-

⁴ Artículo 36, Ley 1122 de 2007.

⁵ Literal a), artículo 35, Ley 1122 de 2007.

⁶ Literal b), artículo 35, Ley 1122 de 2007.

⁷ Literal c), artículo 35, Ley 1122 de 2007.

⁸ Artículo 1º, Decreto 1018 de 2007.

res - derechos y se manifiesta institucionalmente a través de la creación de mecanismos de democracia participativa, de control político y jurídico en el ejercicio del poder y sobre todo, a través de la consagración de un catálogo de principios y derechos fundamentales que inspiran toda la interpretación y el funcionamiento de la organización política. Citado en **Corte Constitucional**, Sentencia T-406 de 5 de junio de 1992, M. P. *Ciro Angarita Barón*. Resaltado en el texto”.

En general, las Superintendencias han sido concebidas para velar por la adecuada prestación de servicios públicos, en aspectos, tales como la naturaleza y organización de los prestadores de los mismos. Como punto común a todas ellas está el propósito de brindar confianza a los extremos de las relaciones jurídicas que allí se establecen. En virtud de que muchas de ellas no son mencionadas expresamente en nuestro ordenamiento constitucional, es el legislador, en desarrollo de la facultad contenida en el numeral 7 del artículo 150 C. Pol., el facultado para crear estos organismos, “señalando sus objetivos y estructura orgánica”. Tales reparticiones en la administración pública se han especializado en el desarrollo de lo que tanto en la jurisprudencia como en la doctrina se conoce como función de policía administrativa en la generalidad del término y no exclusivamente ligada a un cuerpo armado destinado a preservar el orden en las ciudades por oposición al concepto de Fuerzas Militares.

En torno a su definición, Laubadère la caracteriza como:

“[...] una forma de intervención que ejercen ciertas autoridades administrativas y que consiste en imponer limitaciones a las libertades a los individuos, con el propósito de asegurar el orden público (Manual de Derecho Administrativo, André de Laubadère, Ed. Temis, Bogotá 1984, pág. 197. En el mismo sentido, Georges Vedel, en Derecho Administrativo, Biblioteca Jurídica Aguilar, Madrid 1980)”.

El concepto de policía administrativa tiene, pues, una orientación garantista del orden público. Esta labor implica una serie de fases, herramientas y mecanismos con base en los cuales la misma sea atendida. De allí que a la par de funciones de seguimiento e inspección existan otras relacionadas con las sanciones, así como algunas que tienen que ver con la autorización y finalización de los operadores del sistema.

Al respecto, ha afirmado la Corte Constitucional:

“Las Superintendencias, de acuerdo con lo expuesto, tienen un incuestionable fundamento constitucional y, fuera de otras tareas que les confíe la ley, ejercen ciertas funciones asignadas al Presidente de la República, dentro de las que se cuentan las relativas a la inspección, vigilancia y control sobre las entidades dedicadas a las actividades referidas en el numeral 24 del artículo 189 superior, así como sobre las cooperativas y sociedades mercantiles, conforme a la misma norma.

Importa destacar que las funciones de inspección, vigilancia y control a las que se acaba de hacer referencia, deben llevarse a cabo por las Superintendencias encargadas, bajo la orientación del Presidente de la República que es el titular de las respectivas competencias y, en todo caso, con absoluto ceñimiento a las pautas contenidas en la ley, ya que el numeral 24 del artículo 189 de la Constitución Política ordena que el ejercicio de las funciones allí consagradas se efectúe ‘de acuerdo con la ley’ y, en armonía con ese mandato, el artículo 150-8 superior otorga al Congreso la facultad de ‘Expedir las normas a las cuales debe sujetarse el Gobierno para el ejercicio de las funciones de inspección y vigilancia que le señala la Constitución’”.

Se deduce de los anteriores predicados que el desempeño de las competencias atribuidas a algunas Superintendencias en lo atinente a la inspección, vigilancia y control está condicionado a la cabal observancia de las directrices que la ley trace con arreglo a criterios estables que, sin embargo, no impiden la actuación ágil y oportuna de estos organismos, encargados de verificar en la práctica la transparencia de las operaciones sometidas a su escrutinio, ni enervan la flexibilidad por estos requerida para hacer efectivos en las situaciones concretas los postulados constitucionales y legales, todo lo cual exige que se los dote de los instrumentos y de las atribuciones necesarias (**Corte Constitucional**, Sent. C-233 de 15 de mayo de 1997, M. P. Fabio Morón Díaz).

Concordante con lo anterior, el Presidente de la República, en atención a lo establecido en el artículo 211 de la Constitución Política, delegó en el Superintendente Nacional de Salud, la facultad de inspección, vigilancia y control del Sector Salud.

Al respecto, se pronunció la Corte Constitucional, en Sentencia C-561 de 1999, así:

“La delegación en las superintendencias, que realice el Presidente de la República, en virtud de autorización legal, no vulnera la Constitución Política, por cuanto, como se dijo, el acto de delegación es un mecanismo del manejo estatal, al cual, puede acudir legítimamente el Presidente de la República, con el objeto de racionalizar la función administrativa. Al contrario, la Corte considera, que el acto de delegación se constituye, en un mecanismo válido y eficaz, para hacer efectivos los principios consagrados en la Carta Política, tendientes al cumplimiento y agilización de la función administrativa, en aras del interés general. En efecto, el artículo 209 Superior, señala que la función administrativa está al servicio de los intereses generales y, se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones”.

En concordancia con lo anterior, en Sentencia C-921 de 2001 con ponencia del Magistrado Jaime Araújo Rentería, la Corte Constitucional sostuvo que “la vigilancia y control de la Seguridad social corresponde al Presidente de la República, labor que cumple por intermedio de la Superintendencia de Salud”.

Consecuencia de lo expuesto, corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo.

La Superintendencia Nacional de Salud ejerce la inspección, vigilancia y control sobre los sujetos que tienen a su cargo la gestión de recursos públicos destinados a la prestación de servicios en el Sistema de Seguridad Social en Salud. Para tal fin, ejerce una serie de

atribuciones y facultades, entre las que se encuentra la de sancionar a los vigilados por el incumplimiento de las normas que regulan su actuar. En cuanto al alcance e implicaciones de esta atribución la Corte Constitucional ha puntualizado:

“Los objetivos que se buscan a través de las actividades de inspección, vigilancia y control, por parte de la citada Superintendencia son: la eficiencia en la obtención, aplicación y utilización de todos los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud, como la oportuna y adecuada liquidación, recaudo, giro, transferencia, cobro y utilización de los mismos; el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias que regulan la prestación de los servicios de salud por parte de las entidades públicas y privadas del sector salud; la cabal, oportuna y eficiente explotación de los arbitrios rentísticos que se obtengan de los monopolios de loterías, beneficencias que administren loterías, sorteos extraordinarios, apuestas permanentes y demás modalidades de juegos de suerte y azar; y la adopción de medidas encaminadas a permitir que los entes vigilados centren su actividad en la solución de sanas prácticas y desarrollos tecnológicos que aseguren un crecimiento adecuado de las mismas.

(...)

Si a los sujetos a la vigilancia y control de la Superintendencia de Salud se les imponen unos deberes y obligaciones por parte de esa entidad con el único fin de lograr la eficiencia, calidad, oportunidad y permanencia en la prestación del servicio público de salud, resulta apenas obvio, que se le autorice a esa misma entidad para imponer sanciones de naturaleza administrativa a quienes no cumplan sus mandatos, como medio de coerción ideado por el legislador, que se muestra razonable y proporcionado para ese fin.

Los principios contenidos en el artículo 29 de la Constitución tienen como finalidad preservar el debido proceso como garantía de la libertad del ciudadano. La presunción de inocencia sólo puede ser desvirtuada mediante una mínima y suficiente actividad probatoria por parte de las autoridades represivas del Estado. Este derecho fundamental se profana si a la persona se le impone una sanción sin otorgársele la oportunidad para ser oída y ejercer plenamente su defensa. Las garantías materiales que protegen la libertad de la persona priman sobre las meras consideraciones de la eficacia de la administración.

Si al procedimiento judicial, instancia imparcial por excelencia, son aplicables las reglas de un proceso legal justo, a fortiori deben ellas extenderse a las decisiones de las autoridades administrativas, en las cuales el riesgo de arbitrariedad es más alto y mayor la posibilidad de ‘manipular’ –mediante la instrumentación personificada– el ejercicio del poder.

Toda persona tiene derecho a que antes de ser sancionada se lleve a cabo un procedimiento mínimo que incluya la garantía de su defensa. La sola exigencia de una certificación secretarial o de la declaración de dos o más testigos presenciales para sancionar al acusado, prescindiendo de que este pueda contradecir la veracidad de las pruebas, constituye una acción unilateral de la administración contraria al Estado de derecho democrático y participativo y a la vigencia de un orden jurídico justo.

La prevalencia de los derechos inalienables de la persona humana (C. P. artículo 5°), entre los que se encuentra la libertad personal, desplaza la antigua situación de privilegio de la administración y la obliga a ejercer las funciones públicas en conformidad con los fines esenciales del Estado, uno de los cuales es precisamente la garantía de eficacia de los derechos, deberes y principios consagrados en la Constitución (C. P. artículo 2°). En consecuencia, las sanciones administrativas impuestas de plano, por ser contrarias al debido proceso (C. P. artículo 29), están proscritas del ordenamiento constitucional⁹.

Es importante resaltar que la Administración Pública, puede entenderse en dos aspectos: El primero sustancial u objetivo, para lo cual está creada; es decir, el bien común, que implica la prestación de servicios que requieren los gobernados. El segundo, en sentido orgánico o funcional, como compuesto interrelacional de variadas alternativas e incumbencias, con respecto a su funcionamiento y gestión y al empleo de las personas naturales encargadas de los servicios del Estado.

Técnicamente, la Ley 489 de 1998, determina que la Administración Pública está conformada por diferentes organismos de la Rama Ejecutiva del Poder Público y demás organismos y entidades de naturaleza pública que tienen a su cargo el ejercicio de actividades y funciones administrativas o la prestación de servicios públicos, así mismo los Departamentos Administrativos y las Superintendencias, constituyen el Sector Central de la Administración Pública Nacional.

En este orden de ideas, corresponde al Estado, organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes del territorio nacional, así como establecer las políticas para su prestación y ejercer inspección, vigilancia y control, de conformidad con la disposición normativa contenida en el artículo 49 de la Constitución Política.

En materia de competencias, se tiene que el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, establece que la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas constitucionales y legales del sector salud.

El último inciso de la norma en cita, prevé:

“Sin perjuicio de la responsabilidad fiscal, disciplinaria y penal, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones y competencias, y previa solicitud de explicaciones, impondrá a los representantes legales de los departamentos, distritos y municipios, directores de salud, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos sector salud en las entidades territoriales, multas hasta de 2.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la expedición del acto administrativo, a favor del Fondo de Solidaridad y Garantía, por incumplimiento de las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia, así como por la violación de la normatividad vigente sobre la prestación del servicio público de salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El pago de las multas debe hacerse con recursos de su propio peculio, y en consecuencia no se puede imputar al presupuesto de la entidad de la cual dependen”.

⁹ CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-921 de 29 de agosto de 2001, M. P. Jaime Araújo Rentería.

Así las cosas, la Superintendencia Nacional de Salud, como cabeza del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es una entidad de carácter técnico adscrita al Ministerio de la Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

La Ley 1122 de 2007 en su Capítulo VII establece las disposiciones que enmarcan el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como el conjunto de normas, agentes y procesos articulados entre sí, el cual está en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, funciones que deberá enfocar hacia el financiamiento, el aseguramiento, la prestación de servicios de atención en salud pública, la atención al usuario y participación social, las acciones y medidas especiales, la información y la focalización de los subsidios en salud.

Dicho marco normativo establece también las funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud, entre las cuales se encuentran, la de ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control para que cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud e imponer las sanciones a que haya lugar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las autoridades competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema.

1.4.1 Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud¹⁰

Son objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud:

- a) **Fijar las políticas** de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud¹¹;
- b) **Exigir la observancia de los principios y fundamentos** del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud;¹²
- c) **Vigilar el cumplimiento de las normas** que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo;¹³
- d) **Proteger los derechos de los usuarios**, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud¹⁴;
- e) **Velar por que la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento** frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud;¹⁵
- f) **Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud**.¹⁶
- g) **Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores** del Sistema General de Seguridad Social en Salud.¹⁷
- h) **Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad**, que deberá efectuarse **por lo menos una vez al año**, por parte de los actores del Sistema;¹⁸
- i) **Supervisar la calidad de la atención de la salud, mediante la inspección, vigilancia y control del aseguramiento, la afiliación, la calidad de la prestación de los servicios y la protección de los usuarios**.¹⁹

1.4.2 Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud –Supersalud–²⁰

- a) **Financiamiento**. Su objetivo es vigilar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector salud;
- b) **Aseguramiento**. Su objetivo es vigilar el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación o vinculación de la población a un plan de beneficios de salud;
- c) **Prestación de servicios de atención en salud pública**. Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación;
- d) **Atención al usuario y participación social**. Su objetivo es garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual forma promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud;
- e) **Eje de Acciones y Medidas Especiales**²¹

Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud.

¹⁰ Artículo 39, Ley 1122 de 2007; artículo 3º, Decreto 1018 de 2007.

¹¹ Literal a) artículo 39, Ley 1122 de 2007; numeral 1, artículo 3º, Decreto 1018 de 2007.

¹² Literal b) artículo 39, Ley 1122 de 2007; numeral 5, artículo 3º, Decreto 1018 de 2007.

¹³ Literal c) artículo 39, Ley 1122 de 2007; numeral 2, artículo 3º, Decreto 1018 de 2007.

¹⁴ Literal d) artículo 39, Ley 1122 de 2007; numeral 6, artículo 3º, Decreto 1018 de 2007.

¹⁵ Literal e) artículo 39, Ley 1122 de 2007; numeral 7, artículo 3º, Decreto 1018 de 2007.

¹⁶ Literal f) artículo 39, Ley 1122 de 2007; numeral 4, artículo 3º, Decreto 1018 de 2007.

¹⁷ Literal g) artículo 39, Ley 1122 de 2007; Numeral 8, artículo 3º, Decreto 1018 de 2007.

¹⁸ Literal h) artículo 39, Ley 1122 de 2007; Numeral 9, artículo 3º, Decreto 1018 de 2007.

¹⁹ Numeral 3º, artículo 3, Decreto 1018 de 2007.

²⁰ Artículo 37, Ley 1122 de 2007.

²¹ Numeral 5, artículo 37, Ley 1122 de 2007.

Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud. En casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización o funcionamiento que le otorgue a las Empresas Promotoras de Salud o Administradoras del Régimen Subsidiado, deberá decidir sobre su liquidación;

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

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

1.4.3 Facultades sancionatorias y de intervención estatal

En este orden de ideas, la Superintendencia Nacional de Salud tiene asignada la función de inspección, vigilancia y control con el objetivo de asegurar la eficiencia en la utilización de los recursos fiscales, con destino a la prestación de los servicios de salud, así como el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias para que los sujetos objeto de vigilancia cumplan con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

La Seguridad Social y la atención en salud, se encuentran definidas por la Constitución Política, en sus artículos 48 y 49, como servicios públicos de carácter obligatorio, a cargo del Estado, disponiendo que se prestarán bajo la dirección, coordinación y control del Estado, acatando los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Fijó, en consecuencia, la norma superior los pilares de la organización, estructura, características y funcionamiento de la prestación de los servicios de salud en Colombia, ligado completamente al concepto de finalidad social del Estado, asegurando, de suyo, que la misma resulte eficiente para todos los habitantes del territorio nacional.

La Ley 100 de 1993, en su artículo 4º, desarrolló la Seguridad Social como servicio público obligatorio esencial en lo que atañe con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y, organizó el funcionamiento y administración de los regímenes Contributivo y Subsidiado, los cuales coexisten articuladamente. Así mismo, los artículos 154, 180, 181, 230 y 233 de la ley en mención, le otorgan a la Superintendencia Nacional de Salud facultades de inspección, vigilancia y control, respecto de las Entidades Promotoras de Salud cualquiera que sea su naturaleza.

Así las cosas y conforme lo expuesto, tenemos que, a la Superintendencia Nacional de Salud le han sido asignadas facultades de policía administrativa, con el objeto de cumplir las funciones de vigilancia, para ello tiene facultades sancionatorias y de intervención estatal, entre las cuales encontramos, intervención forzosa para administrar, intervención forzosa para liquidar, revocar y suspender el certificado de funcionamiento o la revocatoria de habilitación de una Entidad Promotora de Salud o de una Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, “EPS-S”, cualquiera sea el régimen que administre o la naturaleza jurídica de la entidad.

Como lo reconoce la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional: El Estado tiene el deber de ejercer la regulación con el fin de facilitar no sólo la adecuada prestación de servicios a los individuos, sino además la sostenibilidad de los prestadores y pagadores de servicios.

1.4.3.1 Intervención forzosa administrativa para administrar y para liquidar

Conforme a los mandatos Constitucionales, esto es, el artículo 48 de la Constitución Política, la seguridad social tiene en nuestro ordenamiento jurídico una doble connotación, por un lado, es un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, y por otro, es un derecho irrenunciable de todos los habitantes del territorio nacional. Dispone la norma en cita:

“La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley.

(...)

“No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferente a ella”.

La intervención del Estado en materia de economía, tiene su fundamento en la Constitución nacional así: *“Artículo 334. La dirección general de la economía estará a cargo del Estado. Este intervendrá, por mandato de la ley, en la explotación de los recursos naturales, en el uso del suelo, en la producción, distribución, utilización y consumo de los bienes, y en los servicios públicos y privados, para racionalizar la economía con el fin de conseguir el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes, la distribución equitativa de las oportunidades y los beneficios del desarrollo y la preservación de un ambiente sano.*

“El Estado, de manera especial, intervendrá para dar pleno empleo a los recursos humanos y asegurar que todas las personas, en particular las de menores ingresos, tengan acceso efectivo a los bienes y servicios básicos. También para promover la productividad y la competitividad y el desarrollo armónico de las regiones”.

El legislador, desarrolló en la Ley 100 de 1993, el Sistema General de Seguridad Social Integral con el objeto de garantizar los derechos de la persona y la comunidad, para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten; dicho Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de salud y servicios complementarios, así como las prestaciones de carácter económico, que serán suministrados por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la ley.

Así mismo, en virtud a lo dispuesto en la norma superior, el artículo 189-22 de la Constitución Política, la cual dispone que corresponde al Presidente de la República *“Ejercer la inspección y vigilancia de la prestación de los servicios públicos”*, se crea la función de inspección, vigilancia y control, en materia de seguridad social en salud, y al tenor de

los artículos 230 y 233 de la Ley 100 de 1993 se asigna en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, entidad encargada de ejercer la función con estricta sujeción a las normas constitucionales y legales que la definen como un organismo adscrito al Ministerio de la Protección Social.

El objetivo de la función de vigilancia y control, busca asegurar la prestación oportuna, permanente y eficiente con calidad e integralidad del servicio de seguridad social en salud; el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias que regulan la prestación de los servicios de salud por parte de las entidades públicas y privadas integrantes del sector salud; la eficiencia en la aplicación y utilización de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud; el oportuno y adecuado recaudo, giro, transferencia, liquidación cobro y utilización de los mismos; la cabal, oportuna y eficiente explotación de los arbitrios rentísticos que se obtengan de los monopolios de loterías, beneficencias que administren loterías, apuestas y demás modalidades de juegos de suerte y azar; así como lograr que los recursos destinados a su financiación se utilicen exclusivamente para tales fines, a propósito de lo cual, como se indicó, la norma superior señala que no se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella, además, hacen parte de dichos objetivos, la adopción de medidas encaminadas a permitir que la función de vigilancia y control centre su actividad en la aplicación de sanas prácticas y desarrollos tecnológicos que aseguren un crecimiento adecuado de las mismas. (Artículo 48 de la Constitución Política).

Consecuente con lo anterior, es de anotar, que los actores del sistema de salud colombiano estarán sujetos a las investigaciones y sanciones, administrativas, disciplinarias, fiscales y penales que sean del caso, cuando se dé a los recursos de destinación específica del sector salud, tratamiento diferente al estipulado por la ley, esto es, se desvíe u obstaculice el uso de estos recursos o el pago de los bienes o servicios financiados con estos.

Ahora bien, la intervención del Estado como una de las potestades o privilegios propios de este se encuentra plasmado en las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007 y 1438 de 2011 y fundamentado en ello, se le asignan a la Superintendencia Nacional de Salud una serie de funciones y facultades, entre otras la potestad de intervención forzosa administrativa sobre sus vigilados, así:

Ley 100 de 1993, artículo 230:

• **“Artículo. 230. Régimen sancionatorio.** La Superintendencia Nacional de Salud, previa solicitud de explicaciones, podrá imponer, en caso de violación a las normas contenidas en los artículos 161, 168, 178, 182, 183, 188, 204, 210, 225 y 227, por una sola vez, o en forma sucesiva, multas en cuantía hasta de 1.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de la subcuenta de solidaridad del fondo de solidaridad y garantía.

• El certificado de autorización que se le otorgue a las empresas promotoras de salud podrá ser revocado o suspendido por la superintendencia mediante providencia debidamente motivada, en los siguientes casos:

1. Petición de la entidad promotora de salud.
2. Cuando la entidad deje de cumplir cualquiera de los requisitos establecidos para el otorgamiento de la autorización.
3. Cuando la entidad no haya iniciado su actividad en un plazo de tres meses contados a partir de la fecha de otorgamiento del certificado de autorización.
4. Cuando la entidad ejecute prácticas de selección adversa.
5. Cuando se compruebe que no se prestan efectivamente los servicios previstos en el plan de salud obligatorio.

Parágrafo. 1º. El gobierno reglamentará los procedimientos de fusión, adquisición, liquidación, cesión de activos, pasivos y contratos, toma de posesión para administrar o liquidar y otros mecanismos aplicables a las entidades promotoras y prestadoras que permitan garantizar la adecuada prestación del servicio de salud a que hace referencia la presente ley, protegiendo la confianza pública en el sistema.

Parágrafo 2º. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones de inspección, control y vigilancia respecto de las entidades promotoras de salud, cualquiera que sea su naturaleza jurídica”. (Subrayado y negrilla nuestra).

Ley 715 de 2001, artículo 68:

“(…) La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplan funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos, cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud, en los términos de la ley y los reglamentos.

“La intervención de la Superintendencia de Salud a las Instituciones Prestadoras de Salud tendrá una primera fase que consistirá en el salvamento (…)”.

Además, dispone en el numeral 8 del artículo 42 ibídem:

“Competencias en salud por parte de la Nación

“Numeral 8.

“**Establecer los procedimientos y reglas para la intervención técnica y/o administrativa de las instituciones que manejan recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sea para su liquidación o administración a través de la Superintendencia Nacional de Salud en los términos que señale el reglamento.** El Gobierno Nacional en un término máximo de un año deberá expedir la reglamentación respectiva”. (Subrayado y negrilla nuestra).

En este mismo sentido, el artículo 1º del Decreto 1015 de 2002, adicionado por el Decreto 736 de 2005, establece que las normas de procedimiento aplicables al ejercicio por parte de la Superintendencia Nacional de Salud de la Intervención Forzosa Administrativa se regirán por lo previsto en el artículo 116 del Decreto-ley 663 de 1993 modificado por el artículo 22 de la Ley 510 de 1999 y demás disposiciones que lo modifican y desarrollan.

El Decreto 1015 de 2002, por el cual se reglamenta parcialmente el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, disponen los artículos 1º y 2º lo siguiente:

“**De conformidad con lo dispuesto en el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará en los procesos de intervención forzosa administrativa, para administrar o para liquidar las entidades vigiladas que cumplan funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, así como en los de intervención técnica administrativa de las Direcciones Territoriales de Salud, las normas de procedimiento previstas en el artículo 116 del Decreto-ley 663 de 1993, la Ley 510 de 1999, el Decreto 2418 de 1999 y demás disposiciones que lo modifiquen y desarrollan**”.

“La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones y competencias, señaladas por los artículos 42.8 y 68 de la Ley 715 de 2001 podrá en todo tiempo ejercer la intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las instituciones prestadoras de salud sin ánimo de lucro, con las excepciones allí previstas. Para este efecto, aplicará el procedimiento administrativo respectivo, conforme a las normas a que alude el artículo anterior.

Con el propósito de que se adopten las medidas concernientes, la Superintendencia Nacional de Salud, comunicará la decisión administrativa correspondiente”.

De otro lado, el Decreto 3023 de 2002, por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 230 de la Ley 100 de 1993 y 68 de la Ley 715 de 2001, establece en su artículo 1º, que la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, podrá en todo tiempo ejercer la intervención forzosa administrativa para la liquidación total de un ramo o programa del régimen subsidiado o contributivo en las Entidades Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado, cualquiera sea su naturaleza, de conformidad con la evaluación previa, el grado y la causa de la falta, anomalía e ineficiencia en la prestación de los servicios de salud.

Para tales efectos, **la Superintendencia Nacional de Salud aplicará las normas de procedimiento previstas en el Decreto-ley 663 de 1993, la Ley 510 de 1999 y demás disposiciones que lo modifican y desarrollan.**

Del mismo modo, el artículo 2º de la norma en comentario indica que cuando se trate de la intervención forzosa administrativa para la liquidación total de un ramo o programa del régimen subsidiado o del régimen contributivo, como es el caso de los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar, la Superintendencia Nacional de Salud designará como liquidador para adelantar dicho proceso al Representante Legal de la entidad autorizada para operar el ramo o programa correspondiente y como Contralor el Revisor Fiscal de la misma.

Cuando la intervención para liquidar a la que se hace referencia en el artículo 1º del Decreto 3023 de 2002 se origine en conductas imputables al Representante Legal o al Revisor Fiscal o cuando estos incurran en violaciones a las disposiciones legales o incumplan las órdenes o instrucciones impartidas por el ente de control, la Superintendencia Nacional de Salud deberá solicitar su remoción para que el órgano nominador correspondiente proceda a designar su reemplazo en forma inmediata. Cuando no se atienda esta orden, la Superintendencia Nacional de Salud procederá a designar en forma temporal al Liquidador y al Contralor.

Lo previsto en el artículo 2º del Decreto 3023 de 2002 se aplicará frente a las entidades públicas cuando proceda la revocatoria del certificado de autorización del ramo o programa tratándose de intervención total de la entidad.

Por las actividades de la liquidación del ramo, el Representante Legal y Revisor Fiscal de la entidad autorizada, no recibirán remuneración diferente a la que perciben en el desempeño de su cargo.

Los Representantes Legales y Revisores Fiscales que asuman las funciones mencionadas dentro de un proceso de liquidación total del ramo o programa, deberán sujetarse a las instrucciones que imparta la Superintendencia Nacional de Salud en la conformación del inventario de bienes y desarrollo del proceso, en aras de garantizar los principios de eficiencia y transparencia.

Cuando sea procedente el nombramiento de un Liquidador o Contralor, estos deberán acreditar las calidades laborales y profesionales establecidas para los cargos de Representante Legal y Revisor Fiscal en la respectiva institución según lo contemplado por el artículo 3º del Decreto 3023 de 2002.

Los criterios para la determinación de la remuneración de los Liquidadores y Contralores, serán los que se apliquen para estos, cuando sean designados por el Fondo de Garantías de Instituciones Financieras, sin que sean precedentes remuneraciones superiores en el sector salud frente al sector financiero conforme a las reglas y clase de entidades intervenidas, realizadas las correspondientes equivalencias.

Por otra parte, el **Resolución 1947 de 2003**, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, por la cual se dictan disposiciones sobre el nombramiento y posesión de Interventores, Liquidadores y Contralores, establece los requisitos para el nombramiento de estos agentes especiales, correspondiendo la posesión a la Superintendencia Nacional de Salud, previo la verificación de los requisitos que acreditan dicha calidad; además se establece la necesidad del levantamiento de un Registro de los Interventores, Liquidadores y Contralores, quienes deben actualizar la información presentada con la solicitud de inscripción, cuando fueren nombrados en un proceso de intervención forzosa administrativa, en desarrollo de la función propia de la Superintendencia Nacional de Salud.

El Decreto 2975 de 2004, reglamentario de la Ley 643 de 2001 en lo relativo a la modalidad de juegos de loterías, señala: “Artículo 30. Intervención forzosa. De conformidad con el artículo 68 de Ley 715 del 2001 y el Decreto 1015 del 2002 la Superintendencia Nacional de Salud aplicará en los procesos de intervención forzosa administrativa, para administrar o para liquidar las entidades vigiladas que cumplan funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, las normas de procedimiento previstas en el artículo 116 del Decreto-ley 663 de 1993, la Ley 510 de 1999, el Decreto 2418 de 1999 y demás disposiciones que las modifican y desarrollan”.

Así mismo, la Superintendencia Nacional de Salud expidió la **Resolución 237 de 2010**, por medio de la cual, se establece el procedimiento para la evaluación, cálculo y fijación de los honorarios definitivos a los Liquidadores, Agentes especiales y Contralores, de las entidades objeto de Toma de Posesión, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Ahora bien, la **Ley 1122 de 2007** hace modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud previsto en la Ley 100 de 1993, crea el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, y para el desarrollo de sus funciones, define cinco (5) Ejes Temáticos, a saber: (i) Financiamiento; (ii) Aseguramiento; (iii) Prestación de servicios; (iv) Atención al usuario y participación social; y, (v) Eje de acciones y medidas especiales. (Artículo 37 ibídem). Señala:

“5. Eje de acciones y medidas especiales. Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud. En casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización o funcionamiento que le otorgue a las Empresas Promotoras de Salud o Administradoras del Régimen Subsidiado, deberá decidir sobre su liquidación”.

Dado el contenido de la norma, el Eje Temático de Acciones y Medidas Especiales uno de los Ejes del Sistema de IVC, asigna la función en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud para adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas, que cumplen funciones de explotación o monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones prestadoras de servicios de salud de cualquier naturaleza, así como, intervenir técnica y administrativa las direcciones territoriales de salud. En los casos de revocatoria del Certificado de autorización y funcionamiento por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, a las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo y del régimen subsidiado, esta deberá decidir sobre su liquidación. Así como en los casos de liquidación voluntaria de estas vigiladas, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y de los recursos del sector salud.

El numeral 26, del artículo 6° del **Decreto 1018 de 2007**, faculta a la Superintendencia Nacional de Salud para ejercer la intervención forzosa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplan funciones de administración y operación de monopolios rentísticos, cedidos al sector salud, entidades Promotoras de Salud de cualquier naturaleza que administren cualquier régimen e instituciones Prestadoras de Servicios de salud de cualquier naturaleza, teniendo la intervención de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud siempre una primera fase de salvamento.

La expedición del **Decreto 1018 de 2007** que modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud, crea para el efecto la figura de las delegadas, entre ellas, la Superintendencia Delegada para Medidas Especiales, con funciones, que se concretan así:

“1. Asumir la inspección, vigilancia y control de las entidades que estén sometidas a medidas de salvamento.

“2. Realizar por orden del Superintendente Nacional de Salud la toma de posesión y la correspondiente intervención para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplan funciones de administración, explotación u operación de monopolios rentísticos, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las Cajas de Compensación Familiar; así como intervenir técnica y administrativamente las Direcciones Territoriales de Salud en los términos establecidos en la ley”.

En este tema, la **Ley 1438 de 2011** en el artículo 124 modifica las competencias de la Superintendencia, respecto de las entidades que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, en cuanto a los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar y para liquidar a las entidades vigiladas, en el sentido de ser incluidos únicamente *“los monopolios rentísticos cedidos al sector salud no asignados a otra entidad”*, es decir, que respecto a estas vigiladas, la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud es residual, puesto que la intervención forzosa administrativa de estas vigiladas, solo lo es, respecto de los monopolios rentísticos no asignados a otras entidades de control, así:

“Artículo 124. Eje de Acciones y Medidas Especiales. El numeral 5 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007, quedará así:

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

La Superintendencia Nacional de Salud en materia de procesos de intervención forzosa administrativa, para administrar o liquidar las entidades vigiladas, hasta tanto no se disponga algo diferente en la reglamentación que el Gobierno Nacional lleve a cabo a la Ley 1438 de 2011, es el previsto en el Decreto-ley 663 de 1993, o Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificado a su vez por la Ley 510 de 1999 y el Decreto 2211 de 2004.

Conforme al artículo 46 de la Ley 663 de 1999 son objetivos de la intervención:

“Artículo 46. Objetivos de la intervención. Conforme al artículo 150 numeral 19 literal d) de la Constitución Política, corresponderá al Gobierno Nacional ejercer la interven-

ción en las actividades financieras, aseguradora, y demás actividades relacionadas con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos captados del público, con sujeción a los siguientes objetivos y criterios:

a) Que el desarrollo de dichas actividades esté en concordancia con el interés público;

b) Que en el funcionamiento de tales actividades se tutelen adecuadamente los intereses de los usuarios de los servicios ofrecidos por las entidades objeto de intervención y, preferentemente, el de ahorradores, depositantes, asegurados e inversionistas;

c) Que las entidades que realicen las actividades mencionadas cuenten con los niveles de patrimonio adecuado para salvaguardar su solvencia;

d) Que las operaciones de las entidades objeto de la intervención se realicen en adecuadas condiciones de seguridad y transparencia;

e) Promover la libre competencia y la eficiencia por parte de las entidades que tengan por objeto desarrollar dichas actividades;

f) Democratizar el crédito, para que las personas no puedan obtener, directa o indirectamente, acceso ilimitado al crédito de cada institución y evitar la excesiva concentración del riesgo;

g) Proteger y promover el desarrollo de las instituciones financieras de la economía solidaria;

h) Que el sistema financiero tenga un marco regulatorio en el cual cada tipo de institución pueda competir con los demás bajo condiciones de equidad y equilibrio de acuerdo con la naturaleza propia de sus operaciones;

i) <Literal adicionado por el artículo 23 de la Ley 1328 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Que los recursos de pensión obligatoria del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad y los recursos que financien las pensiones de retiro programado en este régimen estén invertidos en Fondos de Pensiones que consideren las edades y los perfiles de riesgo de los afiliados, con el objetivo de procurar la mejor rentabilidad ajustada por riesgo para brindar las prestaciones previstas en la ley a favor de los afiliados;

j) <Literal adicionado por el artículo 23 de la Ley 1328 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Promover en los afiliados al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad el conocimiento claro de sus derechos y deberes, así como de las características del mismo, de tal manera que les permita adoptar decisiones informadas, en especial de los efectos que de acuerdo con la ley se derivan de la vinculación a dicho régimen, así como de los efectos de seleccionar entre los diferentes Fondos de Pensiones disponibles;

k) <Literal adicionado por el artículo 23 de la Ley 1328 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Que el esquema de comisiones de administración de los recursos de los Fondos de Pensiones obligatorias, permitan el cobro de comisiones razonables por parte de las administradoras, que, entre otros aspectos, tenga en cuenta el desempeño de los portafolios administrados así como el recaudo de aportes;

l) <Literal adicionado por el artículo 23 de la Ley 1328 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Que los recursos de los Fondos de Cesantías se inviertan en portafolios de inversión que respondan a la naturaleza y objetivo de ese auxilio y a la expectativa de permanencia de tales recursos en dichos fondos;

m) <Literal adicionado por el artículo 23 de la Ley 1328 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Que en el comercio transfronterizo de tales actividades, así como en la prestación de servicios financieros y de seguros en territorio colombiano a través de sucursales de entidades del exterior, se protejan adecuadamente los intereses de los residentes en el país y la estabilidad del sistema;

n) <Literal adicionado por el artículo 23 de la Ley 1328 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Promover el acceso a servicios financieros y de seguros por parte de la población de menores recursos y de la pequeña, mediana y microempresa;

o) <Literal adicionado por el artículo 23 de la Ley 1328 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Que las entidades vigiladas, las asociaciones gremiales, las asociaciones de consumidores debidamente reconocidas y las autoridades que ejercen la intervención del Estado en el sector financiero, implementen mecanismos encaminados a lograr una adecuada educación sobre los productos, servicios y derechos del consumidor financiero;

p) <Literal adicionado por el artículo 23 de la Ley 1328 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Incentivar la adecuada participación de las asociaciones de Consumidores Financieros en la formulación de las disposiciones que los afecten.

Parágrafo. El Gobierno Nacional ejercerá las facultades que le otorga esta ley con base en el principio de la economía y preservando la estabilidad en la regulación”. (Subrayado y negrilla nuestra) Ahora bien, el artículo 114 del Decreto-ley 663 de 1993 Estatuto Orgánico del Sistema Financiero - modificado por el artículo 32, 33 y 34 de la Ley 795 de 2003, y adicionado por el artículo 20 de la Ley 510 de 1999, sobre la toma de posesión dispone lo siguiente:

“1. <Inciso modificado por el artículo 32 de la Ley 795 de 2003. El nuevo texto es el siguiente:> Corresponde a la Superintendencia Bancaria tomar posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios de una entidad vigilada cuando se presente alguno de los siguientes hechos que, a su juicio, hagan necesaria la medida y previo concepto del consejo asesor:

*a) **Cuando haya suspendido el pago de sus obligaciones;***

b) Cuando haya rehusado la exigencia que se haga en debida forma de someter sus archivos, libros de contabilidad y demás documentos, a la inspección de la Superintendencia Bancaria;

c) Cuando haya rehusado el ser interrogado bajo juramento, con relación a sus negocios;

d. Cuando incumpla reiteradamente las órdenes e instrucciones de la Superintendencia Bancaria debidamente expedidas;

e) Cuando persista en violar sus Estatutos o alguna ley;

f) Cuando persista en manejar los negocios en forma no autorizada o insegura, y

g) Cuando se reduzca su patrimonio neto por debajo del cincuenta por ciento (50%) del capital suscrito;

h) <Ordinal adicionado por el artículo 20 de la Ley 510 de 1999. El texto es el siguiente:> **“Cuando existan graves inconsistencias en la información que suministra a la Superintendencia Bancaria que a juicio de esta no permita conocer adecuadamente la situación real de la entidad”;**

i) <Ordinal adicionado por el artículo 20 de la Ley 510 de 1999. El texto es el siguiente:> Cuando la entidad no cumpla los requerimientos mínimos de capital de funcionamiento previstos en el artículo 80 de este Estatuto;

j) <Ordinal adicionado por el artículo 20 de la Ley 510 de 1999. El texto es el siguiente:> Cuando incumpla los planes de recuperación que hayan sido adoptados;

k) <Numeral adicionado por el artículo 33 de la Ley 795 de 2003. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando incumpla la orden de exclusión de activos y pasivos que le sea impartida por la Superintendencia Bancaria, y

l) <Numeral adicionado por el artículo 33 de la Ley 795 de 2003. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando se incumpla el programa de desmonte progresivo acordado con la Superintendencia Bancaria.

2. <Numeral adicionado por el artículo 20 de la Ley 510 de 1999. El texto es el siguiente:> La Superintendencia Bancaria deberá tomar posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios de una entidad vigilada, cuando se presente alguno de los siguientes hechos:

a) Cuando se haya reducido su patrimonio técnico por debajo del cuarenta por ciento (40%) del nivel mínimo previsto por las normas sobre patrimonio adecuado;

<Inciso adicionado por el artículo 34 de la Ley 795 de 2003. El nuevo texto es el siguiente:> Tratándose de las entidades aseguradoras, se entenderá configurada esta causal por defecto del fondo de garantía;

b) Cuando haya expirado el plazo para presentar programas de recuperación o no se cumplan las metas de los mismos, en los casos que de manera general señale el Gobierno Nacional, de conformidad con el artículo 48, literal i)”. (Subrayado y Negrilla fuera de texto).

Del mismo modo, queda claro, que el procedimiento aplicado por la Superintendencia Nacional de Salud en materia de procesos de intervención forzosa administrativa, para administrar o liquidar las entidades vigiladas, hasta tanto no se disponga procedimiento diferente en la reglamentación que el Gobierno Nacional lleve a cabo a la Ley 1438 de 2011, es el previsto en el Decreto-ley 663 de 1993, o Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificado a su vez por la Ley 510 de 1999 y el Decreto 2211 de 2004.

Ahora bien, el artículo 116 del Decreto-ley 663 de 1993 Estatuto Orgánico del Sistema Financiero - modificado por el artículo 22 de la Ley 510 de 1999, sobre la toma de posesión dispone lo siguiente:

Ley 510 de 1999.

“Artículo 22. El artículo 116 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, quedará así: La toma de posesión conlleva:

a) La separación de los administradores y directores de la administración de los bienes de la intervenida. En la decisión de toma de posesión la Superintendencia Bancaria podrá abstenerse de separar determinados directores o administradores, salvo que la toma de posesión obedezca a violación a las normas que regulan los cupos individuales de crédito o concentración de riesgo, sin perjuicio de que posteriormente puedan ser separados en cualquier momento por el agente especial;

b) La separación del revisor fiscal, salvo que en razón de las circunstancias que dieron lugar a la intervención, la Superintendencia decida no removerlo. Lo anterior sin perjuicio de que posteriormente pueda ser removido por la Superintendencia Bancaria. El reemplazo del revisor fiscal será designado por el Fondo de Garantías de Instituciones Financieras. En el caso de liquidación Fogafin podrá encomendar al revisor fiscal el cumplimiento de las funciones propias del contralor;

c) La improcedencia del registro de la cancelación de cualquier gravamen constituido a favor de la intervenida sobre cualquier bien cuya mutación está sujeta a registro, salvo expresa autorización del agente especial designado. Así mismo, los registradores no podrán inscribir ningún acto que afecte el dominio de los bienes de propiedad de la intervenida, so pena de ineficacia, salvo que dicho acto haya sido realizado por la persona antes mencionada;

d) La suspensión de los procesos de ejecución en curso y la imposibilidad de admitir nuevos procesos de esta clase contra la entidad objeto de toma de posesión por razón de obligaciones anteriores a dicha medida. A los procesos ejecutivos se aplicarán en lo pertinente las reglas previstas por los artículos 99 y 100 de la Ley 222 de 1995, y cuando allí se haga referencia al concordato se entenderá que se hace relación al proceso de toma de posesión. La actuación correspondiente será remitida al agente especial;

e) La cancelación de los embargos decretados con anterioridad a la toma de posesión que afecten bienes de la entidad. La Superintendencia Bancaria librará los oficios correspondientes;

f) La suspensión de pagos de las obligaciones causadas hasta el momento de la toma de posesión, cuando así lo disponga la Superintendencia Bancaria, en el acto de toma de posesión. En el evento en que inicialmente no se hayan suspendido los pagos, la Superintendencia Bancaria en el momento en que lo considere conveniente, podrá decretar dicha suspensión. En tal caso los pagos se realizarán durante el proceso de liquidación, si esta se dispone, o dentro del proceso destinado a restablecer la entidad para que pueda desarrollar su objeto social de acuerdo con el programa que adopte el Fondo de Garantías de Instituciones Financieras o se acuerde con los acreedores. No obstante, la nómina continuará pagándose normalmente, en la medida en que los recursos de la entidad lo permitan;

g) La interrupción de la prescripción y la no operancia de la caducidad respecto de los créditos a cargo de la entidad que hayan surgido o se hayan hecho exigibles antes de la toma de posesión.

En el evento en que se decrete la cesación de pagos o la liquidación de la entidad, o se reduzca su patrimonio neto por debajo del cincuenta por ciento (50%) del capital suscrito, la misma dejará de estar sujeta al régimen de la renta presuntiva;

h) El que todos los depositantes y los acreedores, incluidos los garantizados, quedarán sujetos a las medidas que se adopten para la toma de posesión, por lo cual para ejercer sus derechos y hacer efectivo cualquier tipo de garantía de que dispongan frente a la entidad intervenida, deberán hacerlo dentro del proceso de toma de posesión y de conformidad con las disposiciones que lo rigen. En relación con los créditos con garantías reales se tendrá en cuenta la preferencia que les corresponde, según sea el caso, esto es, de segundo grado si son garantías muebles y de tercer grado si son inmuebles.

Parágrafo. Parágrafo condicionalmente exequible. La separación de los administradores y del revisor fiscal por causa de la toma de posesión, al momento de la misma o posteriormente, da lugar a la terminación del contrato de trabajo por justa causa y por ello no generará indemnización alguna (Sentencia C-1049-00 de 10 de agosto de 2000).

2. Término. Dentro de un término no mayor de dos (2) meses prorrogables contados a partir de la toma de posesión, la Superintendencia Bancaria, previo concepto del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras, determinará si la entidad debe ser objeto de liquidación, si se pueden tomar medidas para que la misma pueda desarrollar su objeto conforme a las reglas que la rigen o si pueden adoptarse otras medidas que permitan a los depositantes, ahorradores o inversionistas obtener el pago total o un pago parcial de sus créditos de conformidad con este artículo. En los dos últimos casos, el Fondo de Garantías de Instituciones Financieras presentará a la Superintendencia Bancaria el programa que aquel seguirá con el fin de lograr el cumplimiento de la medida y en el cual se señalarán los plazos para el pago de los créditos. Dicho programa podrá ser modificado cuando las circunstancias lo requieran, evento que se comunicará a la Superintendencia Bancaria y a los interesados. Lo anterior sin perjuicio de que pueda haber acuerdos entre los acreedores y la entidad objeto de la toma de posesión.

En el evento de que se disponga la liquidación de la entidad por parte de la Superintendencia Bancaria, la toma de posesión se mantendrá hasta que termine la existencia legal de la entidad o hasta que se entreguen los activos remanentes al liquidador designado por los accionistas, una vez pagado el pasivo externo. Si se decide adoptar las medidas necesarias para que la entidad pueda desarrollar su objeto social de acuerdo con las normas que la rigen u otras medidas que permitan obtener el pago total o parcial de los créditos de los depositantes, ahorradores e inversionistas, en la forma prevista en este artículo, la toma de posesión se mantendrá hasta que la Superintendencia Bancaria, previo concepto del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras, determine la restitución de la entidad a los accionistas.

Cuando no se disponga la liquidación de la entidad, la toma de posesión no podrá exceder del plazo de un (1) año, prorrogable por la Superintendencia Bancaria, por un plazo no mayor de un año; si en ese lapso no se subsanaren las dificultades que dieron origen a la toma de posesión, la Superintendencia Bancaria dispondrá la disolución y liquidación de la institución vigilada. Lo anterior sin perjuicio de que el Gobierno por resolución ejecutiva autorice una prórroga mayor cuando así se requiera en razón de las características de la entidad”. (Subrayado y negrilla nuestra).

En relación con lo dispuesto en el anterior parágrafo, la Corte en Sentencia C-1049 de 2000 señaló la necesidad de tener en cuenta, en la toma de posesión de la intervenida, la responsabilidad del empleado administrador o revisor fiscal en torno a los hechos que la ocasionaron, pues solamente en tal caso, de ella podría derivarse la justa causa de la terminación de su contrato y la pérdida del derecho a una adecuada indemnización. Al respecto indicó en dicha oportunidad:

“Si tal responsabilidad no puede ser probada previo un debido proceso, lo dispuesto por la norma es contrario a la Constitución, en cuanto, además de lo dicho, implica la consagración de una modalidad de responsabilidad objetiva que el artículo 29 de la Constitución proscribió; en cambio, será constitucional lo dispuesto por el parágrafo impugnado cuando se pueda demostrar que los hechos que han generado la medida de toma de posesión se han producido como consecuencia de la responsabilidad del administrador o revisor fiscal, a título de dolo o a título de culpa grave”.

En este orden de ideas, es oportuno recordar que el **Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, Decreto-ley 663 de 1995**, régimen aplicable a los procesos de intervención forzosa administrativa, dispone en el artículo 295 lo relativo al régimen de los liquidadores y contralores, entendidos los designados por la Superintendencia Nacional de Salud, así:

“Artículo 295.- Régimen Aplicable al Liquidador y al Contralor:

“1. Naturaleza de las funciones del liquidador. El liquidador designado por el Fondo de Garantías de Instituciones Financieras o por los acreedores reconocidos, ejercerá funciones públicas administrativas transitorias, sin perjuicio de la aplicabilidad de las reglas del derecho privado a los actos de gestión que deba ejecutar durante el proceso de liquidación (...)

“9. Facultades y deberes del liquidador. (...)

“h) Ejecutar todos los actos necesarios para conservación de los activos y archivos de la intervenida”.

El Decreto 2211 de 2004 reglamentario de la citada ley, ordena:

“Artículo 1º. Toma de posesión y medidas preventivas. De conformidad con el artículo 115 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificado por el artículo 21 de la Ley 510 de 1999, la toma de posesión tendrá por objeto establecer si la entidad vigilada debe ser objeto de liquidación; si es posible colocarla en condiciones de desarrollar adecuadamente su objeto social, o si se pueden realizar otras operaciones que permitan lograr mejores condiciones para que los depositantes, ahorradores e inversionistas puedan obtener el pago total o parcial de sus acreencias. La decisión correspondiente deberá adoptarse por

la Superintendencia Bancaria en un término no mayor de dos (2) meses contados a partir de la fecha de la toma de posesión, prorrogables por un término igual por dicha entidad, previo concepto del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras.

Para el efecto, la Superintendencia Bancaria y el Fondo de Garantías de Instituciones Financieras durante dicho plazo, mantendrán mecanismos de coordinación e intercambio de información sobre los antecedentes, situación de la entidad, posibles medidas a adoptar y demás acciones necesarias, para lo cual designarán a los funcionarios encargados de las distintas labores derivadas del proceso.

Lo anterior no impedirá que la Superintendencia Bancaria adopte las medidas previstas en el inciso tercero del artículo 115 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificado por el artículo 21 de la Ley 510 de 1999.

El acto administrativo que ordene la toma de posesión de los bienes, haberes y negocios de una institución vigilada por la Superintendencia Bancaria dispondrá las siguientes medidas preventivas:

1. Medidas preventivas obligatorias:

a) La inmediata guarda de los bienes de la institución financiera intervenida y la colocación de sellos y demás seguridades indispensables;

b) La orden de registro del acto administrativo que dispone la Toma de Posesión en la Cámara de Comercio del domicilio de la intervenida y en las del domicilio de sus sucursales; y, si es del caso, la de los nombramientos de los administradores y del revisor fiscal;

c) La comunicación al Fondo de Garantías de Instituciones Financieras para que proceda a nombrar el Agente Especial;

d) La comunicación a los Jueces de la República y a las autoridades que adelanten procesos de jurisdicción coactiva, sobre la suspensión de los procesos de ejecución en curso y la imposibilidad de admitir nuevos procesos de esta clase contra la entidad objeto de toma de posesión con ocasión de obligaciones anteriores a dicha medida, y la obligación de dar aplicación a las reglas previstas por los artículos 99 y 100 de la Ley 222 de 1995;

e) La advertencia que, en adelante, no se podrá iniciar ni continuar procesos o actuación alguna contra la intervenida sin que se notifique personalmente al Agente Especial, so pena de nulidad;

f) La comunicación a la Superintendencia de Notariado y Registro, para que dicha entidad mediante circular ordene a todos los Registradores de Instrumentos Públicos que dentro de los treinta días siguientes a la toma de posesión, realicen las siguientes actividades y se abstengan de adelantar las que se mencionan a continuación:

Informar al agente especial sobre la existencia de folios de matrícula en los cuales figure la entidad intervenida como titular de bienes o cualquier clase de derechos; disponer el registro de la toma de posesión en los folios de matrícula de los bienes inmuebles de la institución financiera intervenida; cancelar los embargos decretados con anterioridad a la fecha de la adopción de la medida de toma de posesión que afecten los bienes de la intervenida; y cancelar los gravámenes que recaigan sobre los bienes de la institución financiera intervenida a solicitud elevada solo por el Agente Especial mediante oficio. (Subrayado fuera de texto).

Se deberá advertir además a los Registradores para que se abstengan de cancelar los gravámenes constituidos a favor de la intervenida sobre cualquier bien cuya mutación esté sujeta a registro, salvo expresa autorización del Agente Especial; así como de registrar cualquier acto que afecte el dominio de bienes de propiedad de la intervenida a menos que dicho acto haya sido realizado por la persona mencionada, caso en el cual deben cancelar la respectiva anotación sobre el registro de toma de posesión;

g) La comunicación al Ministerio de Transporte, para que dicha entidad directamente o mediante solicitud a todas las Secretarías de Tránsito y Transporte proceda a realizar la inscripción de la medida de toma de posesión en el registro de automotores correspondiente o en el Registro Único Nacional de Tránsito; para que cancelen los embargos decretados con anterioridad a la fecha de la adopción de la medida de toma de posesión que afecten los vehículos de la intervenida; para que cancelen los gravámenes que recaigan sobre los vehículos de la institución financiera intervenida a solicitud unilateral del Agente Especial mediante oficio; para que se abstengan de cancelar los gravámenes constituidos sobre vehículos a favor de la institución financiera intervenida, cuya mutación esté sujeta a registro, salvo expresa autorización del Agente Especial; y para que se abstengan de registrar cualquier acto que afecte el dominio de vehículos de propiedad de la intervenida a menos que dicho acto haya sido realizado por la persona mencionada;

h) La prevención a todo acreedor, y en general a cualquier persona que tenga en su poder activos de propiedad de la institución financiera intervenida, para que proceda de manera inmediata a entregar dichos activos al Agente Especial;

i) La advertencia de que el Agente Especial está facultado para poner fin a cualquier clase de contratos existentes al momento de la toma de posesión, si los mismos no son necesarios. Si se decide la liquidación, los derechos causados hasta la fecha de la intervención serán reconocidos y pagados de conformidad con las reglas que rigen el proceso de liquidación forzosa administrativa, especialmente las previstas en el presente decreto;

j) La prevención a los deudores de la intervenida que sólo podrán pagar al Agente Especial, advirtiéndolo la inoponibilidad del pago hecho a persona distinta, así como el aviso a las entidades sometidas al control y vigilancia de la Superintendencia Bancaria sobre la adopción de la medida, para que procedan de conformidad;

k) La prevención a todos los que tengan negocios con la intervenida, que deben entenderse exclusivamente con el Agente Especial, para todos los efectos legales;

l) La designación del funcionario comisionado para ejecutar la medida, quien podrá solicitar que se decreten y practiquen las medidas necesarias para dar cumplimiento a la toma de posesión". (Subrayado y negrilla nuestra).

Acorde a las normas *ut supra* citadas, una vez la Superintendencia Nacional de Salud decida ordenar la toma de posesión de los bienes, haberes y negocios de una institución por ella vigilada, deberá, entre otras medidas, plasmar en el acto administrativo que ordena la toma de posesión, comunicar a los jueces de la República y a las autoridades que adelanten procesos de jurisdicción coactiva, sobre la suspensión de los procesos de ejecución en curso y la imposibilidad de admitir nuevos procesos de esta clase contra la entidad objeto de toma de posesión con ocasión de obligaciones anteriores a dicha medida. Es igualmente claro que la toma de posesión conlleva la cancelación de los embargos decretados con anterioridad a la toma de posesión que afecten bienes de la entidad, siendo deber de la Superintendencia librar los oficios correspondientes. No otro es el tenor literal de las normas citadas.

1.4.4. Debido proceso administrativo sancionatorio

A la Superintendencia Nacional de Salud le es exigible, al desarrollar su función de policía administrativa, dar cumplimiento a la garantía del debido proceso consagrado en el artículo 29 del Estatuto Superior, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el Pacto de San José de Costa Rica, entre otros instrumentos.

Sobre el principio constitucional del debido proceso dijo la Corte Constitucional en Sentencia T-460 de 1992, M.P. José Gregorio Hernández Galindo, lo siguiente:

“La garantía del debido proceso, plasmada en la Constitución colombiana como derecho fundamental de aplicación inmediata (artículo 85) y consignada, entre otras, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (artículos 10 y 11), en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre proclamada el mismo año (artículo XXVI) y en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica, 1969, artículos 8º y 9º), no consiste solamente en las posibilidades de defensa o en la oportunidad para interponer recursos (...) sino que exige, además, como lo expresa el artículo 29 de la Carta, el ajuste a las normas preexistentes al acto que se imputa; la competencia de la autoridad judicial o administrativa que orienta el proceso; la aplicación del principio de favorabilidad en materia penal; el derecho a una resolución que defina las cuestiones jurídicas planteadas sin dilaciones injustificadas; la ocasión de presentar pruebas y de controvertir las que se alleguen en su contra y, desde luego, la plena observancia de las formas propias de cada proceso según sus características. Todo ello descansa sobre el supuesto de la presunción de inocencia, la cual tiene que ser desvirtuada por el Estado para que se haga posible la imposición de penas o de sanciones administrativas”.

Así, pues, el debido proceso, en términos generales, se define doctrinariamente como el conjunto de procedimientos y garantías establecidos en el derecho positivo con el fin de impartir pronta y cumplida justicia, entendida en su sentido lato como la debida resolución de conflictos o peticiones (actuaciones judiciales o administrativas). La figura se expresa mediante un conjunto de derechos básicos, a saber:

- Derecho a la jurisdicción o competencia, concebido como el libre e igualitario acceso ante el funcionario competente, obtención de decisiones motivadas, impugnación de decisiones, y el cumplimiento de lo decidido, una vez se encuentre en firme.

- El derecho al juez o funcionario natural, comprendido como el funcionario que tiene la capacidad o aptitud legal para atender en debida forma la petición o conflicto en cada caso concreto.

- El derecho a la defensa judicial o administrativa, percibido como la posibilidad y garantía de empleo de todos los medios legítimos y adecuados para hacerse escuchar y obtener, de ser procedente, una decisión favorable. De este derecho fundamental hacen parte los derechos a la presunción de inocencia, al tiempo o términos y al uso y disposición de los medios adecuados para la preparación de la defensa, lo cual incluye la posibilidad de presentar alegatos de conclusión, a la asistencia de un abogado, a la igualdad ante la ley procesal, el derecho a la buena fe y lealtad de las demás personas que intervienen en el correspondiente proceso.

- El derecho a un proceso público, desarrollado dentro de un tiempo razonable y sin dilaciones injustificadas o inexplicables (principios de economía, eficiencia, eficacia y publicidad).

- El derecho a la independencia e imparcialidad del funcionario judicial o administrativo, que se materializa cuando el funcionario se ciñe objetivamente, en el cumplimiento de sus funciones, a los mandatos del orden jurídico imperante, sin ningún tipo de influencia interna o externa (sin designios anticipados ni prevenciones, presiones o influencias ilícitas).

- El derecho de accionar o peticionar (Sentencias T-001 de 1993; C-540 de 1997).

En términos generales, en el contexto de nuestro Estado se garantiza el derecho de defensa como una garantía inmanente al ser humano en su condición de individuo que convive en un medio signado por la libertad. Como régimen democrático, Colombia debe preservar tal garantía desde todos los puntos de vista posibles, incluido el marco regulatorio mediante el cual se define procesalmente la manera como se resuelven los diferentes conflictos que de una u otra manera comprometen la vigencia de un orden justo.

Así, las actuaciones administrativas deben ser el resultado de un proceso donde quien haga parte del mismo tenga la oportunidad de expresar sus opiniones e igualmente de presentar y solicitar las pruebas que demuestren sus derechos, con la plena observancia de las disposiciones que regulan la materia, respetando, en todo caso, los términos y las etapas procesales.

Sobre el particular, la Corte Constitucional mediante Sentencia T-467/95, M. P. Vladimiro Naranjo Mesa, señaló lo siguiente:

“Así, el debido proceso se vulnera cuando no se verifican los actos y procedimientos establecidos en la Ley y los reglamentos. Se entiende que esta obligación no sólo cubre a las autoridades públicas sino también a los particulares, en forma tal que estos últimos

también quedan obligados por las reglas o reglamentos que regulan el juicio o la actuación, sin que puedan de conformidad con su propio criterio, acatar y respetar aquellos términos o procedimientos que los beneficien, y desconocer o ignorar aquellos que le fuesen desfavorables”²².

2. ANTECEDENTES DEL ASUNTO SUB EXAMINE

2.1. MARCO JURÍDICO

2.1.1. DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD

Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será **organizar y garantizar, directa o indirectamente**, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la Ley 100 de 1993, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el Título III de la Ley 100 de 1993. (Nota: Las expresiones señaladas con negrilla en este inciso fueron declaradas exequibles por la Corte Constitucional en la Sentencia **C-616 de 2001**)²³.

Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:²⁴

1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.

3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de ley.

4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.

5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer las siguientes funciones conforme a lo contemplado en el artículo 2° del Decreto 1485 de 1994:

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

b) Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema.

Se exceptúa de lo previsto en el presente literal a las entidades que por su propia naturaleza deban celebrar contratos de reaseguro.

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

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

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

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

Son obligaciones especiales de las Entidades Promotoras de Salud:²⁵

1. Acreditar al corte del mes de junio y al corte del mes de diciembre de cada año que su composición de beneficiarios se sujetó a los siguientes porcentajes promedio ponderado:

- No menos de un cinco por ciento (5%) deben ser personas mayores de sesenta (60) años;
- No menos de un veinte por ciento (20%) deben ser mujeres entre los quince (15) y los cuarenta y cuatro (44) años.

²² Corte Constitucional, Sentencia T-467/95, M. P. Vladimiro Naranjo Mesa.

²³ Artículo 177, Ley 100 de 1993.

²⁴ Artículo 178, Ley 100 de 1993.

²⁵ Artículo 178, Ley 100 de 1993.

Los porcentajes aquí previstos podrán ser reducidos excepcionalmente por el Ministerio de Salud, previo examen de la composición demográfica de las regiones de influencia donde la Entidad Promotora de Salud preste sus servicios.

2. Acreditar después del segundo año de operación, contado a partir de la fecha en que se le otorgue el certificado de funcionamiento, un mínimo de cincuenta mil (50.000) afiliados beneficiarios. Para el primer año se deberá acreditar un mínimo de veinte mil (20.000) afiliados beneficiarios. Igualmente, deberá acreditar una capacidad máxima de afiliación.

3. Mantener actualizada toda la información previsional de los afiliados, de tal forma que se logre un adecuado recaudo de la cotización y una oportuna prestación del servicio.

4. Contar con mecanismos que le permitan determinar en forma permanente la mora o incumplimiento por parte de los empleadores en el pago oportuno de las cotizaciones, de tal forma que puedan adelantar las acciones de cobro de las sumas pertinentes.

2.1.2. TIPOS DE ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD²⁶

La Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar como Entidades Promotoras de Salud, siempre que para ello cumplan con los requisitos previstos en el artículo 180 de la Ley 100 de 1993, a las siguientes entidades:

- El Instituto de Seguros Sociales;
- Las cajas, fondos, entidades o empresas de previsión y seguridad social del sector público, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 236 de la presente ley;
- Las entidades que por efecto de la asociación o convenio entre las cajas de compensación familiar o la existencia previa de un programa especial patrocinado individualmente por ellas se constituyan para tal fin;
- Las entidades que ofrezcan programas de medicina prepagada o de seguros de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica;
- Las Entidades Promotoras de Salud que puedan crear los departamentos, distritos y municipios y sus asociaciones. Para ello podrán también asociarse con entidades hospitalarias públicas y privadas;
- Los organismos que hayan sido organizados por empresas públicas o privadas para prestar servicios de salud a sus trabajadores con anterioridad a la vigencia de la presente ley, siempre que se constituyan como personas, jurídicas independientes;
- Las organizaciones no gubernamentales y del sector social solidario que se organicen para tal fin, especialmente las empresas solidarias de salud y las de las comunidades indígenas;
- Las entidades privadas, solidarias o públicas que se creen con el propósito específico de funcionar como Entidad Promotora de Salud.

El artículo 180 de la Ley 100 de 1993 prevé:

2.1.3. REQUISITOS DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD

El artículo 180 de la Ley 100 de 1993 prevé que la Superintendencia Nacional de Salud autorizará como Entidades Promotoras de Salud a entidades de naturaleza pública, privada o mixta, que cumplan con los siguientes requisitos:

- Tener una razón social que la identifique y que exprese su naturaleza de ser Entidad Promotora de Salud.
- Tener personería jurídica reconocida por el Estado.
- Tener como objetivos la afiliación y registro de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el recaudo de las cotizaciones y la promoción, gestión, coordinación, y control de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios con las cuales atienda los afiliados y su familia, sin perjuicio de los controles consagrados sobre el particular en la Constitución y la Ley.

4. Disponer de una organización administrativa y financiera que permita:

- Tener una base de datos que permita mantener información sobre las características socioeconómicas y del estado de salud de sus afiliados y sus familias;
- Acreditar la capacidad técnica** y científica necesaria para el correcto desempeño de sus funciones, y verificar la de las Instituciones y Profesionales prestadores de los servicios;
- Evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos.

5. **Acreditar periódicamente un número mínimo y máximo de afiliados** tal que se obtengan escalas viables de operación y se logre la afiliación de personas de todos los estratos sociales y de los diferentes grupos de riesgo. Tales parámetros serán fijados por el Gobierno Nacional en función de la búsqueda de la equidad y de los recursos técnicos y financieros de que dispongan las Entidades Promotoras de Salud.

6. **Acreditar periódicamente el margen de solvencia que asegure la liquidez y solvencia** de la Entidad Promotora de Salud, que será fijado por el Gobierno Nacional.

7. Tener un capital social o Fondo Social mínimo que garantice la viabilidad económica y financiera de la Entidad, determinados por el Gobierno Nacional.

8. Las demás que establezca la Ley y el reglamento, previa consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

2.2. ASEGURAMIENTO EN SALUD

Entiéndase por aseguramiento en salud:²⁷

- La administración del riesgo financiero.
- La gestión del riesgo en salud.
- La articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo.
- La garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud, y

²⁶ Artículo 151, Decreto 1485 de 1994.

²⁷ Inciso 1°, artículo 14, Ley 1122 de 2007; numeral 2, Circular 066 de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud.

5. La representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud, esto es, la salud y la vida del usuario afiliado.

Los aseguradores en salud deben coordinar las pautas necesarias para los procedimientos, ser diligentes y prudentes en todos los contratos, y además, actuar con buena fe; si esto se aplica no tienen por qué presentarse problemas en la atención de los servicios de salud. Lo que sí no se puede es desplazar la falta de diligencia al paciente para que pague, ya que todos somos pacientes potenciales, y lo que se está haciendo es proteger a la sociedad.

Los aseguradores en salud deberán exigirle a sus prestadores de servicios de salud PSS que cumplan con los manuales de los procedimientos y que los firmen. Se entiende que toda actividad, procedimiento e intervención en salud tienen un protocolo y si estos se siguen disminuyen las responsabilidades y establecen una forma de salir a la defensa, en estos casos. El deber no es solo hacer la actividad, procedimiento e intervención, sino también todo lo correspondiente para que sea exitosa.

Conforme a lo establecido por el artículo 38 del Decreto 1011 de 2006, los aseguradores en salud incorporarán, en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad por parte de los aseguradores en salud de acuerdo con lo definido en el artículo 59 del Decreto 1011 de 2006.

2.2.1. RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL CONTRATO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

A quien se afilia el usuario es al asegurador en salud, no al prestador de servicios de salud, y quien se compromete en la calidad, oportunidad, eficiencia en el servicio, en el manejo de la salud, en el manejo de la vida, es el asegurador, no el prestador, todo esto derivado de la responsabilidad contractual establecida por la firma del contrato de aseguramiento entre el asegurador y el afiliado, y entre el asegurador y el alcalde municipal en el caso del régimen subsidiado.

Conforme a la definición del aseguramiento en salud, son los aseguradores en salud y no los PSS, los responsables de la calidad, oportunidad, eficiencia, y eficacia de la prestación de los servicios de salud, y por ende, los que deberán responder por toda falla, falta, lesión, enfermedad e incapacidad que se genere en la prestación de los mismos, teniendo en cuenta que el aseguramiento en salud, exige que el asegurador, asuma el riesgo transferido por el usuario, esto es, la salud y la vida del asegurado, y cumpla cabalmente con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud, derivado esto, de las obligaciones y responsabilidades contractuales que surgen del CONTRATO DE ASEGURAMIENTO.

La asunción directa de las responsabilidades en materia de servicios de salud, serán por parte de quien asegura, quien es el verdadero y directo responsable CONTRACTUAL, y no del prestador de servicios de salud, quien responderá solidariamente con el asegurador, solo cuando el PSS, habiéndose entregado por el ASEGURADOR, los elementos claves de atención esto es los requisitos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios de salud, haya hecho caso omiso a estos y haya generado la lesión, enfermedad o incapacidad en el usuario, por su omisión, arbitrariedad y el desconocimiento de lo ordenado, pactado y planteado por el asegurador en salud.

2.3. AUTORIZACIÓN DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO SALUDCOOP

La Superintendencia Nacional de Salud, mediante Resolución número 0186 del 24 de marzo de 1995, autorizó el funcionamiento de la "Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo Saludcoop" identificada con el NIT 800.250.119-1, con el fin de organizar y garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud de los afiliados, dentro de límites definidos en dicha Resolución.

2.4. AUTO NÚMERO 000058 DEL 11 DE MARZO DE 2011

Conforme a las facultades que le atañen a las Superintendencias Delegadas para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud, y para la Atención en Salud de la Superintendencia Nacional de Salud, frente a los sujetos del ámbito de su competencia, y a la facultad de verificar el cumplimiento de las condiciones técnicas, científicas, administrativas y financieras exigidas en la normatividad vigente, así como la de ejercer la inspección, vigilancia y control en materia jurídico-administrativa, del sistema de información y de la afiliación de las EAPB, como requisitos y obligaciones para su operación o puesta en marcha, así como para su permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, por medio de Auto número 000058 del 11 de marzo de 2011, se ordenó realizar una visita inspectiva a **Saludcoop, Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**, con el objeto de:

1. Verificar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 15 de la Ley 1122 de 2007, integración vertical patrimonial.
2. Verificar el flujo de recursos y el pago a los prestadores.
3. Verificar inversión de los recursos de UPC en la prestación de los Servicios de Salud para los años 2009 y 2010.
4. Verificar el ciclo de inversiones.
5. Verificar los contratos de Compraventa y Leasing, con sus respectivos registros contables.

6. Verificar el Margen de Solvencia y Patrimonio Técnico.

7. Verificar de la Nota Técnica y reporte de información al Ministerio de la protección Social para el Estudio de Suficiencia del POS.

8. Realizar la revisión del proceso de Aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

9. Verificar el del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

(Folios 1 al 5 Carpeta N° 1).

La visita antes referida se llevó a cabo del 14 al 18 de marzo de 2011, según consta en el acta visible a folios 11 al 16 de la Carpeta N° 1, luego de lo cual se elaboró el correspondiente informe preliminar.

El inciso 1° del artículo 10 de la Resolución 1242 de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud, dispone:

"Artículo 10. De la elaboración del informe preliminar y final de visita. Para la elaboración del informe preliminar y final de visita se tendrán en cuenta las actividades del Procedimiento de Visitas del Manual de Procesos y Procedimientos de la Superintendencia Nacional de Salud, y estos deberán ser elaborados por los funcionarios responsables en un término no mayor a los 5 días hábiles a la terminación de la visita, para la elaboración del informe preliminar; o de 5 días hábiles al recibo de la contestación de las observaciones o descargos que realice el sujeto visitado con respecto al informe preliminar; para la elaboración del informe final".

Mediante oficio radicado con el NURC 2-2011-023031 del 15 de abril de 2011, la Superintendente Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud, remitió a **Saludcoop, Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**, el informe preliminar de la visita, con el fin de dar cumplimiento al debido proceso y se estableció un plazo de diez (10) días hábiles contados a partir del recibo de la comunicación, para presentar las observaciones, argumentos y soporte documental para aclarar información, imprecisiones o inconsistencias y desvirtuar las presuntas irregularidades señaladas en el informe preliminar. (Folio 158 Carpeta N° 1).

El oficio de NURC 2-2011-023031 del 15 de abril de 2011, fue recibido por la **Saludcoop, Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**, el día 19 de abril de 2011. (Folio 365 Carpeta N° 2).

El inciso 2° del artículo 10 de la Resolución 1242 de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud, establece:

"Si vencido el término de 10 días hábiles posteriores al recibo del informe preliminar de visita por parte del sujeto visitado, no se recibe retroalimentación del mismo en ejercicio de su derecho a la contradicción, se entenderá que el informe preliminar ha sido aceptado y este mismo corresponderá al informe final de visita".

En consecuencia, **Saludcoop, Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**, debió presentar las observaciones, argumentos y soporte documental para aclarar información, imprecisiones o inconsistencias y desvirtuar las presuntas irregularidades señaladas en el informe preliminar, a más tardar el 5 de mayo de 2011.

Así las cosas una vez vencido el plazo en comento, sin que se aportara respuesta por parte de **Saludcoop, Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**, esto es, una vez agotado el derecho a la defensa, al debido proceso y a la contradicción de **Saludcoop, Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**, a través de la Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud se le comunicó a **Saludcoop, Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo** con oficio de NURC 2-2011-026650 del 6 de mayo de 2011, que, el informe preliminar quedó en firme y por lo tanto se entiende como informe final de visita confirmando los hallazgos, por tanto, esta Superintendencia Nacional de Salud definirá la conducta a seguir de acuerdo a la normatividad vigente. (Folio 367 y 368 Carpeta N° 2).

Mediante oficio radicado con el NURC 2-2011-027861 del 11 de mayo de 2011, las Superintendencias Delegadas para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud, y para la Atención en Salud de la Superintendencia Nacional de Salud, remitieron a **Saludcoop, Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**, el informe final de la visita, con el fin de dar cumplimiento al debido proceso. (Folios 575 y 576 Carpeta N° 3).

3. CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

En relación con los tópicos abordados por parte de la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud de la Superintendencia Nacional de Salud, frente al incumplimiento por parte de **Saludcoop, Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo** de las condiciones de permanencia necesarias para su operación, debe tenerse en cuenta que, en virtud de los hallazgos de la Visita ordenada por medio del Auto número 000058 del 11 de marzo de 2011, debe tenerse en cuenta que pese a que:

- Mediante oficio radicado con el NURC 2-2011-023031 del 15 de abril de 2011, las Superintendencias Delegadas para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud, y para la Atención en Salud de la Superintendencia Nacional de Salud, remitieron a **Saludcoop, Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**, el informe preliminar de la visita, con el fin de dar cumplimiento al debido proceso y se estableció un plazo de diez (10) días hábiles contados a partir del recibo de la comunicación, para presentar las observaciones, argumentos y soporte documental para aclarar información, imprecisiones o inconsistencias y desvirtuar las presuntas irregularidades señaladas en el informe preliminar. (Folios 1 al 5 Carpeta N° 1).

- El oficio de NURC 2-2011-023031 del 15 de abril de 2011, fue recibido por **Saludcoop, Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**, el día 19 de abril de 2011. (Folio 365 Carpeta N° 2).

- El inciso 2° del artículo 10 de la Resolución 1242 de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud, establece:

• “Si vencido el término de 10 días hábiles posteriores al recibo del informe preliminar de visita por parte del sujeto visitado, no se recibe retroalimentación del mismo en ejercicio de su derecho a la contradicción, se entenderá que el informe preliminar ha sido aceptado y este mismo corresponderá al informe final de visita”.

• **Saludcoop, Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**, debió presentar las observaciones, argumentos y soporte documental para aclarar información, imprecisiones o inconsistencias y desvirtuar las presuntas irregularidades señaladas en el informe preliminar, a más tardar el 5 de mayo de 2011

Una vez vencido el plazo, sin que se aportara respuesta por parte de **Saludcoop, Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**, el informe preliminar quedó en firme y por lo tanto se entiende como informe final de visita confirmando los hallazgos, tal como se informó con el oficio NURC 2-2011-026650 del 6 de mayo de 2011 (Folio 367 y 368 Carpeta N° 2).

Así las cosas, los hallazgos de que trata el informe preliminar quedan en firme, pues pese a haberse otorgado el traslado que exige la Resolución 1242 de 2008, **Saludcoop, Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo** no ejerció el derecho a la contradicción en el término indicado por esta.

De esta manera, se tiene que **Saludcoop, Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**, presenta los siguientes hallazgos: (Folios 506 al 574 Carpeta N° 3).

“A continuación se presenta el análisis de los estados financieros (Balance General y Estado de Resultados) correspondiente a los años 2009 y 2010 de la Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo “SALUDCOOP EPS O.C.”.

1. Temas financieros:

Es procedente manifestar que la evaluación correspondiente a las vigencias de 2009 y 2010 se fundamentó en la verificación de las cifras a través de los Estados financieros de la entidad vigilada, sometidos a consideración de la Asamblea General.

1.1. Estados Financieros Comparativos a 31 de diciembre de 2010 y de 2009

Miles de pesos				
CUENTAS	2010	2009	Variación Absoluta	Variación Relativa
ACTIVO			\$	%
Activo corriente				
Disponible	70.876.163	44.695.259	26.180.904	58,58 %
Inversiones temporales	22.621.413	14.848.751	7.772.663	52,35 %
Inventarios	51.246.175	26.540.115	24.706.060	93,09 %
Deudores	630.332.512	462.325.799	168.006.713	36,34 %
Gastos pagados por anticipado	573.837	713.984	(140.146)	(19,63 %)
Total activo corriente	775.650.100	549.123.908	226.526.193	41,25 %
Activo no corriente				
Propiedades planta y equipo	220.192.995	232.831.404	(12.638.409)	(5,43 %)
Inversiones permanentes	197.521.052	186.573.512	10.947.540	5,87 %
Activos diferidos	4.264.931	11.663.576	(7.398.645)	(63,43 %)
Total activo no corriente	421.978.978	431.068.492	(9.089.514)	(2,11 %)
Otros activos				
Valorizaciones	138.828.456	111.927.147	26.901.309	24,03 %
Intangibles	86.460.193	83.829.675	2.630.518	3,14 %
Total otros activos	225.288.649	195.756.822	29.531.827	15,09 %
TOTAL ACTIVO	1.422.917.727	1.175.949.222	246.968.506	21,00 %
Cuentas de orden deudoras	601.007.003	394.771.038	206.235.965	52,24 %
PASIVO				
Pasivo corriente				
Obligaciones financieras corto plazo	194.858.424	168.259.812	26.598.612	15,81 %
Sobregiro Contable	271.530.076	89.490.371	182.039.705	203,42 %
Proveedores	83.692.385	38.289.113	45.403.272	118,58 %
Cuentas por pagar	25.071.517	36.170.469	(11.098.952)	(30,69 %)
Obligaciones laborales	1.778.620	1.694.150	84.470	4,99 %
Cuentas por pagar –Fosyga	41.871.677	49.608.907	(7.737.230)	(15,60 %)
Otros pasivos	3.537.258	1.915.200	1.622.058	84,69 %
Reservas técnicas	106.800.735	110.084.386	(3.283.652)	(2,98 %)
Total pasivo corriente	729.140.692	495.512.408	233.628.284	47,15 %
Pasivo no corriente		53.611.501	7.102.091	-
Obligaciones financieras largo plazo	65.955.488	99.728.034	(33.772.547)	(33,86 %)
Cuentas por pagar largo plazo	61.425.865	53.535.368	7.890.497	14,74 %
Fondos sociales	2.725.589	3.935.190	(1.209.600)	(30,74 %)
Pasivos estimados y provisiones	8.242.395	7.692.876	549.518	7,14 %
Otros pasivos	716.130	1.399.696	(683.566)	(48,84 %)
Total pasivo no corriente	139.065.467	166.291.165	(27.225.698)	(16,37 %)
TOTAL PASIVO	868.206.159	661.803.572	206.402.587	31,19 %

Miles de pesos				
CUENTAS	2010	2009	Variación Absoluta	Variación Relativa
PATRIMONIO				
Reservas y Fondos de Destinación Específica	283.587.107	245.698.727	37.888.380	15,42 %
Superávit por valorización	138.828.456	111.927.147	26.901.309	24,03 %
Capital social	66.709.531	66.368.535	340.996	0,51 %
Superávit método de participación	46.843.475	25.500.010	21.343.465	83,70 %
Excedente del ejercicio	16.489.125	57.192.478	(40.703.353)	(71,17 %)
Superávit de Capital	2.253.874	7.458.753	(5.204.879)	(69,78 %)
TOTAL PATRIMONIO	554.711.568	514.145.650	40.565.918	7,89 %
TOTAL PASIVO MÁS PATRIMONIO	1.422.917.727	1.175.949.222	246.968.505	21,00 %
Cuentas de orden acreedoras	745.816.512	666.363.841	79.452.671	11,92 %

Fuente: Estados Financieros Comparativos 2010-2009.

En atención a los requerimientos documentales de la visita, Saludcoop EPS, suministró como parte de la información financiera las notas a los estados financieros, correspondientes a los años 2009 y 2010 y el dictamen de Revisoría Fiscal del año 2010.

Se obtuvo copia del dictamen con corte a diciembre 31 de 2010, emitido por la firma AUDITORÍAS Y REVISORÍAS FISCALES AUDIGROUP LTDA., a través del Revisor Fiscal principal, doctor Miguel Antonio Ramírez Alfonso, el día 25 de febrero de 2011, en el que manifiesta que los estados financieros “tomados fielmente de los libros de Contabilidad y adjuntos este informe, presentan razonablemente la situación financiera de Saludcoop EPS al 31 de diciembre de 2010 y 2009”.

Adicionalmente, expone en el dictamen:

“La crisis que actualmente afronta el Sistema de Salud Colombiano, ha afectado sin lugar a dudas a todas las EPS del país, situación a la que no ha sido ajena Saludcoop EPS, el incremento en el costo de los servicios, introducción de nuevos medicamentos, insumos y procedimientos al plan obligatorio de salud así como el aumento de las cuentas por cobrar por concepto de recobros por tutelas y CTC, los cuales no han encontrado el alivio que se esperaba, en cuanto a los desembolsos a realizar por parte del Consorcio Fiduciario establecidos en la sentencia de la Corte Constitucional T-760. Sobre este aspecto, y con el propósito de contribuir al buen desempeño del Sistema de Seguridad Social en Salud, en aras de garantizar la efectiva y adecuada protección de los derechos de sus usuarios, así como la sostenibilidad financiera del Sistema, la EPS suscribió en diciembre de 2009, con el Ministerio de la Protección Social, un documento de Entendimiento de Pago, el cual esperaba diera celeridad al recaudo de estos dineros, no obstante a la fecha de cierre 2010 no se había logrado el pago.

Como consecuencia de la mora en estos pagos, y con el fin de no afectar, en lo posible, el cumplimiento de las obligaciones de la EPS para con sus proveedores médicos y de servicios, la entidad ha tenido que recurrir a créditos de tesorería con las diferentes entidades financieras, además incrementando significativamente los sobregiros contables.

Es de resaltar que el Revisor Fiscal no hace mención en su dictamen de la situación de Saludcoop, frente a los aspectos que fueron objeto de hallazgo en el presente informe, por lo que se requieren las explicaciones pertinentes, teniendo en cuenta lo previsto en la Circular Conjunta 122 SNS y 036 JCC de 2001, la cual entre otros aspectos señala:

“Cerciorarse que las operaciones que se celebren o cumplan por cuenta de la entidad objeto de su fiscalización se ajusten a las prescripciones legales y estatutarias y a las decisiones de la Asamblea General y del Consejo Administrativo o Junta Directiva, o quien haga sus veces e igualmente que las mismas se hayan desarrollado con eficiencia en pro de los objetivos sociales.

(...)

Emitir con destino a la Superintendencia Nacional de Salud, un informe trimestral sobre la existencia de procedimientos adoptados por la administración para conducir adecuadamente la entidad, al igual que para asegurar su viabilidad financiera, incluido el aseguramiento de su continuidad como empresa en marcha y la capacidad para atender oportunamente las obligaciones y compromisos adquiridos.

(...)

Informar a la Superintendencia Nacional de Salud sobre el incumplimiento de las obligaciones que la entidad posea, así como las causas que le dieron origen.

(...)

En este sentido se evidencia claro incumplimiento por parte de la Firma de Revisoría Fiscal de la Circular Conjunta 122 SNS y 036 JCC de 2001.

Con base en los estados financieros con corte a diciembre de 2009 y 2010, se procede a realizar el análisis correspondiente, así:

El activo corriente de Saludcoop a diciembre 31 de 2009 con respecto a diciembre 31 de 2010, presentó un incremento del 41,25%, al pasar de \$549.123.908 miles a \$775.650.100 miles, donde la mayor participación la registra la cuenta de Deudores.

El activo no corriente, está representado por la propiedad planta y equipo, inversiones permanentes y los activos diferidos y presentó una disminución neta de \$2,11%.

El pasivo corriente, se incrementó en el 47,15%, donde el mayor incremento se refleja en los sobregiros contables al pasar de \$84.490.371 miles en 2009 a \$271.530.076 miles en 2010 y en los proveedores al pasar de \$38.289.113 miles en el año 2009 a \$83.692.385 miles en 2010.

La cuenta de patrimonio se incrementó en 7,89% al pasar de \$514.145.650 miles en el año 2009 a \$554.711.568 miles del año 2010.

Una vez analizadas cada una de las cuentas que componen los estados financieros se tiene el siguiente comportamiento:

1.1.1. Bancos y sobregiro contable

Las cuentas bancarias de la EPS se componen de dos tipos, Recursos propios y Cotizaciones régimen Contributivo.

En los recursos de cotizaciones régimen contributivo se encuentran los valores correspondientes a las cotizaciones recaudadas en forma directa por la EPS o a través de la red bancaria, producto de los aportes de seguridad social en salud.

Los giros y transferencias que se realizan de estas cuentas son relacionados con la operación del Fosyga y a cuentas propias de la EPS según resultado del proceso de compensación.

A diciembre 31 de 2010, Saludcoop refleja en Bancos - cuentas corrientes la suma de \$18.360.273 miles y en cuentas de ahorro la suma de \$39.317.757 miles.

No obstante lo anterior, la EPS presenta un sobregiro contable por la suma de \$271.530.076 miles, reflejados en la cuenta código 210507 de los estados financieros, de los cuales el monto generado en el mes de diciembre de 2010 de la cuenta 380-105-932 es de \$204.982.823 miles que representa el 77% del valor total de cheques pendientes de cobro a diciembre de 2010.

Miles de pesos

DESCRIPCIÓN	Total
SALDO EN EXTRACTO	60.636.676
CHEQUES PENDIENTES DE COBRO	(270.634.333)
CONSIGNACIONES PENDIENTES DE CONTABILIZAR	(1.252.820)
ENTRADAS NO REGISTRADAS EN EXTRACTO	127.378
SALIDAS NO REGISTRADAS EN EXTRACTO	(973)
SALIDAS PENDIENTES DE CONTABILIZAR	11.667
CHEQUES PRESCRITOS	(2.648.697)
CHEQUES ENTREGADOS NO COBRADOS	(92.651)
SALDO EN LIBROS	(213.853.753)
SALDO CUENTAS RECAUDADORAS	43.721.455
SALDO CUENTAS PROPIAS	13.956.576
SOBREGIRO BANCARIO	(1.707)
SOBREGIRO CONTABLE	(271.530.076)
TOTAL	(213.853.753)

Fuente: Reporte conciliaciones Bancarias entregadas por la Entidad.

La EPS a diciembre de 2010, tiene conciliadas las 56 cuentas bancarias, se observa que la entidad tiene un acumulado de cheques pendientes de cobro por valor de \$270.634.332 miles y cheques prescritos por valor de \$2.648.697 miles.

1.1.2. Cheques girados no entregados

Revisada la conciliación de la cuenta bancaria corriente número 380-105-932 denominada Giros Médicos de la Regional Cundinamarca, se observa que la entidad tiene 8.013 cheques pendientes de cobro los cuales no han sido entregados a los diferentes proveedores y acreedores de la entidad, por un total de \$266.895.689 miles, discriminados así:

Miles de pesos

AÑOS	VALOR
TOTAL 2007	15.045
TOTAL 2008	2.973
TOTAL 2009	61.704
TOTAL MARZO 2010	185.778
TOTAL JUNIO 2010	2.070.505
TOTAL SEPTIEMBRE DE 2010	54.782.243
TOTAL NOVIEMBRE DE 2010	4.794.614
TOTAL DICIEMBRE DE 2010	204.982.823
TOTAL PENDIENTE DE COBRO	266.895.689

Fuente: Reporte conciliaciones Bancarias entregadas por la Entidad.

Tal como se observa, para el año 2010, el giro de cheques se efectuó en los cortes trimestrales equivalentes al envío de información de Circular Única, lo que indica la intención de la disminución de las cuentas por pagar a proveedores, suministradas a la Superintendencia Nacional de Salud, situación que afecta el comportamiento en el flujo de recursos, observando un manejo inadecuado de la Entidad y por ende desvirtuando la realidad financiera de la EPS.

De acuerdo a lo anterior, se establece que el giro de cheques disminuye las cuentas por pagar a proveedores, sin embargo la no entrega de los mismos, se refleja en el menor valor del monto de inversiones a constituir con ocasión a las reservas técnicas, circunstancia que podría indicar un manejo contable inadecuado de la información para disminuir el valor de las cuentas por pagar, lo cual, genera distorsión en la información.

1.1.3. Inversiones

Según el balance general a diciembre de 2010, Saludcoop presenta un saldo en la cuenta de inversiones por valor de \$220.142.465 miles, con un incremento del 11%, respecto al año 2009, pasando de \$201.422.264 miles a \$220.142.465 miles.

CLASIFICACIÓN	NOMB. TERCERO	SALDO INICIAL COSTO HISTÓRICO	TOTAL DIC. 2010
Acciones	SALUDCOOP MÉXICO S. A. DE C.V.	18.976.595	3.337.065
	COOPSEGUROS ECUADOR S. A.	0	0
	CAFESALUD EPS	17.279.521	28.250.098
	CLÍNICA SANTA CRUZ DE LA LOMA S.A.	3.024.818	5.596.691
	CLÍNICA SALUDCOOP ARMENIA S. A.	3.016.258	1.235.213
	SOCIEDAD CLÍNICA PAMPLONA LTDA.	0	3.324.217
	SALUDCOOP CLÍNICA SANTA ISABEL LTDA.	0	-1.225.928
	SALUDCOOP CLÍNICA LOS ANDES S. A.	7.034.051	11.165.589
	EPSIFARMA S. A.	3.401.950	697.804
	CIUDADELA SALUD S. A.	7.560.000	11.904.457
	ÓPTICA SALUDCOOP S. A.	71.189	552.827
	WORK AND FASHION S. A.	235.090	866.787
	HEALTH FOOD S. A.	759.317	2.671.190
	PHARMA 100 S. A.	326.067	38.270
	AUDIEPS LTDA.	0	146.562
	HEON HEALTH ON LINE LTDA.	17.000.000	19.149.099
	IMPECABLE LAVANDERÍA HOSPITALARIA LTDA.	0	45.467
	CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS SALUDCOOP COODONTÓLOGOS LTDA.	0	0
	BIORESCATE LTDA.	0	608.733
	INVERSIONES CARTAGENA S. A.	20.686.845	24.124.930
	INVERSIONES SOLIDARIAS S. A.	20.685.721	24.124.930
	MEDICINA PREPAGADA CRUZ BLANCA S. A.	2.832.385	6.224.353
	CLÍNICA MARTHA S. A.	1.850.301	4.502.695
	INVERSIONES Y ESTRATEGIAS EN SALUD	0	0
	CONSULTORÍA DE ESTRATEGIAS Y NEGOCIOS S.A.	1.000	1.000
	PROYECTOS Y CONSTRUCCIONES ARQUITECTÓNICAS	0	151.537
	REFORESTADORA ACCIÓN VERDE S. A.	980.000	980.000
Total Acciones		125.721.109	148.473.585
Total Aportes		42.584.150	44.322.329
Total Cuotas		9.167.617	9.650.896
Total Derechos		3.270.234	2.182.480
Total Fideicomisos		92.070	7.052.026
Total Títulos Deuda Pública		11.552.447	13.452.906
TOTAL GENERAL		192.387.627	225.134.221

FUENTE: Reporte de Inversiones entregado por la Entidad en el desarrollo de la visita.

Tal como se evidencia en el cuadro anterior, las inversiones a diciembre de 2010, presentan un saldo de \$225.134.221 miles, reflejando una diferencia respecto del valor suministrado por la EPS en los estados financieros de \$4.991.586 miles, toda vez que en los mismos se refleja un valor de \$220.142.465 miles. Es preciso que se justifique la diferencia.

Saludcoop EPS, tiene una inversión en Saludcoop México S. A., por valor histórico de \$18.976.595 miles, la cual a diciembre de 2010, registra un valor neto de \$3.337.064 miles, presentando una desvalorización de la misma por valor de \$15.639.531 miles, durante el tiempo de la inversión en propiedad de Saludcoop.

El incremento en el valor de la inversión en Cafesalud EPS, Santa Cruz de la Loma, obedece a la aplicación del método de participación y al superávit por valorización durante los años 2009 y 2010.

La inversión de la Clínica Armenia, presenta una disminución del 50%, durante el tiempo de la inversión en propiedad de Saludcoop, y para los años 2009 y 2010 su disminución fue de \$63.036 miles, producto de la aplicación del método de participación.

Pese a que Saludcoop no registra costo histórico, respecto de la inversión en la Clínica Pamplona, a diciembre de 2010, registra un saldo de \$3.324.216 miles, como superávit por valorización de acuerdo al libro auxiliar de inversiones suministrado por la EPS.

En Saludcoop Clínica los Andes, la EPS no efectuó inversión durante los años 2009 y 2010, su incremento corresponde a la aplicación del método de participación y al registro de superávit por valorización.

La inversión registrada en Epsifarma, presenta un saldo a diciembre 31 de 2008 por valor de \$3.401.950 miles, durante los años 2009 y 2010, como consecuencia de la aplicación del método de participación presentó una disminución del 80%.

En este sentido se procedió a efectuar el análisis para los años 2009 y 2010, frente a la variación en las inversiones en acciones que registra Saludcoop, observando que el incremento de estas corresponde a la aplicación del método de participación y al registro de superávit por valorización.

Tal como se muestra a continuación, Saludcoop a diciembre de 2010, presenta un saldo de inversiones en Fideicomisos por valor de \$7.052.026 miles y realizó durante el año 2010 inversiones en Encargos Fiduciarios por la suma de \$7.038.484 miles, donde la mayor inversión la registra con la firma Proyectar Valores S. A. por \$7.005.218 miles, seguida de la Inversión en la DIAN con un valor de \$78.528 miles, de las cuales no precisa el objeto de la inversión ni la procedencia de los recursos que justifique su constitución, por lo que se requiere además copia del contrato respectivo.

NOMB. TERCERO	SALDO INICIAL COSTO HISTÓRICO	COMPRA	TOTAL DIC. 2010
FIDUCIARIA DE OCCIDENTES S. A.	3.500.000	0	3.500.000
FIDUCIARIA CORFICOLOMBIANA S. A. FCO VALOR PLUS	51.361.754	-49.828.314	1.533.440
ALIANZA DE VALORES	0	0	0
FIDUCIARIA CORFICOLOMBIANA S. A. FIDEICOMISO METROTEL RECURSOS	0	0	0
CASA DE BOLSA CORFICOLOMBIANA	0	1.263.877	1.263.877
CORREVAL S. A.	0	2.214.252	2.214.252
CORREDORES ASOCIADOS S. A.	37.208.644	1.088.318	38.296.962
PROYECTAR VALORES S. A. COMISIONISTA DE BOLSA	0	7.005.217.885	7.005.217.885
DIAN	0	78.528.000	78.528.000
TOTAL GENERAL	92.070.398	7.038.484.017	7.130.554.415

Fuente: Relación entregada por Saludcoop en el desarrollo de la visita.

No obstante, al revisar las notas a los estados financieros, en la número 4, señala que tiene una inversión en Corredores Asociados por valor de \$15.490.857 miles, situación que genera incertidumbre frente a la realidad de la información suministrada.

1.1.4 Deudores

La cuenta deudores según el balance general, a diciembre de 2009 y 2010, presenta un saldo de \$462.325.799 miles y 630.332.512 miles, respectivamente, registrando las mayores variaciones en las siguientes subcuentas:

- Cuentas por cobrar al Fosyga

Miles de Pesos

CUENTAS POR COBRAR FOSYGA	484.813.910
Subcuenta de Compensación	124.085.325
Subcuenta de Promoción y Prevención	547.021
Licencias de Maternidad por Cobrar	13.726.050
Recobro por Cumplimiento Sentencias Judiciales	213.506.860
Recobro no POS - Comité Técnico Científico	132.948.654

FUENTE: Relación suministrada por la EPS en desarrollo de la visita.

Donde las mayores deudas corresponden a Recobros por Cumplimiento de Sentencias Judiciales y recobros por Comité Técnico Científico. A continuación se muestra la desagregación de los diferentes conceptos objeto de glosa.

Cifras en Miles de Pesos	
CTC	132.948.654
SIN PRONUNCIAMIENTO	65.718.371
ZONA GRIS	24.668.037
ACTA	21.931.737
EXTEMPORANEIDAD	14.697.282
SOPORTES ADMINISTRATIVOS Y TÉCNICOS	2.659.661
PAGOS PARCIALES	2.649.692
OTRAS CAUSALES	348.064
ENTE TERRITORIAL	169.937
FALLO INTEGRALIDAD Y NO CONCEDE	64.133
CON AUDITORÍA SIN GLOSA	39.724
FALLO DOCUMENTO	2.016
SENTENCIAS JUDICIALES	213.506.860
ZONA GRIS	33.838.078
PAGOS PARCIALES	76.301.543
SIN PRONUNCIAMIENTO	57.810.070
FALLO INTEGRALIDAD Y NO CONCEDE	22.406.150
EXTEMPORANEIDAD	9.646.288
FALLO DOCUMENTO	8.204.061
CON AUDITORÍA SIN GLOSA	2.119.245
SOPORTES ADMINISTRATIVOS Y TÉCNICOS	1.852.676
OTRAS CAUSALES	1.207.581
ACTA	108.415
ENTE TERRITORIAL	12.754
TOTAL GENERAL	346.455.515

FUENTE: Relación suministrada por la EPS en desarrollo de la visita.

Para efectos de aclarar la información anterior, se requiere que la misma sea clasificada de acuerdo a los 4 estados de la glosa.

Así mismo, se refleja en la relación de cuentas por cobrar al Fosyga por concepto de CTC, un concepto definido como Ente Territorial por valor de \$169.937 miles, del cual se requiere indicar a qué tipo de servicios obedece el registro contable.

A continuación se presenta la edad de la cartera con el Fosyga donde la deuda con mora superior a 90 días equivale a \$179.730.087 con el 52%.

Cifras en Miles de Pesos

Sin Mora	114.241.387
Mora de 1 a 30 días	9.193.407
Mora de 31 a 60 días	13.871.684
Mora de 61 a 90 días	29.418.161
Mora de 91 a 180 días	56.534.227
Mora de 181-360 días	37.764.122
Mora Mayor a 360 días	85.432.526
TOTAL	346.455.514

FUENTE: Relación suministrada por la EPS en desarrollo de la visita.

De acuerdo a la información suministrada por el Fosyga, se tiene el siguiente comportamiento:

Valor recobrado	
2009	2010
448.605.460	509.885.912
Valor Glosado	
2009	2010
142.595.307	124.968.604
Valor Aprobado	
2009	2010
294.679.370	302.985.322

Fuente: Informe Fosyga.

Saludcoop presentó recobros al Fosyga así, para el año 2009 por valor de \$448.605.460 miles y para el año 2010 la suma de \$509.885.912 miles de los cuales se fue glosado \$142.595.307 miles y \$124.968.604 miles en el 2009 y 2010, respectivamente, y aprobado la suma de \$294.679.370 miles en el año 2009 y \$302.985.322 miles en el año 2010.

Saludcoop en aras de la recuperación de los recursos adeudados por el Fosyga, el 17 de diciembre de 2009, suscribió con el Ministerio de la Protección Social un documento, del cual se extractan algunos apartes así:

“El cual refleja los Acuerdos a los cuales hemos llegado para el pago de los recobros relacionados con medicamentos, insumos y procedimientos ordenados por Fallos de Acción de tutela y Comités Técnico Científicos y glosados por el Encargo Fiduciario por considerar que las prestaciones recobradas están incluidas en el Plan de Beneficios, posición esta última que no comparte la EPS. Por lo anterior se acuerda lo que se indica a continuación, previas las consideraciones que se pasan a expresar:

Que el Ministerio de la Protección Social ha manifestado su intención de solucionar mediante conciliación las diferencias existentes con las Entidades Promotoras de Salud (EPS), en relación con el suministro de medicamentos, insumos y procedimientos no previstos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), que estas últimas recobran al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y han sido glosadas e impagas.

Que el Contralor General de la República propició varias reuniones de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), con funcionarios del Ministerio de la Protección Social y la participación de funcionarios de la Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo, para estudiar posibles fórmulas de conciliación.

Que las EPS que suscriben el presente documento ven la necesidad de llegar a un acuerdo para el pago de los recobros antes indicados por parte del Fosyga, de tal manera que, según lo manifiestan las EPS, no se vea amenazada la estabilidad financiera de las EPS como tampoco la continuidad y calidad en la prestación de los servicios a los usuarios.

Que a ambas partes les anima el propósito de contribuir al buen desempeño del Sistema de Seguridad Social en Salud, en aras de garantizar la efectiva y adecuada protección de los derechos de sus usuarios, así como la sostenibilidad financiera del Sistema.

Que a ambas partes les anima el propósito de contribuir al rápido flujo de recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud y su eficiente utilización.

Que el producto de una eventual conciliación está basado en una fórmula matemática y no en un criterio técnico respecto del Plan Obligatorio de Beneficios y, por tanto, el acuerdo que se logre no tiene el alcance técnico de interpretar y menos aún, modificar el POS.

Que ambas partes están dispuestas a buscar soluciones que garanticen el buen funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud y a hacer cesiones mutuas que resuelvan sus diferencias.

En este sentido acordaron:

“Las partes han identificado tres escenarios diferentes sobre los cuales se podrían enmarcar los recobros glosados e impagados, y han determinado el camino y procedimiento a seguir para cada uno de ellos, con miras a la conciliación y pago de los mismos.

Las partes acuerdan que tal como se han venido desarrollando las conversaciones buscarán aplicar la metodología de Mesas de Trabajo, Conciliación Judicial y Prejudicial para todos los recobros sobre los cuales se han aplicado glosas que puedan ser levantadas por mesas de trabajo o puedan llegar a ser conciliadas de tal manera que se pueda buscar una solución integral para el tema de los recobros glosados; para ello las partes realizarán sus mejores esfuerzos en aras de encontrar una solución a la problemática de los recobros.

Los acuerdos de conciliación que se logren en virtud del presente entendimiento no darán lugar a reconocimiento de intereses de ninguna índole”.

No obstante, a la fecha no se ha obtenido por parte de Saludcoop, el cumplimiento de lo previsto en el citado documento.

Anticipos y Avances

Cifras en Miles de \$					
DESTINO	NOMB. TERCERO	SALDO INICIAL	ANTICIPO	LEGALIZAC.	Saldo diciembre 2010
Anticipos para medicamentos	PRODUCTOS BIOLÓGICOS PROBIOL LTDA.	0	4.279	1.297	2.982
Total Anticipos para medicamentos		0	98.459	95.477	2.982
Anticipos por Tutelas	JUAN ESTEBAN SIERRA MEJÍA	634	0	0	634
	GUILLERMO CAMPOS	3.078	0	1.544	1.534
	CLÍNICA SANTILLANA	767	0	515	252
	UNIVERSIDAD DEL VALLE	232	0	162	70
Total Anticipos por Tutelas		623.133	8.893	629.536	2.490
Proveedores Administrativos	MEDICAL MONOFILAMENT	0	6.904	0	6.904
	MAURICIO ARMANDO OSPINA SERRANO	0	1.900	0	1.900
	JUDITH CONSTANZA PINTO DE NIETO	1.384	90.462	89.189	2.657
	SHENZHEN CAREWELL ELECTRONICS CO. LTD.	0	12.173	10.151	2.022
	BEIJING AEONMED CO., LTD.	0	150.937	32.624	118.313
	LIZED MARVELIS GALLEGO LÓPEZ	10.250	56.111	58.261	8.100
	MEDIDORESTÉCNICA EQUIPOS S. A. - C.I.	75.000	0	0	75.000
	AGENCIA DE ADUANAS ADUANERA GRANCOLOMBIANA S. A. NIVEL 1	0	817.699	743.797	73.902
	AUTOSERVICIO TORRES LTDA.	0	1.908	1.132	776
Total Proveedores Administrativos		1.348.623	39.986.242	41.045.290	289.575
Proveedores Médicos	JOHN JAIRO SILVESTRE AVENDAÑO	0	305	0	305
	SHIRE HUMAN GENETIC THERAPIES INC	0	3.136.344	1.876.078	1.260.266
	CARLOS ARTURO IZQUIERDO CORRALES	0	18.720	0	18.720
	HERNÁN EMILIO DUQUE ROMERO	0	1.485	0	1.485
	ALEXÁNDER CASTILLO RODRÍGUEZ	0	900	900	0
	JUAN MANUEL ESCOBAR GUERRERO	0	3.330	1.440	1.890
	CÉSAR AUGUSTO PATIÑO BERMÚDEZ	0	5.040	2.880	2.160
	GABRIEL OSORNO MUÑOZ	0	58.590	50.940	7.650
	LUZ LIBIA CALA VECINO	0	828	734	95
	GENZYME CORPORATION	320.270	5.745.774	4.532.731	1.533.313
	BIOMARIN PHARMACEUTICAL INC	0	712.460	534.962	177.499
	JUAN DARÍO PUERTA DÍAZ	0	19.020	17.220	1.800
	MAURICIO PALACIO BOTERO	0	3.060	1.530	1.530
	ALEJANDRO ARANGO RESTREPO	0	2.970	0	2.970
	ROLANDO JOSÉ ORTEGA QUIROZ	0	1.143	893	250
	ANDRÉS MEJÍA PIEDRAHÍTA	0	5.679	1.068	4.611
	GUILLERMO CAMPOS	0	134.360	110.386	23.973
	CARLOS EDUARDO RANGEL GALVIS	0	765	180	585
	LUIS JOSÉ CÉSPEDES PINTO	0	5.400	5.292	108
	FERNANDO BRICEÑO RINCÓN	0	25.740	21.060	4.680
	RADIOLOGÍA SAN DIEGO LTDA.	0	8.873	6.962	1.911
	FEDERACIÓN COLOMBIANA DE MUNICIPIOS	0	2.276.008	1.896.673	379.335
	CLÍNICA COLSANTAS S. A.	0	18.000	2.633	15.367
	INSTITUTO GASTROCLÍNICO S. A.	0	12.171	10.638	1.533
	CLÍNICA SANTILLANA	0	10.787	9.900	887
	CENTRO DERMATOLÓGICO FEDERICO LLERAS	0	2.901	2.393	508
	SabagRadiólogos S. A.	0	1.668	0	1.668
	MENTE SANA	0	115	0	115
	LASER REFRACTIVO DE CALDAS S. A.	0	6.094	6.053	42
	SELIG DE COLOMBIA S. A.	0	59.338	30.032	29.306
	TALLER PSICOMOTRIZ CRISALIDA EMPRESA UNIPERSONAL	0	85.491	78.915	6.576
	CLÍNICA LOYOLA S.A.S	0	3.471	2.670	801
	UNIÓN TEMPORAL INSER	0	106.686	99.229	7.457
	COOPERATIVA EPSIFARMA	0	3.231.768	0	3.231.768
	PRECOOPERATIVA DE SERVICIOS MÉDICOS EN CÁNCER CANSERCOOP	0	171.607	135.943	35.664
	BIO MASTER LIMITADA	0	82.077	28.438	53.639
	BIORESCATE LTDA.	0	650.000	0	650.000
	FUNDACIÓN MISIONEROS DIVINA REDENCIÓN SAN FELIPE NERI	0	40.000	35.000	5.000
	CONGREGACIÓN HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACIÓN	110	880.378	809.494	70.994
	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	0	9.188	1.188	8.000
	LABORATORIOS ALCON DE COLOMBIA S. A.	0	17.245	402	16.843
	FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ	3.623	1.719.666	1.454.155	269.134

Cifras en Miles de \$					
DESTINO	NOMB. TERCERO	SALDO INICIAL	ANTICIPO	LEGALIZAC.	Saldo diciembre 2010
	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA NACIONAL FUNDONAL	0	19.131	16.613	2.518
	CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACIÓN COLOMBIA	0	305	0	305
	MEDICANESTESIA S. A.	0	61.499	57.049	4.450
	SERVICIOS MÉDICOS YUNIS TURBAY Y CIA. S. EN C.	0	1.335	0	1.335
	DIMAS HERNEY CRUZ MESA	0	150	0	150
	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO SECCIONAL QUINDÍO	0	4.214	4.019	195
	UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO	0	68	0	68
	VIRGILIO GALVIS RAMÍREZ & CIA. S. EN C.	0	8.696	8.235	461
	INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA	0	174.564	172.380	2.183
	CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S. A.	0	674.219	334.800	339.419
	FUNDACIÓN CLÍNICA VALLE DE LILÍ	0	1.290.438	720.963	569.475
	CENTRO DE DIAGNÓSTICO, OTOLÓGICO Y CIA. LTDA.	0	867	354	514
	UNIVERSIDAD DEL VALLE	0	464	464	0
	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CARTAGENA	0	70	0	70
	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CALDAS	0	672	0	672
	CORPORACIÓN ALBERTO ARANGO RESTREPO	0	1.366	1.366	0
	HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE	0	360	0	360
	COMFAMILIAR RISARALDA	0	2.194	0	2.194
	UNIVERSIDAD DEL CAUCA	0	3.442	3.442	0
	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E	0	395	395	0
	ALEXION PHARMA INTERNATIONAL SARL	0	2.807.634	1.362.382	1.445.251
	UROMIL S. A.	0	14.160	0	14.160
	LUNGAVITA S. A.	0	1.940	0	1.940
	ENDOCRINO S.A.	0	1.442	1.081	360
	LASER COLOMBIA S. A.	0	8.640	8.640	0
	ARCÁNGELES FUNDACIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL	0	350	350	0
	CENTRO MÉDICO QUIRÚRGICO LA RIVERA S. A.	0	25.838	21.727	4.111
	CUIDADO HUMANO S. A.	52.549	32.233	78.641	6.140
	SOCIEDAD CIRUMAX S. A.	0	329	0	329
	FUNDACIÓN CENTRO DE REHABILITACIÓN Y DESARROLLO HUMANO	0	1.960	1.960	0
	CLÍNICA NEUROREHABILITAR LTDA.	0	613.806	604.939	8.867
	GAMMA - IMÁGENES S. A.	0	9.049	3.025	6.024
	LABORATORIO CLÍNICO DICE E.U.	0	189	189	0
	CENTRO NEUROLÓGICO INTEGRAL DE SANTANDER NISA E.U	0	5.767	2.884	2.884
	SOCIEDAD CLÍNICA MACHICADO S.A.S	0	17.482	0	17.482
	NEUROLOGÍA INTEGRAL DE CALDAS S.A.S.	0	712	712	0
	CENTRO DE FOTOTERAPIAS A.S.	0	16.867	15.053	1.814
	INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA DEL ORIENTE S.A.S.	0	1.150	0	1.150
	SECURA S.A.S.	0	966.080	391.031	575.049
	ÁLVARO ANTONIO HERRERA HERNÁNDEZ	0	76.554	69.003	7.551
	CARLOS ENRIQUE MAIGUEL CARRIZOSA	0	171	81	90
	LUIS CARLOS NÚÑEZ LÓPEZ	0	2.020	1.624	396
	JAIRO ENRIQUE GOYENECHÉ FORERO	0	324	216	108
	VÍCTOR CLEMENTE MENDOZA ROJAS	0	8.885	8.750	135
Total Proveedores Médicos		562.228	65.116.663	54.830.242	10.848.648
Proveedores Obras	ÁLVARO ARBOLEDA	0	9.013	9.013	0
	JORGE HUMBERTO LONDOÑO	0	5.475	0	5.475
	WILSON ANTONIO OROZCO	105	0	0	105
	GILDARDO PÉREZ CASTRILLÓN	2.331	0	0	2.331
	HÉCTOR JULIO FRANCO SOTELLO	60.500	0	0	60.500
	L. CARRANZA & CIA. LTDA.	55.252	53.264	108.517	0
	CARPINDEK LTDA.	69.615	53.157	64.084	58.688
	COMPAÑÍA ELÉCTRICA CONSTRUCTORA LTDA.	57.368	0	15.224	42.144
	ARMOTEC PROYECTOS ARQUITECTÓNICOS	4.192	0	0	4.192
	ACEROS FIGURADOS S. A.	42.358	0	0	42.358
	COMPAÑÍA EUROANDINA DE INVERSIONES S. A.	18.586	0	18.586	0
	ACE AIRE LTDA.	0	21.300	0	21.300
	SERVICIOS COMUNICACIONES Y REDES SCR EU.	0	38.968	0	38.968
	PROTÉRMICA INTERNACIONAL S.A.S.	7.659	0	0	7.659

Cifras en Miles de \$					
DESTINO	NOMB. TERCERO	SALDO INICIAL	ANTICIPO	LEGALIZAC.	Saldo diciembre 2010
	MANUFACTURAS METÁLICAS TÉCNICAS MAMTEC E.U.	282.716	0	270.116	12.600
	CEMEX COLOMBIA S. A.	85.951	200.000	200.000	85.951
	LEGRANNG COLOMBIA S. A.	0	55.888	0	55.888
	HOLCIM (COLOMBIA) S. A.	1.052	1.796	2.848	0
	AGENCIA DE ADUANAS ADUANERA GRANCOLOMBIANA S. A. NIVEL 1	700	0	0	700
	DIACO S. A.	446.241	103.553	464.865	84.929
	FRANCO MURCIA INGENIERÍA LTDA.	5.407	0	0	5.407
Total Proveedores Obras		2.145.028	1.160.011	2.775.845	529.194
Total general		4.679.012	106.370.267	99.376.390	11.672.888

Fuente: Relación Anticipos suministrada por Saludcoop en desarrollo de la visita.

Con base en el cuadro anterior, se muestran los anticipos realizados por la EPS, a diciembre 31 de 2010 por valor de \$11.672.888 miles, sin embargo, para efectos de conocer la situación actual de los mismos se requiere aclaración de los proveedores relacionados anteriormente, señalando la fecha y valor del anticipo y objeto del contrato.

Para el caso de los anticipos relacionados con proveedores de obras, es necesario que se remita adicionalmente copia del contrato correspondiente, a fin de establecer el cumplimiento de lo previsto en la Resolución 724 de 2008, la cual establece que la legalización de los anticipos no debe ser superior a tres (3) meses contados a partir de la fecha de otorgamiento de los mismos y deben tener relación de causalidad con el objeto social.

Según lo señalado en la Nota número 6 a los estados financieros, los anticipos para construcción de obras tienen un vencimiento superior a 360 días, tal es el caso de la Clínica Julio Enrique Medrano de la ciudad de Barranquilla, la cual se detuvo en razón a la expedición de la Resolución 296 de febrero de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud, donde se ordena que la EPS no debe realizar inversiones en remodelación o ampliaciones que afecten la liquidez de la entidad.

Lo señalado en el párrafo anterior, no es justificación para la no legalización de los anticipos, toda vez que ese no es el contenido de la Resolución 296 de 2010, lo que se refleja es un descontrol en la legalización de los anticipos, contraviniendo así lo dispuesto en la Resolución 724 de 2008, en lo relacionado con el término para la amortización de los anticipos.

En este sentido, se hace necesario precisar que dentro de las características de la información contable se señala la confiabilidad, la cual establece que "Para ser útil, la información debe también ser fiable. La información posee la cualidad de fiabilidad cuando está libre de error material y sesgo, y los usuarios pueden confiar en que es la imagen fiel de lo que pretende presentar o de lo que puede esperarse razonablemente que represente".

a) Promesas para compraventa

Registra los valores entregados por la EPS a prometientes vendedores, para que una vez se perfeccione la promesa, el bien adquirido sea registrado en la cuenta activa correspondiente.

A diciembre 31 de 2010, según los estados financieros el saldo de las promesas de compraventa es de \$71.363.805 miles, de las cuales durante el año 2009 suscribió promesas la suma de \$28.806.410 miles y en el año 2010 \$5.156.109 miles para un total de \$25.962.519 miles, tal como se refleja en los siguientes cuadros:

AÑO 2009

PROYECTO	TERCERO	NOMBRE DE CXP	ADQUISICION	REVERSION SALDOS INICIALES	RECLASIFICACION	TOTAL	
Clínica Bogota Materno Infantil	F.P.A. FIDUCIARIA LA PREVISORA SA	Obras de Construcción	1.478.290.950	0	0	1.478.290.950	
		CONSTRUCLINICAS	Saldo Inicial	2.624.776.680	0	0	2.624.776.680
		CORPORACIÓN IPS CUNDINAMARCA	De Bienes Raíces	0	0	-1.025.306.047	-1.025.306.047
		Propiedad Planta y Equipo	1.025.306.047	0	0	1.025.306.047	
Clínica Castellana	SOCIEDAD INVERSION COOPSOCIAL LTDA	Obras de Construcción	-500.000.000	0	0	-500.000.000	
		CONSTRUCLINICAS	De Bienes Raíces	0	0	2.979.055.704	2.979.055.704
Clínica Medellín	CONSTRUCLINICAS	Arrendamientos	-13.906.666.669	0	0	-13.906.666.669	
		Obras de Construcción	13.906.666.669	0	0	13.906.666.669	
Clínica Neiva	CORPORACION IPS HUILA	De Bienes Raíces	0	0	-1.012.546.046	-1.012.546.046	
		Propiedad Planta y Equipo	1.012.546.046	0	0	1.012.546.046	
		F.P.A. FIDUCIARIA LA PREVISORA SA	Obras de Construcción	1.478.290.950	0	0	1.478.290.950
	CONSTRUCLINICAS	Saldo Inicial	2.624.830.119	0	0	2.624.830.119	
Clínica Tunja	CORPORACION IPS BOYACA	De Bienes Raíces	0	0	-941.203.611	-941.203.611	
		Propiedad Planta y Equipo	941.203.611	0	0	941.203.611	
		F.P.A. FIDUCIARIA LA PREVISORA SA	Obras de Construcción	1.503.962.254	0	0	1.503.962.254
	CONSTRUCLINICAS	Saldo Inicial	2.617.203.460	0	0	2.617.203.460	
Paralelo 108	FIDUCIARIA BOGOTA	Obras de Construcción	6.000.000.000	0	0	6.000.000.000	
			0	-8.000.000.000	0	-8.000.000.000	
	PARALELO 108 CENTRO EMPRESARIAL S.A.	Propiedad Planta y Equipo	8.000.000.000	0	0	8.000.000.000	
TOTAL			28.806.410.117	-8.000.000.000	0	20.806.410.117	

Durante el año 2009, SaludCoop suscribió promesas de compraventa por valor de \$28.806.410 miles, menos \$8.000.000 miles registrados como reversión, los cuales tienen como fin la adquisición de obras en construcción, propiedad planta y equipo, bienes raíces y arrendamientos.

En el cuadro anterior, se registra promesas de compraventa por saldo inicial con Construcciones, por valor de \$2.624.777 miles, para el proyecto de Clínica Materno Infantil; por valor de \$2.624.830 miles para la Clínica Neiva y otra por valor de \$2.617.203 miles, para el proyecto Clínica Tunja, de las cuales se requiere la justificación del registro y certificado de Cámara de Comercio de Construcciones.

Así mismo se refleja adquisición de obras de construcción en Fiduciaria la Previsora por un valor igual de \$1.478.290 miles para los proyectos de Clínica Materno Infantil y Clínica Neiva y otra por \$1.503.962 miles, para la Clínica Tunja, se requiere indicar el detalle de los valores antes señalados.

De otra parte, se muestra un saldo negativo por valor de \$13.906.667 miles, denominado arrendamientos, para la Clínica Medellín, los cuales ameritan la justificación, dada la naturaleza de la cuenta, así mismo se registra \$1.012.546 miles por bienes raíces para la Clínica Neiva, igualmente un valor de \$941.203 miles, por bienes raíces, para la Clínica Tunja, que presentan saldo negativo.

En la misma relación se muestra una columna denominada como "Reclasificación", dentro de la cual registra valores negativos, lo cual se refleja en valor negativo en el saldo, para los beneficiarios Corporación IPS Cundinamarca, Corporación IPS Huila y Corporación IPS Boyacá, situación que requiere ser justificada y soportada documentalmente por Saludcoop.

AÑO 2010				
PROYECTO	TERCERO	NOMBRE CXP	ADQUISICION	TOTAL
Clínica Bogota Materno Infantil	F.P.A. FIDUCIARIA LA PREVISORA SA	Obras de Construcción	319.705.224	319.705.224
Clínica Neiva	F.P.A. FIDUCIARIA LA PREVISORA SA	Obras de Construcción	319.705.224	319.705.224
Clínica Tunja	F.P.A. FIDUCIARIA LA PREVISORA SA	Obras de Construcción	366.939.879	366.939.879
Paralelo 108	FIDUCIARIA BOGOTA	Propiedad Planta y Equipo	4.000.000.000	4.000.000.000
Clínica la Castellana	ARMANDO ALIRIO PRADA GONZALEZ	Propiedad Planta y Equipo	2.500.000	2.500.000
			147.258.500	147.258.500
TOTAL			5.156.108.827	5.156.108.827

Para el año 2010, la suscripción de promesas de compraventa asciende a la suma de \$5.156.109 miles, por concepto de obras en construcción y propiedad planta y equipo.

El total de las adquisiciones realizadas a través de contratos de compraventa, durante los años 2009 y 2010 asciende a la suma de \$33.962.518 miles, menos \$8.000.000 miles registrados como reversión, se registra un saldo a diciembre 31 de 2010 de \$25.962.518 miles así:

AÑOS	SALDO INICIAL	ADQUISICIÓN	REVERSIÓN SALDOS INICIALES	TOTAL
2009	0	28.806.410.117	-8.000.000.000	20.806.410.117
2010	20.806.410.117	5.156.108.827		25.962.518.944

Por lo anterior, se requiere que la EPS, justifique el hecho económico, y suministre copia de las promesas de compraventa y detalle de las mismas, donde se refleje el objeto del contrato, fecha de suscripción, plazo de la estrategia, temporalidad legal del contrato, y la finalidad de tener este tipo de contratos con una vigencia mayor a un año.

b) Deudores Varios

En la Nota número 6 a los estados financieros, Saludcoop EPS, registra Deudores Varios, dentro de los cuales desagrega Proyecto Ciudadela Salud, con una cuenta por cobrar por \$22.733.897 miles, indicando que corresponde a los valores pagados desde el año 2006, para la construcción del proyecto Ciudadela Salud, pagos en los cuales se contemplan honorarios, asesorías estructurales y de diseño, materiales y mano de obra, proyecto restringido por la Superintendencia Nacional de Salud en el año 2010. Se requiere remitir el contrato correspondiente.

Adicionalmente, registra una cuenta por cobrar denominada inventarios, originada por la ejecución del contrato de mandato suscrito entre Cafesalud EPS, Cruz Blanca EPS, Corporación IPS Saludcoop y Saludcoop EPS, para la compra conjunta de medicamentos y suministros médico-quirúrgicos, la cual está en cabeza de Saludcoop EPS.

Así mismo, dentro de los Deudores Varios, Saludcoop registra embargos judiciales por valor de \$12.120.530 miles, correspondiente a embargos realizados por sentencia judicial de medida cautelar en contra de Saludcoop, originados en su mayoría por el cobro coactivo por parte de hospitales e IPS por la prestación de servicios de salud. Están en curso las acciones legales correspondientes para el reintegro de esos recursos. Dada la naturaleza de los mismos, se solicita remitir copia de los embargos, haciendo relación a la fecha del embargo, beneficiario, monto, deuda a la fecha, pretensión del demandante, costo financiero de los mismos.

1.1.5 Inventarios

A diciembre 31 de 2010, el saldo de esta cuenta es de \$51.246.175 miles.

Según la Nota número 7 a los estados financieros, la EPS señala que registra la compra de medicamentos e insumos con los laboratorios y entidades proveedoras, realizada en cabeza de Saludcoop, quien efectúa la compra de los mismos para las cuatro entidades Cafesalud EPS, Cruz Blanca EPS, Corporación IPS Saludcoop y Saludcoop EPS. Se requiere copia del contrato suscrito con el proveedor y el celebrado con cada una de las EPS e IPS.

1.1.6 Propiedad Planta y Equipo

Según el detalle de propiedad planta y equipo suministrada por Saludcoop, a diciembre 31 de 2009 presenta un saldo de \$232.831.404 miles y a diciembre de 2010 la suma de \$220.192.995 miles, sin embargo se debe precisar que el saldo a diciembre de 2009, no corresponde con el inicial para el año 2010.

SALDO INICIAL ENERO DE 2009	COMPRA	LEG. ANTICIPO	TRASLADO CTA.	VENTA	TOTAL GENERAL		
239.308.916.254	25.961.876.943	-4.986.523.815	-421.708.930	-26.023.121.727	232.831.403.661		
SALDO INICIAL ENERO DE 2010	ACTIVACIÓN	COMPRA	LEG. ANTICIPO	TRASLADO CTA.	SINIESTROS	VENTA	Total general
233.465.225.839	413.436.418	8.479.406.089	558.237.333	-160.370.686	-321.000.000	-20.985.526	220.192.995.136

Fuente: Libro auxiliar suministrado por la EPS en el desarrollo de la visita.

De acuerdo a la desagregación de la cuenta de propiedad planta y equipo entregada por la EPS, se observa que durante el año 2009 y 2010, realizó compra de activos fijos por valor de \$25.961.877 miles y \$8.479.406 miles respectivamente, donde las construcciones y edificaciones ascienden a la suma de \$24.713.311 miles.

Se resalta que dentro del monto de las compras de activos fijos para el año 2009 la entidad registra un valor negativo en equipo de investigación por \$2.419.366 miles, del cual no se conoce la justificación. Se requiere indicar a qué obedece el registro.

Para el año 2009 registra un valor negativo definido como legalización de anticipos por la suma de \$4.986.524 miles, suma que se encuentra mal registrada, toda vez que los anticipos deben legalizarse en la cuenta correspondiente y a través de la cual se registró el anticipo al momento de su otorgamiento, por lo que se requiere la justificación y detalle del registro.

En la columna de traslados se registra un valor neto de \$421.709 miles con naturaleza negativa, sin embargo en el detalle de la misma se observan saldos de traslados con naturaleza negativa, es decir se hacen traslados sin haber saldos o se trasladan valores mayores al saldo que presenta la cuenta.

Durante el año 2009, según la relación suministrada, Saludcoop realizó venta de activos fijos por valor de \$26.023.122 miles, de los bienes que se detallan a continuación, sin embargo Saludcoop no suministró los contratos que soportan la venta de los activos, por lo que se requiere relación de los equipos vendidos, desagregados por cada tipo de activos de acuerdo a la siguiente relación y los documentos que soporten la venta y el respectivo pago.

CUENTA	VENTA
Total Edificios	-4.588.865.399
Total Equipo de Investigación	-1.262.553.696
Total Equipo de Procesamiento de Datos	-7.138.164.314
Total Equipo de Recreación y Deporte	-58.862.849
Total Equipo de Telecomunicaciones	-865.468.239
Total Equipos de Oficina	-344.510.346
Total Maquinaria y Equipo	20.985.526
Total Muebles y Enseres Hospitalarios	-2.836.212.523
Total Muebles y Enseres	-4.639.583.382
Total Odontológico	-3.015.635.077
Total Otras Maquinaria y Equipo	-6.620.000
Total Urbanos	-1.287.631.428
Total general	-26.023.121.727

1.1.7 Intangibles

Según el Balance General y la Nota número 9, a diciembre 31 de 2010, Saludcoop registra intangibles por la suma de \$86.460.193 miles, dicho saldo corresponde al conjunto de bienes, representados en derechos, privilegios o ventajas de competencia que son valiosos porque contribuyen a un aumento en ingresos o utilidades por medio de su empleo en el ente económico; esos derechos se compran o se desarrollan en el curso normal de los negocios.

Dentro de este rubro se registran los activos por contratos de leasing, los cuales durante el año 2010 presentaron un incremento por valor de \$9.450.119, pasando de 84.622.181 miles a 94.072.290 miles.

Se registra un saldo de amortización de estos activos por valor de \$11.052.293 miles.

Contratos de leasing

Durante el desarrollo de la visita se solicitó los contratos de leasing suscritos durante los años 2009 y 2010, fueron entregados en medio físico 62 contratos de leasing celebrados con Leasing de Occidente S. A., con sus respectivas tablas de amortización los cuales fueron utilizados para la adquisición de equipos médicos.

Los contratos de leasing analizados se suscribieron a un plazo de 36 meses y actualmente se encuentran vigentes los relacionados a continuación, para los años 2009 y 2010 así:

AÑO 2009	Cifras en Miles de Pesos						
	CONTRATO	FECHA	TERCERO	SALDO INICIAL	NUEVOS CONTRATOS	CRÉDITOS	TOTAL GENERAL
	180-58686	5/29/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	164.326	0	164.326
	180-58853	5/29/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	60.753	0	60.753
	180-59223	5/29/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	118.626	0	118.626
	180-55970	6/30/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	2.163.233	0	2.163.233
	180-58993	6/30/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	132.741	0	132.741
	180-58775	6/30/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	73.516	0	73.516
	180-59222	6/30/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	292.170	0	292.170
	180-59936	7/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	16.865	0	16.865
	180-59184	8/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	25.195	0	25.195
	180-59935	8/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	391.266	0	391.266
	180-59933	8/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	207.452	0	207.452
	180-58940	8/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	121.041	0	121.041
	180-59934	9/30/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	65.061	0	65.061

AÑO 2009	Cifras en Miles de Pesos						
	CONTRATO	FECHA	TERCERO	SALDO INICIAL	NUEVOS CONTRATOS	CRÉDITOS	TOTAL GENERAL
	180-60825	10/30/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	25.056	0	25.056
	180-60824	10/30/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	187.920	0	187.920
	180-60823	10/30/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	10.324	0	10.324
	180-60478	10/30/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	115.687	0	115.687
	180-60474	10/30/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	62.060	0	62.060
	180-60472	10/30/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	30.304	0	30.304
	180-60363	10/30/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	89.134	0	89.134
	180-60361	10/30/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	57.304	0	57.304
	180-60074	10/30/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	16.704	0	16.704
	180-61414	11/30/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	363.196	0	363.196
	180-60473	11/30/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	36.308	0	36.308
	180-60824	11/30/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	187.920	0	187.920
	180-60362	11/30/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	82.739	0	82.739
	78085	12/31/2009	LEASING BANCOLOMBIA S. A. CFC	0	0	10.800.000	-10.800.000
	180-55720	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	166.099	0	166.099
	180-61920	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	77.007	0	77.007
	180-61842	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	165.350	0	165.350
	180-61841	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	14.774	0	14.774
	180-61411	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	27.260	0	27.260
	180-60479	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	70.854	0	70.854
	180-61839	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	32.364	0	32.364
	180-61839	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	32.364	0	32.364
	180-61284	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	172.812	0	172.812
	180-61836	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	42.818	0	42.818
	180-62115	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	208.212	0	208.212
	180-62114	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	83.345	0	83.345
	180-61837	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	50.822	0	50.822
	180-61840	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	14.753	0	14.753
	180-61413	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	0	15.660	0	15.660
	78085	12/31/2009	LEASING BANCOLOMBIA S. A. CFC	59.640.000	0	0	59.640.000
	90142	12/31/2009	LEASING BANCOLOMBIA S. A. CFC	15.004.716	0	0	15.004.716
	180-54517	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	5.007.236	0	0	5.007.236
	180-54996	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	1.921.257	0	0	1.921.257
	180-55720	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	329.317	0	0	329.317
	180-56414	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	45.835	0	0	45.835
	180-56516	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	49.583	0	0	49.583
	180-56561	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	1.214.747	0	0	1.214.747
	180-56834	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	116.365	0	0	116.365
	180-56835	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	431.886	0	0	431.886
	180-56918	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	5.030.372	0	0	5.030.372
	180-57396	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	33.706	0	0	33.706

AÑO 2009		Cifras en Miles de Pesos				
CONTRATO	FECHA	TERCERO	SALDO INICIAL	NUEVOS CONTRATOS	CRÉDITOS	TOTAL GENERAL
180-57397	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	109.555	0	0	109.555
180-57780	12/31/2009	LEASING DE OCCIDENTE	168.200	0	0	168.200
TOTALES			89.102.776	6.271.395	10.800.000	84.574.171

FUENTE: Reporte auxiliar leasing 2009-2010 entregado por la Entidad.

En el año 2009 se suscribieron contratos de Leasing Occidente por la suma de \$6.271.394 miles, como se observa en el cuadro anterior para un total a diciembre de 2009 de \$84.574.170.685 miles. Es preciso que Saludcoop justifique la necesidad de la suscripción de tales contratos.

En la información suministrada físicamente de los contratos de leasing no se evidencia el Contrato número 78085 suscrito con Leasing Bancolombia S. A. por valor de \$59.640.000 miles con destino a la Clínica Medellín, el cual fue ajustado por un mayor valor en diciembre de 2009, con un crédito de \$10.800.000 miles quedando con un valor de \$48.840.000 miles. Así mismo el Contrato número 90142, también suscrito con Leasing Bancolombia S. A. por valor de \$15.004.716 miles con destino Clínica Cañaveral no fue suministrado. Para efectos de conocer el objeto de los mismos se requiere copia de dichos contratos.

AÑO 2010		Cifras Miles de Pesos						
CONTRATO	FECHA	DESTINO	TERCERO	NUEVOS CONTRATOS	TRASLADO SALDOS X FUSIÓN	CORRECCIÓN LEASING FINANCIERO	TOTAL GENERAL	
180-61410	1/31/2010	Equipo Médico	LEASING DE OCCIDENTE	141.404			141.404	
180-63450	1/31/2010	Equipo Médico	LEASING DE OCCIDENTE	5.273.370			5.273.370	
180-62139	1/31/2010	Equipo Médico	LEASING DE OCCIDENTE	11.943			11.943	
180-61412	1/31/2010	Equipo Médico	LEASING DE OCCIDENTE	10.962			10.962	
180-62018	1/31/2010	Equipo Médico	LEASING DE OCCIDENTE	32.642			32.642	
180-63586	2/28/2010	Equipo Médico	LEASING DE OCCIDENTE	127.600			127.600	
180-61835	2/28/2010	Equipo Médico	LEASING DE OCCIDENTE	362.477			362.477	
180-62349	3/31/2010	Equipo Médico	LEASING DE OCCIDENTE	51.853			51.853	
180-62720	3/31/2010	Equipo Médico	LEASING DE OCCIDENTE	10.876			10.876	
180-63362	3/31/2010	Equipo Médico	LEASING DE OCCIDENTE	15.179			15.179	
180-63587	3/31/2010	Equipo Médico	LEASING DE OCCIDENTE	115.573			115.573	
180-63054	4/30/2010	Equipo Médico	LEASING DE OCCIDENTE	490.840			490.840	
180-62943	4/30/2010	Equipo Médico	LEASING DE OCCIDENTE	27.931			27.931	
180-62113	4/30/2010	Equipo Médico	LEASING DE OCCIDENTE	37.216			37.216	
180-64253	12/31/2010	Equipo Médico	BANCO DE OCCIDENTE	636.363			636.363	
180-62350	12/31/2010	Equipo Médico	BANCO DE OCCIDENTE	71.920			71.920	
180-61601	12/31/2010	Equipo Médico	BANCO DE OCCIDENTE	2.812.013			2.812.013	
180-61748	12/31/2010	Equipo Médico	BANCO DE OCCIDENTE	101.467			101.467	
180-63796	12/31/2010	Equipo Médico	BANCO DE OCCIDENTE	998.148			998.148	
180-64323	12/31/2010	Equipo Médico	BANCO DE OCCIDENTE	11.368			11.368	
180-64383	12/31/2010	Equipo Médico	BANCO DE OCCIDENTE	30.231			30.231	
N/A			BANCO DE OCCIDENTE	0	27.439.322	-1.921.257	25.518.065	
N/A			LEASING DE OCCIDENTE	0	-27.439.322		-27.439.322	
TOTALES				11.371.377	0	-1.921.257	7.528.863	

FUENTE: Reporte auxiliar leasing 2009-2010 entregado por la Entidad

En el año 2010 se suscribieron contratos de Leasing Occidente (por fusión ahora Banco de Occidente) por la suma de \$11.371.377 miles. El Contrato número 180-54996 fue registrado inicialmente el año 2009, como un leasing financiero, pero en diciembre de 2010, fue reversado por ser un leasing operativo y se registra por corrección un valor de \$1.921.257 miles, se requiere conocer este contrato.

Saludcoop por traslado saldos por fusión registra \$27.439.321 miles, al restar la corrección mencionada anteriormente de \$1.921.257 miles queda un saldo de \$25.518.064 miles como se observa en el cuadro anterior, se requiere conocer el detalle de registro contable y la justificación del mismo.

La entidad a diciembre de 2010 tiene un total de contratos por leasing por valor de \$94.024.290 miles como se observa en el siguiente cuadro resumen para los dos años analizados así:

AÑOS	SALDO INICIAL	NUEVOS CONTRATOS	CORRECCIÓN LEASING FINANCIERO	TOTAL GENERAL
2009	78.302.775	6.271.394	0,00	84.574.170
2010	84.574.170	11.371.377	-1.921.257	94.024.290

Teniendo en cuenta que los contratos de leasing se suscribieron a 36 meses, es necesario que Saludcoop suministre el estudio realizado para efectos de establecer el tiempo de vigencia e informe el valor de cada contrato con su respectivo costo financiero desde la fecha de suscripción, detallado para cada año, la cuenta del gasto afectada.

La amortización de los contratos de arrendamiento financiero se reconoce en el gasto del ejercicio contable afectando el resultado del ejercicio.

1.1.8 Diferidos

Saludcoop EPS registra a diciembre 31 de 2009 y 2010, Diferidos por valor de \$12.377.560 miles y \$4.838.768 miles, tal como se refleja a continuación.

AÑO 2009		Miles de Pesos							
DESTINO	SALDO INICIAL	ADQUISICION	AFILIACION	AMORTIZACION	AMORTIZACION	REVERSION	TRASLADO CTA	TOTAL	
Total Contribuciones y Afiliaciones	642.793	0	1.347.527	-1.653.028.644	-1.653.029		0	337.292	
Total Copa Internacional	40.952	0		-40.951.573	-40.952		0	0	
Total Diferido Equipo Laboratorio	21.420	0		-21.419.707	-21.420		0	0	
Total Diferido Equipo Medico	713.540	303.761		-831.216.018	-831.216		0	186.085	
Total Diferido Equipo Odontologica	7.160	3.824		-9.260.517	-9.261		0	1.724	
Total Dotacion y Suministro a Trabajadores	82.921	143.265		-185.355.016	-185.355		0	40.831	
Total Elementos de Roperia y Lenceria	0	5.250		-4.867.443	-4.867		0	383	
Total Licencias	11.337	-2.953		-8.383.743	-8.384		0	0	
Total Publicidad Propaganda y Avisos	1.844.777	254.620		-877.096.844	-877.097		-82.291	759.859	
Total Seguros y Fianzas	3.301.974	2.202.839		-4.662.661.907	-4.662.662		0	713.984	
Total Software	596.264	1.704.035		-1.586.314.567	-1.586.315		0	1.634.756	
Total Utiles y Papeleria	1.644	2.013.065		-379.953.058	-379.953		0	0	
Total Remodelaciones a ips propias	0	1.632		-1.631.952	-1.632		0	0	
Total Mejoras a IPS arrendadas	1.788.137	5.120.329		-3.611.827.989	-3.611.828		-265.904	3.030.734	
TOTAL	5.992.685	8.639.051		-8.789.458.871	-8.789.459	11.803	-1.004.468	4.449.612	
TOTAL	26.751.346	40.525.769	1.347.527	-22.663.427.849	-42.747.395	11.803	-1.352.664	12.377.560	

FUENTE: Reporte Auxiliar Diferidos entregado por la Entidad

Durante el año 2009, Saludcoop efectuó adquisición de diferidos por la suma de \$20.388.718 miles, dentro de los cuales se encuentra la compra equipo médico, equipo odontológico por valor de \$307.585 miles.

Así mismo, adquirió software por \$2.013.065 miles (del cual se requiere copia de la factura de compra y comprobante de pago), remodelaciones a IPS propias por valor de \$5.120.328 miles y Mejoras a IPS arrendadas por valor de \$8.639.051 miles.

De la adquisición realizada durante el año 2009 más el saldo presentado a diciembre 31 de 2008, realizó amortizaciones por la suma de \$22.663.728 miles, de las cuales se requiere suministrar la imputación y soporte contable para cada uno de los ítems señalados en el cuadro anterior.

Así mismo, registra para el año 2009, una columna denominada "Reversión", en la que refleja la suma de \$11.803 mil, sin embargo con naturaleza débito, contraria a lo que representa su denominación, se requiere indicar el objeto del registro, bien adquirido.

La relación de anticipos para el año 2009, registra una columna denominada "Traslado cta.", en la que presenta un valor negativo por \$1.352.664 miles, es preciso que Saludcoop justifique el objeto del traslado y las cuentas afectadas con el mismo.

AÑO 2010		Miles de Pesos							
DESTINO	SALDO INICIAL	ADQUISICION	AFILIACION	MORTIZACION	LEG ANTICIPO	REVERSION	TRASLADO CTA	TOTAL	
Total Contribuciones y Afiliaciones	337.292	0	1.301.883	-1.631.417	0	0	0	7.757	
Total Diferido Equipo Laboratorio	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total Diferido Equipo Medico	186.085	26.383		-291.054	139.013	0	7.718	68.145	
Total Diferido Equipo Odontologico	1.724	0		-12.247	0	0	0	10.524	
Total Dotacion y Suministro a Trabajadores	40.831	18.503		-61.787	0	0	2.453	0	
Total Elementos de Roperia y Lenceria	383	0		-383	0	0	0	0	
Total Licencias	1.222.301	0		-483.757	0	0	0	738.544	
Total Mejoras a Propiedades Ajenas	4.449.612	397.961		-3.589.346	93.146	657	-122.275	1.229.755	
Total Publicidad Propaganda y Avisos	759.859	998.395		-1.629.307	0	0	0	128.948	
Total Remodelaciones	3.030.734	1.315.382		-4.267.929	0	0	4.082	82.267	
Total Seguros y Fianzas	713.984	1.122.085		-1.262.231	0	0	0	573.837	
Total Software	1.634.756	1.750.975		-1.376.216	0	0	0	2.009.515	
TOTAL	12.377.560	5.629.684	1.301.883	-14.605.675	232.159	657	-97.499	4.838.768	

FUENTE: Reporte Auxiliar Diferidos entregados por la Entidad

Es de aclarar que la entidad suministró los datos antes anotados para los años 2009 y 2010, no obstante al verificar estos con los saldos de las notas a los estados financieros, presentan diferencias, toda vez que su saldo a diciembre de 2009 y 2010 es de \$11.663.576 miles y \$4.264.931 miles respectivamente, diferencias que es preciso que la EPS justifique.

Durante el año 2010, Saludcoop adquirió diferidos por valor de \$5.629.684 miles y realizó amortizaciones por \$14.605.676 miles. Se requiere suministrar la imputación y soporte contable para cada uno de los ítems señalados en el cuadro anterior; que soporten la totalidad de la amortización. Así mismo, se requiere copia de la factura de compra y comprobante de pago del software contable.

Dentro de los diferidos adquiridos, se realizó compra de software por valor de \$1.376.2016 miles.

En la subcuenta de Equipo médico, la EPS registra una compra de \$26.383 miles más un registro definido como "Leg. Anticipos" por valor de \$232.158.753 miles, cuando los anticipos se legalizan en la cuenta denominada anticipos y avances con naturaleza crédito. Llama la atención que en una cuenta de Diferidos se registre legalización de anticipos. Se requiere que Saludcoop justifique la razonabilidad del registro por la suma antes señalada.

Según la relación suministrada de cargos diferidos para el año 2010, registra en la columna "Reversión" la suma de \$657 miles, de los cuales se requiere indicar a que obedece, toda vez por tratarse de reversión debe corresponder a naturaleza crédito.

En los cargos diferidos para el año 2010, la columna denominada "Traslado cta", tiene registros de naturaleza débito y crédito, para un valor neto de \$97.498 miles, por lo que la EPS, debe justificar su registro y soportar documentalmente el mismo.

La Resolución 724 de 2008, en la cuenta 1710 - Cargos Diferidos señala los rubros que deben contabilizarse bajo esta denominación así:

• **"Registra:**

• Los costos y gastos en que incurre el ente económico en las etapas de organización, exploración, construcción, instalación, montaje y de puesta en marcha (subrayado fuera de texto).

• Los costos y gastos ocasionados en la investigación y desarrollo de estudios y proyectos.

• Las mejoras a propiedades tomadas en arrendamiento.

• Los descuentos en colocación de Bonos Obligatoriamente Convertibles en Acciones (BOCEAS).

• Los útiles y papelería.

• El Impuesto de Renta Diferido de naturaleza "débito", ocasionado por las "diferencias temporales" entre la Utilidad Comercial y la Renta Líquida Fiscal en virtud de la no deducibilidad de algunos gastos contables, tales como: Provisiones por cartera en exceso de límites fiscales, protección de inversiones, bienes recibidos en pago, causación del Impuesto de Industria y Comercio y gastos estimados para atender contingencias. Su registro se hará directamente contra la provisión del impuesto de renta corriente (código 240405).

• La publicidad y propaganda.

• Los impuestos.

• Las contribuciones y afiliaciones.

• Los demás costos y gastos en que por su naturaleza y características se tipifique la figura de cargos diferidos.

• La amortización de los cargos diferidos se hará así:

• Por concepto de organización y preoperativos y programas para computador (Software), en un periodo no mayor a cinco (5) y a tres (3) años, respectivamente.

• Por concepto de útiles y papelería, se amortizarán en función directa con el consumo.

• Por concepto de mejoras a propiedades tomadas en arrendamiento, se amortizarán en el periodo menor entre la vigencia del respectivo contrato (sin tener en cuenta las prórrogas) y su vida útil probable, cuando su costo no es reembolsable.

• Por concepto de descuento en colocación de Bonos Obligatoriamente Convertibles en Acciones (BOCEAS), durante el plazo para la redención o conversión de los títulos.

• Por concepto del Impuesto de Renta Diferido "Débito" por Diferencias Temporales, se amortizarán en el momento mismo que se cumplan los requisitos de ley y reglamentarios de que tratan las disposiciones fiscales, según la naturaleza de la deducción pertinente o cuando desaparezcan las causas que la originaron para las derivadas de protección de inversiones, bienes recibidos en pago o gastos estimados para atender contingencias; para estos efectos no será deducible la pérdida en enajenación de acciones o cuotas de interés social; su amortización se hará directamente contra la provisión del impuesto de renta corriente en la vigencia fiscal correspondiente.

• Por concepto de publicidad y propaganda se amortizarán durante un periodo de tiempo igual al establecido para el ejercicio contable.

• Por concepto de impuestos, se amortizarán durante la vigencia fiscal prepagada.

• Por concepto de contribuciones y afiliaciones, se amortizarán durante el periodo prepagado correspondiente.

• Por otros conceptos, se amortizarán durante el periodo estimado de recuperación de la erogación o de obtención de los beneficios esperados".

Así las cosas, es claro para esta Superintendencia, que la compra de equipo de laboratorio, equipo médico y equipo odontológico, de acuerdo con lo previsto en la dinámica de la cuenta 1710, este concepto no está contemplado dentro de este rubro del balance. Comoquiera que hace referencia en su concepto a equipos, estos debieron ser registrados en la cuenta de activos fijos o en su defecto en la cuenta de inventarios.

1.1.9. Obligaciones financieras

Para el año 2009, los sobregiros contables a cargo de Saludcoop ascendían a la suma de \$89.490.371 miles y para el año 2010, estos corresponden a \$271.531.783 miles con un incremento del 300% aproximadamente.

SaludCoop justifica el incremento en los sobregiros contables, en la disminución de los montos de los cupos de sobregiros bancarios otorgados por los bancos, con ocasión a la expedición de la Resolución número 296 del 11 de febrero de 2010, los cuales disminuyeron en un 26% durante el año 2010 con respecto al año 2009 al pasar de \$296.343 millones a \$218.810 millones en el 2010 con una variación de \$77.533 millones.

Lo anterior indica que del sobregiro bancario autorizado por valor de \$296.343 millones, se utilizó para el año 2009 la suma de \$10 millones, que corresponde al sobregiro utilizado para ese año.

Al analizar la variación presentada en los sobregiros bancarios, se observa que para el año 2009 estos fueron de \$10.560 miles y para el año 2010 su saldo fue de \$1.707 miles, hecho que mal podría justificarse con la expedición de la citada resolución máxime cuando los sobregiros contables registran un saldo de \$271.531.783 miles, que no puede compararse con un sobregiro bancario de \$10.560 miles.

Las obligaciones con entidades financieras, presentaron una disminución del 2%, al pasar en el año 2010 de \$266.902.292 miles a \$260.547.205 miles, lo que indica que no hubo incidencia con respecto a la expedición de la Resolución 296 de 2010.

1.1.10. Proveedores

Saludcoop EPS, en cumplimiento con lo previsto en la Resolución 2093 de 2010, efectuó la reclasificación de las cuentas por pagar a proveedores por concepto de prestación de servicios NO POS, las cuales estaban registradas en la cuenta de Reservas Técnicas. A diciembre 31 de 2010, presenta un saldo de \$19.398.005 miles.

1.1.11. Cuentas por pagar al Fosyga

En las cuentas por pagar al FOSYGA se registran los conceptos de: Cotizaciones y UPC adicional recaudadas.

A diciembre 31 de 2009 y 2010, Saludcoop registra cuentas por pagar al FOSYGA por valor de \$49.608.907 miles y 41.871.677 miles, respectivamente, presentando una disminución del 18%.

1.1.12. Costos y gastos por pagar

Según el Balance General, a diciembre 31 de 2010, Saludcoop registra costos y gastos por pagar por valor de \$136.497.642 miles, donde la mayor participación la reflejan las subcuentas de Otros Costos y Gastos por valor de \$76.392.550 miles y arrendamientos por la suma de \$55.011.475 miles correspondiente al 56% y 40% respectivamente, del total de los costos y gastos. Se requiere indicar el detalle de los beneficiarios, edad y valor de la cuenta por pagar de cada uno.

1.1.13. Reservas técnicas

De conformidad con los Decretos 574 y 1698 de 2007 las empresas promotoras de salud deberán invertir el total de las reservas técnicas en instrumentos contemplados en el artículo 5° del Decreto 1698 de 2007 y tener límites globales según lo establece el artículo 6° del mismo Decreto.

Cifras en miles de \$			
CUENTA	NOMBRE	AÑO 2009	AÑO 2010
290505	SERVICIOS CAUSADOS NO FACTURADOS	12.638.690	11.920.688
291005	FACTURAS AL COBRO ISP - POS	95.630.699	90.303.270
291505	EVENTOS OCURRIDOS NO AVISADOS	1.814.997	4.576.777
	TOTAL RESERVA	110.084.386	106.800.735

Fuente: Catálogo de cuentas Archivo Tipo 001 y Notas a los estados financieros.

Dentro del total de reservas, Saludcoop registra a diciembre de 2010 una reserva técnica por valor de \$106.800.735 miles.

Verificados los Formatos 017 y 018 reportados por Saludcoop en cumplimiento a la Circular Única, se reflejan cuentas por pagar a proveedores con edad corriente por valor de \$95.395.970 miles y con mora hasta 30 días por valor de \$14.246.449 miles, tal como se muestra a continuación:

Miles de Pesos

DETALLE	De 1 a 30 días	Mora hasta 30 días	Valor Total
TOTAL	95.395.970	14.246.449	109.642.419

Fuente: Archivo Tipo 017 y 018.

No obstante lo anterior, durante el desarrollo de la visita se pudo establecer que Saludcoop registra mora en el pago a proveedores, superior a 180 días, máxime cuando durante el desarrollo de la visita, marzo 14 al 18 de 2011, se encontró en Tesorería cheques pendientes de entrega, girados durante el año 2010, la suma de \$266.815.966 miles.

PERÍODO	VALOR
2007	15.045.077,00
2008	2.973.956,00
2009	61.704.936,00
MARZO 2010	185.778.185,28
JUNIO 2010	2.070.505.356,60
SEPTIEMBRE DE 2010	54.782.243.543,29
NOVIEMBRE DE 2010	4.794.614.993,85
DICIEMBRE DE 2010	204.982.823.785,99
TOTAL CHEQUES PENDIENTE DE ENTREGA	266.895.689.834,01

Fuente: Conciliación Bancaria Cuenta Corriente número 380-105-932.

Así las cosas, se establece que Saludcoop está incumpliendo con las normas y procedimientos que rigen la materia en especial el artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, los artículos 5°, 6°, 7° y 23 del Decreto 4747 de 2007, la Resolución 003047 de 2008, los Decretos 574 y 1698 de 2007, por el cual se definen y adoptan las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo.

Inversiones Reservas Técnicas

NOMB TERCERO	SALDO INICIAL COSTO HISTORICO	COMPRA	TOTAL DIC 2010
CORREVAL SA	104.599.539	-104.599.539	0
CORREDORES ASOCIADOS S.A	3.099.634.116	-983.154.380	2.116.479.736
DIAN	11.552.447.421	1.821.930.285	13.374.377.706
Total general	14.756.681.075	734.176.366	15.490.857.441

Saludcoop, en cumplimiento con lo previsto en los Decretos 574 y 1698 de 2007, tiene inversiones por valor de \$15.490.857, según el cuadro anexo, suministrado por la EPS, donde registra inversión en Corredores Asociados por valor de \$2.116.479 miles, del cual la entidad suministró contrato, sin embargo no contiene el valor total de la Inversión; y en la DIAN por \$13.374.378 miles, sin indicar el concepto por el cual se tiene la inversión en dicha entidad. Se requiere indicar qué tipo de inversión posee en la DIAN y remitir el documento soporte.

1.1.14. Patrimonio

PATRIMONIO	2010	2009	Var. Absoluta	Variac %
Reservas y Fondos de Destinación Específica	283.587.107	245.698.727	37.888.380	15,42
Superávit por valorización	138.828.456	111.927.147	26.901.309	24,03
Capital social	66.709.531	66.368.535	340.996	0,51
Superávit método de participación	46.843.475	25.500.010	21.343.465	83,70
Excedente del ejercicio	16.489.125	57.192.478	(40.703.353)	(71,17)

Superávit de Capital	2.253.874	7.458.753	(5.204.879)	(69,78 %)
TOTAL PATRIMONIO	554.711.568	514.145.650	40.565.918	7,89 %

El patrimonio de Saludcoop a diciembre de 2009 fue de \$514.145.650 miles, y para el año 2010 de \$554.711.568 miles, presentando un incremento del 7.9% con respecto al año anterior, donde la mayor participación fue de la cuenta de Superávit por valorización, y el Superávit del método de participación realizado sobre las inversiones que posee Saludcoop. Para efectos de establecer con claridad las variaciones respectivas, es preciso que Saludcoop, indique en detalle y la variación de cada una de las subcuentas.

COMPOSICIÓN DEL CAPITAL SOCIAL A DICIEMBRE DE 2009

(Cifras en miles de pesos)

NOMBRE	Dic-2009	%
Aportes Propios Readquiridos	55.425.865.897	83,51
Total aportes Readquiridos	55.425.865.897	83,51
Aportes Recaudos Personas Jurídicas		
IAC Educar Salud	919.152.730	1,38
IAC Acción y Progreso	919.152.730	1,38
Salud en Línea	911.171.846	1,37
Fundación Comultrasan para el Desarrollo Social	867.399.984	1,30
Cooperativa de Trabajadores de Avianca	826.960.044	1,24
Corporación Gimnasio Los Pinos	742.709.169	1,11
La Equidad Seguros de Vida	245.780.941	0,37
Fundación La Equidad Funequidad	75.349.790	0,11
La Equidad Seguros Generales O.C.	52.499.998	0,07
Fund. Clínica Juan. N. Corpas	49.901.287	0,07
Fundación Universitaria Juan N Corpas	48.312.500	0,07
FundLabo Farmacología Vegetal	41.749.361	0,06
Unión Prof para la Cult y Recre	40.306.196	0,06
Fomanort	39.677.935	0,06
Progressa	35.109.483	0,05
Coomultrasan Ltda.	31.866.853	0,04
Cotrafa Cooperativa Financiera	25.882.066	0,03
Cooperativa de los Profesionales de la Salud Coasmedas	25.046.046	0,03
Cooperativa de Profesores de la Universidad Nacional de Colombia	18.966.738	0,02
Coopvencedor	15.529.233	0,02
Cooperativa Nacional de Droguistas Detallistas	15.529.233	0,02
Empresa Cooperativa de Servicios de Salud Emcosalud	15.501.781	0,02
Febor Entidad Cooperativa	12.342.750	0,01
Total Aportes Recaudos Personas Jurídicas	5.975.898.694	9,00
Revalorización Persona Jurídica		
La Equidad Seguros de Vida	637.003.887	0,96
Progressa	328.102.797	0,49
Fund. Clínica Juan. N. Corpas	122.774.102	0,18
FundLabo Farmacología Vegetal	108.960.565	0,16
Fundación Universitaria Juan N Corpas	106.847.791	0,16
Fundación La Equidad Funequidad	84.282.772	0,12
Cotrafa Cooperativa Financiera	72.501.062	0,10
Cooperativa de los Profesionales de la Salud Coasmedas	68.245.576	0,10
Fundación Comultrasan para el Desarrollo Social	65.897.100	0,09
Cooperativa de Trabajadores de Avianca	62.022.003	0,09
La Equidad Seguros Generales O.C.	61.064.307	0,09
Corporación Gimnasio Los Pinos	55.703.188	0,08
Coomultrasan Ltda.	51.900.432	0,07
Cooperativa de Profesores de la Universidad Nacional de Colombia	49.313.589	0,07
Febor Entidad Cooperativa	45.473.541	0,06
Cooperativa Nacional de Droguistas Detallistas	43.586.434	0,06
Coopvencedor	43.586.434	0,06
Empresa Cooperativa de Servicios de Salud Emcosalud	38.760.406	0,05
Fomanort	34.550.491	0,05
Unión Prof para la Cult y Recre	26.390.661	0,04
Total Revalorización Persona Jurídica	2.106.967.138	3,17
Personas Naturales	1.545.461.079	2,32
Total Aportes Recaudos Personas Naturales	1.545.461.079	2,32
Revalorizaciones Personas Naturales	1.311.058.378	1,97
Total Revalorizaciones Personas Naturales	1.311.058.378	1,97
Aportes Personas Naturales No Empleados	1.971.493	0,00
Aportes Personas Naturales No Empleados	1.971.493	0,00
Rev. Asociados No Empleados	1.312.004	0,00
Total Rev. Asociados No Empleados	1.312.004	0,00
Total General	66.368.534.683	100%

COMPOSICIÓN DEL CAPITAL SOCIAL A DICIEMBRE DE 2010

(Cifras en miles de pesos)

NOMBRE	TOTAL	Participación %
Aportes Personas Naturales No Empleados	1.971.493	0,00
Total aportes Personas Naturales No empleados	1.971.493	0,00
Aportes Propios Readquiridos	57.230.938.664	85,79
Total Aportes Propios Readquiridos	57.230.938.664	85,79

NOMBRE	TOTAL	Participación %
Aportes Recaudos Personas Jurídicas		
Coomultrasan Ltda.	38.250.000	0,06
Cooperativa de los Profesionales de la Salud Coasmedas	23.500.000	0,04
Cooperativa de Profesores de la Universidad Nacional de Colombia	18.437.500	0,03
Cooperativa de Trabajadores de Avianca	581.749.998	0,87
Cooperativa Nacional de Droguistas Detallistas	15.000.000	0,02
Coopvencedor	15.000.000	0,02
Corporación Gimnasio Los Pinos	373.375.000	0,56
Cotrafa Cooperativa Financiera	25.000.000	0,04
Empresa Cooperativa de Servicios de Salud Emcosalud	15.000.000	0,02
Febor Entidad Cooperativa	15.000.000	0,02
Fomanort	39.015.000	0,06
FundLabo Farmacología Vegetal	41.750.000	0,06
Fund. Clínica Juan. N. Corpas	48.312.500	0,07
Fundación Comultrasan para el Desarrollo Social	867.399.984	1,30
Salud en Línea	455.041.665	0,68
Unión Prof Para la Cultura y Recreación	17.656.250	0,03
Total Aportes Recaudos Personas Jurídicas	4.107.170.128	6,16
Personas Naturales	1.396.912.465	2,09
Total Aportes Recaudos Personas Naturales	1.396.912.465	2,09
Revalorización. Asociados No Empleados	1.312.004	0,00
Total Revalorización Asociados No Empleados	1.312.004	0,00
Revalorización Persona Jurídica		
Coomultrasan Ltda.	98.001.734	0,15
Cooperativa de los Profesionales de la Salud Coasmedas	68.406.605	0,10
Cooperativa de Profesores de la Universidad Nacional de Colombia	53.233.000	0,08
Cooperativa de Trabajadores de Avianca	145.505.264	0,22
Cooperativa Nacional de Droguistas Detallistas	47.062.521	0,07
Coopvencedor	47.062.521	0,07
Corporación Gimnasio Los Pinos	151.045.236	0,23
Cotrafa Cooperativa Financiera	78.282.194	0,12
Empresa Cooperativa de Servicios de Salud Emcosalud	41.862.634	0,06
Febor Entidad Cooperativa	45.928.435	0,07
La Equidad Seguros Generales O.C.	65.388.784	0,10
Progressa	100.033.274	0,15
Salud en Línea	162.122.974	0,24
Unión Prof para la Cultura y Recreación	52.115.239	0,08
Total Revalorización Persona Jurídica	2.775.343.301	4,16
Revalorizaciones Personas Naturales	1.195.883.189	1,79
Total Revalorización Personas Naturales	1.195.883.189	1,79
Total General	66.709.531.244	100,00

Estado de Cambios en el Patrimonio

Cuentas	AÑO 2010	AÑO 2009	Variación \$	Variación %
Capital Social				
Saldo Inicial	66.368.535	66.012.685	355.850	1
Aportes Pagados Durante El Periodo	-	184.987	-184.987	
Revalorización de Aportes	762.549	556.153	206.396	37
Pago de Aportes Sociales Durante El Periodo	-1.084.868	-1.336.197	251.329	-19
Aportes Propios Readquiridos	1.689.964	991.958	698.006	70
Amortización de Aportes Sociales	-1.026.649	-41.051	-985.599	2401
Saldo Final	66.709.531	66.368.535	340.996	1
Otras reservas				
Saldo Inicial	245.698.727	230.149.835	15.548.892	7
Movimiento del Año	37.888.380	15.548.892	22.339.488	144
Saldo Final	283.587.107	245.698.727	37.888.380	15
Superávit por valorizaciones				
Saldo Inicial	111.927.147	91.478.806	20.448.341	22
Aumento O (Disminución)	26.901.309	20.448.341	6.452.968	32
Saldo final	138.828.456	111.927.147	26.901.309	24
Superávit de capital				
Saldo Inicial	7.458.752	6.825.427	633.325	9
Aumento O (Disminución)	-5.204.879	633.326	-5.838.204	-922
Saldo final	2.253.873	7.458.752	-5.204.879	-70
Superávit Método Participación Patrimonial				
Saldo Inicial	25.500.010	20.461.690	5.038.320	25
Aumento O (Disminución)	21.343.465	5.038.320	16.305.145	324
Saldo final	46.843.475	25.500.010	21.343.465	84
Excedentes del Ejercicio				
Saldo Inicial de Resultado del Ejercicio	57.192.478	24.092.354	33.100.124	137
Aplicación de Excedente del Periodo	16.489.125	57.192.478	-40.703.353	-71
Distribución de Excedentes	-57.192.478	-24.092.354	-33.100.124	137
Saldo final	16.489.125	57.192.478	-40.703.353	-71
Utilidad del periodo	16.489.125	57.192.478	-40.703.353	-71
Total Patrimonio a 31 de diciembre	554.711.568	514.145.650	40.565.918	8

La cuenta de Patrimonio muestra un incremento de 8%, durante el año 2010 con respecto al año 2009.

La cuenta capital social presenta una variación del 1% equivalente a \$340.996 miles al pasar de \$66.368.535 miles en el año 2009 a \$66.709.531 miles en el año 2010. Las disminuciones se registran en las cuentas aportes pagados debido a que en el año 2010 no registro movimiento y amortización de aportes sociales porque en el año 2010 tuvo una disminución del \$985.599 miles y representa un 2401%.

Las Otras Reservas tuvieron un incremento del 15%, equivalente a \$37.888.380 miles, en el año 2009 con respecto al año 2010, al pasar de \$245.698.727 miles a \$283.587.107 miles.

La cuenta superávit por valorizaciones tuvo un incremento del 24%, equivalente a \$26.901.309 miles, en el año 2009 con respecto al año 2010, al pasar de \$111.927.147 miles a \$138.828.456 miles.

La cuenta de superávit de capital tuvo una disminución del 70%, equivalente a \$5.204.879 miles, en el año 2009 con respecto al año 2010, al pasar de \$7.458.752 miles a \$2.253.873 miles.

La cuenta Superávit Método Participación Patrimonial tuvo un incremento del 84%, equivalente a \$21.343.465 miles, al pasar de \$25.500.010 miles a \$46.843.475 miles.

La cuenta excedentes del ejercicio tuvo una disminución del 71%, equivalente a \$40.703.353 miles, al pasar de \$57.192.478 miles, a \$16.489.125 miles en diciembre 31 de 2010.

1.2. Estado de Resultados 2009-2010

En miles de pesos

CUENTAS	2010	2009	Variación	
			Absoluta	Relativa
			\$	%
INGRESOS OPERACIONALES				
Administración del Sistema General de Seguridad Social en Salud	2.383.960.286	2.201.351.687	182.608.599	8,30
Total ingresos operacionales	2.383.960.286	2.201.351.687	182.608.599	8,30
COSTO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
Administración del Sistema General de Seguridad Social en Salud	2.173.656.731	1.886.038.465	287.618.266	15,25
Total costos por prestación de servicios	2.173.656.731	1.886.038.465	287.618.266	15,25
UTILIDAD BRUTA	210.303.555	315.313.222	(105.009.667)	(33,30)
GASTOS OPERACIONALES DE ADMINISTRACIÓN				
Administración del Sistema General de Seguridad Social en Salud	168.210.907	151.601.048	16.609.859	10,96
Total gastos operacionales de administración	168.210.907	151.601.048	16.609.859	10,96
GASTOS OPERACIONALES DE VENTAS				
Administración del Sistema General de Seguridad Social en Salud	44.342.236	49.482.552	(5.140.316)	(10,39)
Total gastos operacionales de ventas	44.342.236	49.482.552	(5.140.316)	(10,39)
EXCEDENTE OPERACIONAL	(2.249.588)	114.229.622	(116.479.210)	(101,97)
INGRESOS NO OPERACIONALES	83.423.463	34.256.289	49.167.174	143,53
GASTOS NO OPERACIONALES	48.736.878	75.364.443	(26.627.565)	(35,33)
EXCEDENTE ANTES DE PROVISIONES	32.436.998	73.121.469	(40.684.471)	(55,64)
Provisiones Administrativas	10.068.631	8.144.850	1.923.781	23,62
Provisiones para Costo Médico	5.879.242	7.784.140	(1.904.898)	(24,47)
EXCEDENTE BRUTO	16.489.125	57.192.478	(42.608.252)	(71,17)
EXCEDENTE NETO	16.489.125	57.192.478	(40.703.353)	(71,17)

Fuente: ESTADOS FINANCIEROS SALUDCOOP 2010 – 2009 CON SUS RESPECTIVAS NOTAS.

Durante el año 2010, Saludcoop obtuvo ingresos por valor de \$2.383.960.286 miles presentando un incremento con respecto al año 2009 del 8.30%.

Los costos operacionales para el año 2010 equivalen 2.173.656.731 miles, con un incremento del 15.25%, respecto del año 2009

Los gastos administrativos para el año 2009 fueron de \$151.601.048 miles y para el año 2010 de 168.210-907 miles, registrando un incremento del 10.96%.

Durante el año 2009, Saludcoop presentó una utilidad neta de \$57.192.478 miles y para el año 2010, la utilidad fue de \$16.489.125 miles, registrando una disminución del 71.17%.

1.3. Patrimonio Mínimo

Cuenta	Miles Pesos \$
	2010
Capital suscrito y autorizado	66.709.531
Reserva Legal	73.402.832
Prima en Colocación de Acciones	-4.571.554
Patrimonio Mínimo Saneado	135.540.809
Patrimonio Mínimo requerido SMLV	10.000
PATRIMONIO REQUERIDO	5.150.000
Suficiencia Patrimonial	130.390.809

De acuerdo a lo previsto en el Decreto 1485 de 1994, Saludcoop está dando cumplimiento al patrimonio mínimo exigido.

1.4. Margen de Solvencia y Patrimonio Técnico

Concepto Margen de Solvencia	Dic 2008	Dic 2009	Sep 2010	dic-10
Número de afiliados promedio	3.317	3.370	3.512	3.559
UPC Promedio	35	37	37	37
INGRESOS OPERACIONALES	1.377.626.505	1.489.968.032	1.560.365.128	1.612.706.635
FACTOR DE RIESGO FR	10	10	10	10
VALOR FACTOR DE RIESGO FR	137.762.650	148.996.803	156.036.513	161.270.663
Gastos Operativos	1.540.292.495	1.893.822.605	1.538.833.473	2.179.535
Total gastos operativos más siniestros Reconocidos	1.540.292.495	1.893.822.605	1.538.833.473	2.179.535.972
Relación entre Gastos Operativos y Reconocidos	100	100	100	100
MARGEN DE SOLVENCIA=FR*R	137.762.650	148.966.803	156.036.513	161.270.663
PATRIMONIO TECNICO PRIMARIO	275.083.086	280.251.382	326.173.291	326.173.291
a) Capital pagado	66.012.683	66.368.535	66.709.531	66.709.531
b) Reserva Legal	209.070.403	213.882.847	259.463.760	259.463.760
DEDUCCIONES	91.359.145	129.034.628	143.120.212	149.539.395
b) Valor de las inversiones de capital realizadas en entidades cuyo objeto sea diferente al aseguramiento o prestación de servicios de salud	76.107.042	84.385.185	85.180.756	92.563.789
c) Inversiones en infraestructura destinadas o usadas para prestación de servicios de salud en forma directa o indirecta	15.252.103	44.649.443	57.939.456	56.975.606
SUBTOTAL PRIMARIO	183.723.941	151.216.754	183.053.079	176.633.896
PATRIMONIO TECNICO SECUNDARIO	90.583.939	122.093.736	114.735.993	141.052.271
a) Reservas estatutarias	0	0	0	0
b) Reservas Ocasiones	3.776.893	14.514.811	7.157.069	6.822.279
c) Valorizaciones de activos fijos utilizados en giro ordinario de los negocios y 50% de valorizaciones de demás activos contabilizados	85.584.417	107.195.068	107.195.068	133.836.700
d) Valorizaciones de inversiones cuyo objeto sea diferente al aseguramiento o prestación de servicios de salud	1.222.629	383.856	383.856	393.291
SUBTOTAL SECUNDARIO	90.583.939	122.093.735	114.735.993	141.052.270
TOTAL PATRIMONIO TECNICO	274.307.880	273.310.489	297.789.072	317.686.166
SUFICIENCIA PATRIMONIAL	136.545.230	124.343.686	141.752.559	156.415.503

FUENTE: Reporte Formato 151 Margen de Solvencia.

De acuerdo con lo previsto en los Decretos 574 y 1698 de 2007, y con base en la información suministrada por Saludcoop en el desarrollo de la visita y la reportada a la Superintendencia Nacional de Salud en cumplimiento con lo previsto en la Circular Única, a diciembre de 2009 y diciembre de 2010, la EPS cumple con el margen de solvencia, presentando una suficiencia patrimonial de \$124.343.686 miles y \$156.415.503 miles respectivamente, dando cumplimiento con lo previsto en la normatividad.

Se precisa que la EPS, está aplicando un factor de riesgo equivalente al 10%, y el Decreto 1698 de 2007, estipula la aplicación para el año 2009 y 2010 un porcentaje de 6% y 7% respectivamente.

1.5. Integración vertical

El artículo 15 de la Ley 1122 de 2007, consagra que "Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS mas del 30% del valor del gasto en salud. Las EPS podrán distribuir este gasto en las proporciones que consideren pertinentes dentro de los distintos niveles de complejidad de los servicios contemplados en la Plan Obligatorio de Salud.

IPS propias

Aquellas que se encuentran en las situaciones descritas en el artículo 260 del Código de Comercio, subrogado por el artículo 26 de la Ley 222 de 1995: "Una sociedad será subordinada o controlada cuando su poder de decisión se encuentre sometido a la voluntad de otra u otras personas que serán su matriz o controlante, bien sea directamente, caso en el cual aquella se denominará filial o con el concurso o por intermedio de las subordinadas de la matriz, en cuyo caso definirá subsidiaria. El artículo 261 subrogado por el artículo 27 de la Ley 222 de 1995 contempla la existencia de Subordinación a partir de las situaciones taxativas descritas.

Habrà integración vertical cuando además del vínculo de subordinación, exista entre las entidades unidad de propósito y dirección. Se entenderá que existe unidad de propósito y dirección cuando la existencia de actividades de todas las entidades persigan la consecución de un objetivo determinado por la matriz o controlante en virtud de la dirección que ejerce sobre el conjunto, sin perjuicio del desarrollo individual del objeto social, o actividad de cada una de ellas...".

En conclusión, se debe determinar que el significado de IPS propias alude a la situación de la sociedad IPS, frente a la EPS ya sea en razón a que ostente la calidad subordinada, o bien, porque exista vinculación a un grupo empresarial de conformidad con las normas expuestas.

El siguiente cuadro muestra las empresas relacionadas como IPS propias de SALUDCOOP EPS a diciembre de 2010.

NIT IPS PROPIA	IPS PROPIA	TIPO IPS
814003898	SALUDCOOP CLÍNICA LOS ANDES S.A.	PROPIA
892001588	CLÍNICA MARTHA S.A.	PROPIA
807000280	SOCIEDAD CLÍNICA PAMPLONA LTDA.	PROPIA
800215758	CLÍNICA SANTA CRUZ DE LA LOMA S.A.	PROPIA
813009143	SALUDCOOP CLÍNICA SANTA ISABEL LTDA.	PROPIA

NIT IPS PROPIA	IPS PROPIA	TIPO IPS
830090640	OPTICA SALUDCOOP S.A.	PROPIA
800215908	ESTUDIOS E INVERSIONES MÉDICAS S.A.	PROPIA
830016595	LABORATORIO BIOIMAGEN LTDA.	PROPIA
801004218	CLÍNICA SALUDCOOP ARMENIA S.A.	PROPIA
830106376	CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP	PROPIA

En el libro auxiliar de inversiones Saludcoop registra inversiones en Epsifarma, sin embargo, no se contempla como IPS en la relación de IPS propias suministrada.

De acuerdo con la información Suministrada por Saludcoop con corte a diciembre de 2009, el Costo Operacional, fue de \$1.893.822 miles, de los cuales \$393.455.313 corresponden a contratación con las IPS propias, con un porcentaje del 14%, dando cumplimiento a la normatividad.

AÑO 2009

IPS PROPIA	% PARTICIPACIÓN	% CONTRATACIÓN	VALOR TOTAL CONTRATACIÓN
CLÍNICA ANDES	80	1	17.209.318
CLÍNICA MARTHA	55	1	12.585.650
CLÍNICA PAMPLONA	95	0	3.051.436
CLÍNICA SANTA CRUZ DE LA LOMA	84	0	5.065.695
CLÍNICA SANTA ISABEL	80	0	5.429.717
ÓPTICA SALUDCOOP S.A.	75	0	913.279
ESTUDIOS E INVERSIONES MÉDICAS S.A.	0	0	649.632
EPSICLÍNICAS S.A.	0	0	800
LABORATORIO BIOIMAGEN SOCIEDAD LTDA	0	0	3.562.694
CLÍNICA ARMENIA	69	0	0
CORPORACIÓN IPS CRUZ BLANCA	0	12	274.987.092
TOTAL CONTRATACIÓN		14	323.455.313

Con base en el cuadro anterior, se observa que Saludcoop no registró porcentaje de participación con las sociedades Estudios e Inversiones Médicas S.A., Epsiclínicas S.A. Laboratorio Bioimagen y la Corporación IPS Cruz Blanca.

Con corte a diciembre de 2010, SALUDCOOP EPS, registra costos operacionales por valor de \$2.179.535.972 miles, de los cuales corresponden a contratación con IPS propias la suma \$465.213.898 miles.

	AÑO 2010	
CONTRATACIÓN	VR. CONTRATAC.	%
RED EXTERNA	1.714.305.947	78,65
RED PROPIA	465.230.026	21,35
TOTAL COSTO	2.179.535.973	100

Con base en lo anterior, se establece que el porcentaje de contratación con red externa es del 78.65% y con la red propia es del 21.35%

A continuación se muestra la contratación con la red propia en forma desagregada, no obstante se observa que según la relación suministrada por la EPS (\$465.213.898 miles), esta presenta diferencia de \$16.128 miles, respecto al monto de la contratación con IPS propias, al reflejarse en el costo acumulado la suma de \$465.230.026 miles.

IPS	Cifras en miles de \$		Año 2010
	VALOR CONTRATACIÓN	% CONTRAT.	
CLÍNICA SANTA CRUZ DE LA LOMA S.A.	5.930.968		0,27
ESTUDIOS E INVERSIONES MÉDICAS S.A.	1.081.576		0,05
SOCIEDAD CLÍNICA PAMPLONA LTDA	3.225.280		0,15
SALUDCOOP CLÍNICA SANTA ISABEL LTDA	7.058.563		0,32
SALUDCOOP CLÍNICA LOS ANDES S.A.	19.845.147		0,91
LABORATORIO BIOIMAGEN LTDA	8.098.657		0,37
OPTICA SALUDCOOP S.A.	976.100		0,04
CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP	404.725.237		18,57
CLÍNICA MARTHA S.A.	14.272.372		0,65
TOTAL IPS PROPIAS	465.213.898		21,34
TOTAL COSTO	2.179.535.972		

En el detalle de las IPS propias, para el año 2009, SaludCoop relaciona a la Clínica Armenia como propia con una participación del 69%, y a Epsiclínicas, no obstante para el año 2010, no la refleja como IPS propia, por lo que se requiere que SaludCoop, remita copia del documento a través del cual efectuó la enajenación de la misma o la venta de la inversión.

Dentro de la Red de prestadores cuentan con una red propia conformada por 36 Clínicas en 20 departamentos y 8 IPS propias diferentes a las clínicas en Cali y los distritos de Bogotá y Barranquilla, las cuales cuentan con 76 sedes de la siguiente manera:

Regional	Municipio	NOMBRE IPS	TIPO IPS	NIVEL ATENCIÓN
Antioquia	Medellín	Óptica SALUDCOOP EPS S. A. Ópticas Medellín	PROPIA	2
Antioquia	Medellín	Clínica Juan Luis Londoño de la Cuesta	PROPIA	4
Antioquia	Apartado	Clínica Apartado	PROPIA	2
Antioquia	Medellín	Central de Especialistas Clínica Juan Luis Londoño	PROPIA	2
Antioquia	Medellín	Corporación IPS SALUDCOOP EPS Clínica SALUDCOOP EPS Medellín	PROPIA	4
Antioquia	Medellín	Central de Especialista Clínica SALUDCOOP EPS Medellín	PROPIA	2
Antioquia	El Bagre	IPS El Bagre	PROPIA	2
Boyacá	Tunja	Corporación IPS SALUDCOOP EPS - Clínica Tunja	PROPIA	4
Boyacá	Tunja	Óptica SALUDCOOP EPS S. A. Ópticas Tunja	PROPIA	2

Regional	Municipio	NOMBRE IPS	TIPO IPS	NIVEL ATENCIÓN
Córdoba	Montería	Óptica SALUDCOOP EPS S. A. Ópticas Montería	PROPIA	2
Córdoba	Montería	Clínica SALUDCOOP EPS Montería	PROPIA	3
Costa	Barranquilla	Clínica Julio Enrique Medrano León	PROPIA	4
Costa	Santa Marta	Clínica SALUDCOOP EPS Santa Marta	PROPIA	4
Costa	Barranquilla	Óptica SALUDCOOP EPS S. A. Ópticas Barranquilla	PROPIA	2
Costa	Barranquilla	Central de Hematología Y Oncología	PROPIA	2
Costa	Santa Marta	Óptica SALUDCOOP EPS Ópticas Santa Martha	PROPIA	2
Cundinamarca	Bogotá D.C.	Óptica SALUDCOOP EPS S. A. Ópticas Venecia	PROPIA	2
Cundinamarca	Bogotá D.C.	Óptica SALUDCOOP EPS S. A. Ópticas Restrepo	PROPIA	2
Cundinamarca	Bogotá D.C.	Laboratorio Clínico Bioimagen Ltda. Clínica Santa Bibiana	PROPIA	3
Cundinamarca	Bogotá D.C.	Corporación IPS SALUDCOOP EPS Clínica Maternidad Santa Fe	PROPIA	2
Cundinamarca	Bogotá D.C.	Corporación IPS SALUDCOOP EPS Clínica Santa Bibiana	PROPIA	4
Cundinamarca	Bogotá D.C.	Estudios E Inversiones Medicas Esimed S.A. IPS Santa Paula	PROPIA	2
Cundinamarca	Bogotá D.C.	Cemes Centro Médico de Especialistas Calle 56 Esimed	PROPIA	2
Cundinamarca	Bogotá D.C.	Óptica SALUDCOOP EPS S. A. Chapinero	PROPIA	2
Cundinamarca	Bogotá D.C.	Corporación IPS SALUDCOOP EPS Clínica Norte	PROPIA	2
Cundinamarca	Bogotá D.C.	Óptica SALUDCOOP EPS S.A. Optikus Olaya	PROPIA	2
Cundinamarca	Bogotá D.C.	Corporación IPS SALUDCOOP EPS Unidad Integral de Alto Riesgo Obstétrico	PROPIA	3
Cundinamarca	Bogotá D.C.	Clínica Jorge Piñeros Corpas	PROPIA	4
Cundinamarca	Bogotá D.C.	Clínica Policarpa	PROPIA	3
Cundinamarca	Bogotá D.C.	Óptica SALUDCOOP EPS S.A. Optikus norte	PROPIA	2
Cundinamarca	Bogotá D.C.	Bioimagen Ltda	PROPIA	4
Cundinamarca	Bogotá D.C.	Bioimagen Ltda Sede Cemes 56	PROPIA	2
Cundinamarca	Bogotá D.C.	Centro de Apoyo Terapéutico Bioimagen	PROPIA	3
Cundinamarca	Bogotá D.C.	Cemes Casa de Especialistas 106	PROPIA	2
Cundinamarca	Bogotá D.C.	Corporación IPS SALUDCOOP EPS - Clínica Materno Infantil	PROPIA	4
Cundinamarca	Bogotá D.C.	Óptica SALUDCOOP EPS S.A. Optikus Calle 118	PROPIA	2
Cundinamarca	Bogotá D.C.	Clínica Veraguas	PROPIA	4
Cundinamarca	La Mesa	Clínica La Mesa	PROPIA	2
Cundinamarca	Bogotá D.C.	Clínica Santa Rosa de Lima	PROPIA	2
Cundinamarca	La Calera	Clínica Nuestra Señora del Rosario - La Calera	PROPIA	2
Cundinamarca	Bogotá D.C.	Central de Especialistas La Castellana	PROPIA	2
Cundinamarca	Bogotá D.C.	Corporación IPS SALUDCOOP EPS Unidad de Diagnostico Autopista Norte	PROPIA	3
Eje Cafetero	Pereira	Óptica SALUDCOOP EPS S. A. Optikus Pereira Maraya	PROPIA	2
Eje Cafetero	Armenia	Óptica SALUDCOOP EPS S. A. Optikus Armenia	PROPIA	2
Eje Cafetero	Manizales	Óptica SALUDCOOP EPS S. A. Optikus Manizales	PROPIA	2
Eje Cafetero	Pereira	Clínica SALUDCOOP EPS Pereira	PROPIA	4
Eje Cafetero	Armenia	Clínica SALUDCOOP EPS Armenia	PROPIA	4
Huila	Florencia	Sociedad SALUDCOOP EPS Santa Isabel IPS I Nivel Las Avenidas	PROPIA	1
Huila	Neiva	Clínica SALUDCOOP EPS Neiva	PROPIA	4
Huila	Pitalito	Clínica SALUDCOOP EPS Pitalito	PROPIA	2
Huila	Florencia	Sociedad Clínica Santa Isabel	PROPIA	3
Huila	Neiva	Óptica SALUDCOOP EPS S. A. Optikus Neiva	PROPIA	2
Llanos	Villavicencio	Corporación IPS SALUDCOOP EPS Clínica Llanos	PROPIA	4
Llanos	Granada	Clínica SALUDCOOP EPS Granada	PROPIA	2
Llanos	Villavicencio	Óptica SALUDCOOP EPS S. A. Optikus Villavicencio Parque	PROPIA	2
Llanos	Villavicencio	Clínica Martha s a	PROPIA	4
Nariño	Pasto	Clínica Los Andes	PROPIA	4
Nariño	Pasto	Óptica SALUDCOOP EPS S. A. Optikus Pasto	PROPIA	2
Norte de Santander	Cúcuta	Clínica SALUDCOOP EPS La Salle	PROPIA	4
Norte de Santander	Pamplona	Clínica Pamplona	PROPIA	2
Norte de Santander	Pamplona	Clínica pamplona	PROPIA	3
Norte de Santander	Cúcuta	Óptica SALUDCOOP EPS S. A. Optikus Cúcuta	PROPIA	2
Occidente	Popayán	Óptica SALUDCOOP EPS S. A. Optikus Popayán	PROPIA	2
Occidente	Cali	Corporación IPS SALUDCOOP EPS Clínica SALUDCOOP EPS Cali Norte	PROPIA	4
Occidente	Cali	Óptica SALUDCOOP EPS S. A. Optikus Cali	PROPIA	2
Occidente	Cali	Central de urgencias Cali	PROPIA	2
Occidente	Popayán	Corporación IPS SALUDCOOP EPS Clínica SALUDCOOP EPS Popayán	PROPIA	2
Occidente	Popayán	Corporación IPS SALUDCOOP EPS Clínica SALUDCOOP EPS Popayán	PROPIA	2
Santander	Bucaramanga	Corporación IPS SALUDCOOP EPS Bucaramanga	PROPIA	4
Santander	San Gil	Clínica Santa Cruz de La Loma	PROPIA	2
Santander	Bucaramanga	Óptica SALUDCOOP EPS S. A. Optikus Bucaramanga	PROPIA	2
Santander	Bucaramanga	Corporación IPS SALUDCOOP EPS Cañaveral	PROPIA	4
Tolima	Girardot	Clínica SALUDCOOP EPS Girardot	PROPIA	2
Tolima	Ibagué	Corporación SALUDCOOP EPS Clínica Ibagué	PROPIA	4
Tolima	Ibagué	Óptica SALUDCOOP EPS S. A. Optikus Ibagué	PROPIA	2
Tolima	Ibagué	Óptica SALUDCOOP EPS SaOptikus Ibagué	PROPIA	2

Saludcoop suministró el libro auxiliar de Costo Operacional por tercero, sin embargo al revisar en detalle cada una de los terceros relacionados, se observa que algunos tienen nombre diferente, por lo que se dificulta su ubicación, por lo que se

requiere de la EPS suministre el costo operacional para el año 2010, de cada una de las instituciones relacionadas en el cuadro anterior, indicando el NIT correspondiente.

1.6. Flujo de recursos

En desarrollo de la visita la EPS entregó la siguiente información sobre las cuentas por pagar por servicios de salud, con corte al 31 de diciembre de 2010:

Cifras en miles de pesos

Departamento	Información Saludcoop Visita			% Participación
	Vencido	Corriente	Total	
Bogotá D. C.	96.311.591	47.832.143	144.143.733	38,31
Atlántico	25.926.223	10.863.647	36.789.870	9,78
Antioquia	27.659.619	7.765.972	35.425.591	9,42
Santander	16.482.675	7.072.773	23.555.449	6,26
Valle	11.638.629	2.935.735	14.574.364	3,87
Huila	9.431.684	4.567.271	13.998.955	3,72
Córdoba	9.909.233	3.644.554	13.553.788	3,60
Meta	8.723.948	4.409.116	13.133.064	3,49
Boyacá	8.117.843	1.898.115	10.015.958	2,66
Norte de Santander	7.907.144	1.878.489	9.785.632	2,60
Nariño	5.284.963	2.177.540	7.462.503	1,98
Caldas	5.344.258	2.052.169	7.396.427	1,97
Tolima	5.153.978	1.404.492	6.558.470	1,74
Quindío	3.345.834	3.202.242	6.548.076	1,74
Risaralda	4.154.541	1.197.490	5.352.031	1,42
Magdalena	2.539.808	824.358	3.364.166	0,89
Bolívar	2.539.935	537.342	3.077.277	0,82
Amazonas	2.389.429	684.125	3.073.553	0,82
Cundinamarca	2.127.534	795.092	2.922.626	0,78
Sucre	2.281.930	625.338	2.907.268	0,77
Casanare	1.917.563	431.859	2.349.422	0,62
Cesar	1.425.806	846.200	2.272.006	0,60
Cauca	1.617.198	463.311	2.080.510	0,55
Arauca	1.101.288	572.745	1.674.033	0,44
Putumayo	1.133.538	260.452	1.393.990	0,37
Chocó	964.822	240.383	1.205.205	0,32
Caquetá	602.574	372.003	974.578	0,26
Guajira	518.115	146.270	664.385	0,18
Guaviare	0	49	49	0,00
Total general	266.551.702	109.701.275	376.252.977	100,00
Participación	71%	29%	100%	

Fuente: Información suministrada en desarrollo de la visita, cálculos Superintendencia Nacional de Salud.

De acuerdo con lo anterior, de los \$376.253 millones que, a diciembre de 2010, adeuda la EPS el 71% se encuentra vencido y el 29% está en los términos de pago.

El 81% del total de las cuentas por pagar que asciende a \$305.191 millones de pesos se encuentra concentrado en Bogotá (38.81%), Atlántico (9.78%), Antioquia (9.42%), Santander (6.26%), Valle (3.87%), Huila (3.72%), Córdoba (3.60%), Meta (3.49%) y Boyacá (2.66%)

Al evaluar los prestadores con los cuales se tienen las deudas se encuentra lo siguiente:

Cifras en miles de pesos

Entidad	Información Saludcoop Visita			% Participación
	Vencido	Corriente	Total	
COOPERATIVA EPSIFARMA	19.192.267	0	19.192.267	5,10%
RTS LIMITADA	10.280.473	2.298.163	12.578.636	3,34%
CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP	425.184	8.663.010	9.088.194	2,42%
IMPLANTES Y SISTEMAS ORTOPÉDICOS	4.799.460	1.592.310	6.391.771	1,70%
Organización Clínica General del Norte S.A.	4.149.857	604.389	4.754.246	1,26%
FUNDACIÓN LEONOR GOELKEL	2.978.732	1.011.129	3.989.862	1,06%
COOMULTRASAN LTDA.	2.490.709	1.486.003	3.976.712	1,06%
SALUDCOOP CLÍNICA LOS ANDES S.A.	0	3.593.244	3.593.244	0,96%
AGA FANO FÁBRICA NACIONAL DE OXÍGENO S. A.	2.854.544	738.610	3.593.155	0,95%
FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL	1.335.986	2.192.324	3.528.310	0,94%
INSTITUTO DEL CORAZÓN DE BUCARAMANGA S.A.	2.600.892	693.563	3.294.455	0,88%
CORPORACIÓN IPS COSTA ATLÁNTICA	0	3.274.178	3.274.178	0,87%
CLÍNICA CENTRAL OHL LTDA.	2.490.050	704.455	3.194.504	0,85%
Ortomac Ltda.	2.153.515	797.120	2.950.634	0,78%
SOCIEDAD CLÍNICA VALLEDUPAR	1.981.407	575.107	2.556.514	0,68%
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL	1.912.510	575.151	2.487.661	0,66%
UNIDAD CLÍNICALA MAGDALENA LIMITADA	1.965.183	517.388	2.482.571	0,66%
CLÍNICA DE CANCEROLOGÍA DEL N/DER	2.049.986	419.023	2.469.009	0,66%
FUNDACIÓN RENAL	1.924.575	493.070	2.417.644	0,64%
CLÍNICA MEDILASER	918.057	1.451.425	2.369.482	0,63%

Entidad	Información Saludcoop Visita			% Participación
	Vencido	Corriente	Total	
HOSPITAL DE LA MISERICORDIA	1.693.307	645.408	2.338.715	0,62%
FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	2.115.506	184.600	2.300.106	0,61%
UNIDROGAS S.A.	1.710.179	551.456	2.261.635	0,60%
CLÍNICA SANTA CRUZ DE LA LOMA S.A.	0	2.213.980	2.213.980	0,59%
HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE	1.816.202	320.570	2.136.772	0,57%
LABORATORIO BIOIMAGEN LTDA.	0	2.124.671	2.124.671	0,56%
CLÍNICA JOSÉ A RIVAS LTDA.	1.604.140	507.013	2.111.153	0,56%
SOCIEDAD CLÍNICA CASANARE LTDA.	1.607.422	443.732	2.051.154	0,55%
ASOC. PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA PROFAM	1.730.744	247.839	1.978.583	0,53%
SYNTHES COLOMBIA S A	1.627.489	330.207	1.957.696	0,52%
CLÍNICAS DE LA COSTA	1.421.555	529.648	1.951.204	0,52%
COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE AVIANCA	1.499.228	447.213	1.946.441	0,52%
COOPERATIVA ODONTOLÓGICA DE ANTIOQUIA LTDA. COODAN	1.515.131	395.464	1.910.595	0,51%
CENTRO DE DIAGNÓSTICOS EN CITOPATOLOGÍA LTDA.	1.427.098	476.543	1.903.641	0,51%
PROMOTORA MÉDICA LAS AMÉRICAS S.A.	1.508.599	372.916	1.881.515	0,50%

Fuente: Información suministrada en desarrollo de la visita, cálculos Superintendencia Nacional de Salud.

El detalle completo se encuentra en Anexo.

El mayor acreedor de la EPS, a diciembre de 2010, es la Cooperativa Epsifarma, en la cual Saludcoop tiene inversiones, y le adeuda \$19.192 millones de pesos, los cuales se encuentran vencidos y equivalen al 5.10% del total de las cuentas por pagar.

RTS Ltda., se constituye en el segundo acreedor de Saludcoop, con una deuda de \$12.579 millones de pesos que representan el 3.34% del total de las cuentas por pagar, de los cuales el 82% se encuentran vencidos.

De otra parte, a la Corporación IPS Saludcoop se le adeuda \$9.088 millones de pesos, de los cuales el 5% se encuentra vencido y el 95% es deuda corriente.

Al comparar la información, con corte a diciembre de 2010, suministrada en desarrollo de la visita, frente a la reportada por la EPS en cumplimiento de la Circular Única, a través de los archivos 017 y 018, se evidencia la siguiente situación:

Cifras en miles de pesos

Fuente	Vencido	Corriente	Total
Información Saludcoop Visita	266.551.702	109.701.275	376.252.977
Reporte Circular Única	95.395.970	14.246.449	109.642.419
Diferencias	171.155.732	95.454.826	266.610.558

Fuente: Información suministrada en desarrollo de la visita, reporte Circular Única, cálculos Superintendencia Nacional de Salud.

El detalle completo se encuentra en Anexo

Verificados los formatos 017 y 018 reportados por Saludcoop en cumplimiento a la Circular Única, se reflejan cuentas por pagar a proveedores con edad corriente por valor de \$95.395.970 miles y con mora hasta 30 días por valor de \$14.246.449 miles, tal como se muestra a continuación:

Miles de Pesos

DETALLE	De 1 a 30 días	Mora hasta 30 días	Valor Total
TOTAL	95.395.970	14.246.449	109.642.419

Fuente: Archivo Tipo 017 y 018.

No obstante lo anterior, se pudo establecer que Saludcoop registra mora en el pago a proveedores, superior a 180 días, máxime cuando durante el desarrollo de la visita, marzo 14 al 18 de 2011, se encontró en Tesorería cheques pendientes de entrega, girados durante el año 2010, la suma de \$266.815.966 miles.

De acuerdo con lo anterior, en el envío de Circular Única correspondiente al corte a 31 de diciembre de 2010, se dejaron de reportar deudas por valor de \$266.611 millones de pesos, circunstancia que genera distorsión de la información que se remite para el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control.

De otra parte, la Superintendencia Nacional de Salud, entre abril de 2010 y febrero de 2011, ha recibido quejas de ochenta y dos (82) Prestadores de Servicios de Salud, a través de las cuales dan a conocer la mora que presenta Saludcoop en el pago de las acreencias, las cuales ascienden a \$22.864 millones de pesos y que, en algunos casos, ha conllevado a la suspensión de la prestación de los servicios a los usuarios de la EPS.

Adicionalmente, la EPS Saludcoop, al 31 de diciembre de 2010, presenta un sobregiro contable por la suma de \$271.530.076 miles de pesos, reflejados en la cuenta código 210507 de los estados financieros y tiene cheques pendientes de cobro por valor de \$270.634.332 miles de pesos, así como cheques prescritos por valor de \$2.648.697 miles de pesos.

Consecuentemente, al revisar la conciliación de la Cuenta Bancaria Corriente número 380-105-932 denominada "Giros Médicos de la Regional Cundinamarca" se observa que existen 8.013 cheques pendientes de cobro los cuales no han sido entregados a los diferentes proveedores y acreedores de la entidad, por un total de \$266.895.689 miles de pesos, discriminados así:

PERÍODO	VALOR
2007	15.045.077,00
2008	2.973.956,00
2009	61.704.936,00

PERÍODO	VALOR
MARZO 2010	185.778.185,28
JUNIO 2010	2.070.505.356,60
SEPTIEMBRE DE 2010	54.782.243.543,29
NOVIEMBRE DE 2010	4.794.614.993,85
DICIEMBRE DE 2010	204.982.823.785,99
TOTAL CHEQUES PENDIENTE DE ENTREGA	266.895.689.834,01

Fuente: Conciliación Bancaria Cuenta Corriente número 380-105-932.

Tal como se observa, para el año 2010, el giro de cheques coincide con los cortes trimestrales de envío de información a la Superintendencia Nacional de Salud en cumplimiento de la Circular Única, circunstancia que podría indicar un manejo contable inadecuado de la información para disminuir el valor de las cuentas por pagar, lo cual, tal como se manifestó anteriormente, genera distorsión en la información.

Así las cosas, se establece que Saludcoop está incumpliendo con las normas y procedimientos que rigen la materia en especial el artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, los artículos 5°, 6°, 7° y 23 del Decreto 4747 de 2007, la Resolución 003047 de 2008, los Decretos 574 y 1698 de 2007, por el cual se definen y adoptan las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo.

Por lo anterior, se hace necesario precisar que dentro de las características de la información contable se señala la confiabilidad, la cual establece que "Para ser útil, la información debe también ser fiable. La información posee la cualidad de fiabilidad cuando está libre de error material y sesgo, y los usuarios pueden confiar en que es la imagen fiel de lo que pretende presentar o de lo que puede esperarse razonablemente que represente".

Teniendo en cuenta que Saludcoop EPS, a diciembre de 2010, presenta cuentas por pagar en mora que representan el 71% del total de las acreencias y que gira cheques que no son entregados a sus beneficiarios, al parecer, con el fin de disminuir el valor de las deudas antes de efectuar el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud, se concluye que la EPS está incumpliendo lo establecido en el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, en concordancia con el Decreto 4047 de 2007, sobre el flujo y la protección de los recursos, el cual dispone:

"d) Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura".

Además, con dicha práctica se desconoce lo dispuesto en los artículos 2° y 3° del Decreto 882 de 1998, por el cual se fija el margen de solvencia que asegura la liquidez de las Entidades Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones, relacionados con las cuentas por pagar superiores a 30 y 60 días calendario:

"Artículo 2°. De las cuentas por pagar superiores a 30 días calendario. Las Entidades Promotoras de Salud y/o Administradoras del Régimen Subsidiado con cuentas por pagar superiores a 30 días calendario, contados a partir de la fecha prevista para su pago, no podrán:

1°. Realizar nuevas afiliaciones, salvo los beneficiarios de aquellos afiliados que se encontraban cotizando tratándose de régimen contributivo y los recién nacidos en el régimen subsidiado.

2°. Realizar mercadeo de sus servicios con el objeto de obtener nuevas afiliaciones o traslado de afiliados.

3°. Afectar el flujo de ingresos provenientes de la Unidad de Pago por Capitación para cancelar obligaciones provenientes de la amortización de inversiones en infraestructura asistencial o administrativa.

4°. Realizar cualquier operación de compra o arrendamiento financiero con opción de compra sobre bienes inmuebles y realizar inversiones de cualquier naturaleza como socio o asociado.

Estas entidades adoptarán, dentro de su organización, los procedimientos y mecanismos que garanticen la observancia de lo dispuesto en el presente artículo e informarán de tal hecho a la Superintendencia Nacional de Salud.

Sin perjuicio de las acciones de vigilancia y control que ejerce la Superintendencia Nacional de Salud, esta podrá informar a los usuarios a través de medios de comunicación de amplia circulación nacional, las entidades cuyas afiliaciones se encuentren suspendidas.

Parágrafo. Esta disposición no será aplicable respecto a las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado en tanto estas no reciban los recursos correspondientes por parte de los entes territoriales.

Artículo 3°. De las cuentas por pagar superiores a 60 días calendario. Cuando las entidades a que se refiere el presente decreto, tengan cuentas por pagar por bienes y servicios de salud superiores a 60 días calendario, a partir de la fecha establecida para el pago, además de las medidas antes mencionadas, los afiliados dentro del régimen contributivo quedarán en libertad de trasladarse a otra Entidad Promotora de Salud, sin sujetarse al régimen de movilidad general, siempre que se encuentren al día en el pago de sus obligaciones y surtan los trámites formales dispuestos en las normas legales".

1.7 Procesos Judiciales a favor de la EPS

Durante la visita se suministró la relación de procesos que maneja la firma Monroy & Bernal Abogados, en cuanto a las actuaciones administrativas encaminadas a obtener la reparación por los recobros presentados ante el Fosyga por CTC y Fallos de Tutela, por valor de \$77.786.148 miles.

A continuación se relaciona de manera desagregada la información de los procesos adelantados y sus pretensiones, así:

Miles de Pesos

No.	No. Radicación	Despacho que conoce	Tema demanda	Pretensiones
1	2006-1005	Sección Tercera del Consejo de Estado	Recobros Medicamentos	2.213.688
2	2007-0736	Sección Tercera del Consejo de Estado	Reparación 50% CTC Medicamentos	20.237.760
3	2007-0713	Tribunal Administrativo de Cundinamarca	Extemporaneidad justificada	428.386
4	2007-0725	Tribunal Administrativo de Cundinamarca	Extemporaneidad justificada	5.674.180
5	2007-0724	Tribunal Administrativo de Cundinamarca	Fallos de Tutela	23.108.035
6	2007-0737	Tribunal Administrativo de Cundinamarca	No Pronunciamientos	2.616.014
7	2007-0738	Tribunal Administrativo de Cundinamarca	Pagos parciales	12.932.076
8	2007-0754	Tribunal Administrativo de Cundinamarca	Diferencias POS no POS	10.576.009
			TOTAL	77.786.148

Adicionalmente la EPS tiene dos asuntos sobre solicitud de conciliación Otras Glosas por valor de \$86.565.343 miles y la solicitud de conciliación de diferencias POS No POS, posteriores al 30 de mayo de 2007, por \$42.907.438 miles, procesos que ya se les agotó el requisito de procedibilidad de que trata la Ley 1285 de 2009.

1.8 Indicadores

GRUPO	Cifras en miles de pesos		Diciembre de 2010
	#	VARIABLE	SALUDCOOP E.P.S.
Capital	1	Capital autorizado	66.709.531
	2	Capital SUSCRITO Y PAGADO	66.709.531
	3	Prima Colocación Acciones	(4.571.554)
	4	Reserva Legal	73.402.832
	5	Perdidas	0
	6	Patrimonio	554.711.568
Activo	8	Activo Total	1.422.917.727
	9	Activo Corriente	775.650.100
	10	Cartera	630.332.512
	11	Inventarios	51.246.175
	12	Activo Fijo	421.978.978
	13	Edificios e Inmuebles	220.192.995
	14	Proveedores No POS	19.398.005
Pasivo	15	Cuentas por pagar	195.713.981
	16	Oblig. Financieras	532.343.988
	17	Reservas Técnicas	106.800.735
	18	Pasivo Total	868.206.159
PyG	19	Ingresos	2.467.383.749
	20	Ingresos RC	2.383.960.286
	21	Costos de ventas	2.173.656.731
	22	Utilidad bruta	210.303.555
	23	Gastos de administración	168.210.907
	24	Gastos de ventas	44.342.236
	25	Utilidad operacional	-2.249.588
	26	Utilidad antes Tax	32.436.997
	27	Utilidad Neta	16.489.125
	28	Tasa impositiva formal	35%
MARGEN DE SOLVENCIA	36	Ingresos Operacionales (UPC*#Afi)	1.612.706.635
	37	Factor de riesgo	10,0%
	38	Valor factor de riesgo	161.270.664
	39	Relación de gastos operativos y reconocidos	100%
	40	Margen de Solvencia	161.270.663
	41	Patrimonio Técnico	317.686.166
PATRIMONIO MÍNIMO	42	Suficiencia Patrimonial	156.415.503
	43	Patrimonio Mínimo EPS Resolución 724 de 2007	135.540.809
	44	Capital mínimo	5.150.000
	45	Cumplimiento patrimonio	130.390.809

Resultado Indicadores

Cifras en miles de pesos			
CONCEPTO		SALUDCOOP E.P.S.	
Finanzas	6	Endeudamiento	61,02%
	7	Cartera / activos	44,30%
	8	ROS, Utilidad neta/Ingresos	0,67%
	9	ROA, Utilidad neta/activos	1,16%
	10	ROE, Utilidad neta/patrimonio	2,97%
	11	Exceso Patrimonio mínimo (miles de \$)	130.390.809
	12	Margen de Solvencia	161.270.663,00
	13	Suficiencia Patrimonial	156.415.503,00
	14	Periodo de cartera	91,97
	15	Ingresos RC/Compensados (\$) UPC \$485,013,6	703.006,25
Eficiencia	16	Ingresos RC/ Ingreso Total	96,62%
	17	Costo de ventas /Ingresos	88,10%
	18	(Gastos de Admon y Ventas) / Ingresos	8,61%

Al establecer el capital de trabajo de Saludcoop EPS, se tiene el siguiente resultado:

Capital de Trabajo = Activo Corriente – Pasivo Corriente

Capital de Trabajo = 775.650.100 – 729.140.692 = 46.518.408 miles

De lo anterior se establece que dentro del activo corriente se incluyen las cuentas por cobrar al Fosyga, por valor de \$346.455.514 miles, de los cuales la suma de \$85.432.526 miles, es cartera con mora superior a 360 días, por lo que se puede concluir la EPS, no tiene capital de trabajo para dar cumplimiento a las obligaciones a corto plazo.

Dentro de este mismo análisis, se debe tener en cuenta que de la cartera corriente con el Fosyga, de la totalidad de las cuentas por cobrar no toda se encuentra aprobada con el Consorcio, para el respectivo pago.

Así las cosas, se hace más deficiente el capital de trabajo de la EPS, lo que le impide garantizar la prestación de servicios a los usuarios.

Cifras en Miles de Pesos	
Sin Mora	114.241.387
Mora de 1 a 30 días	9.193.407
Mora de 31 a 60 días	13.871.684
Mora de 61 a 90 días	29.418.161
Mora de 91 a 180 días	56.534.227
Mora de 181-360 Días	37.764.122
Mora Mayor a 360 Días	85.432.526
TOTAL	346.455.514

FUENTE: Relación suministrada por la EPS en desarrollo de la visita.

Endeudamiento: Pasivo/Activo

Endeudamiento: 868.206.159/1.422.917.727 = 61.02%

Según las cifras reportadas a diciembre de 2010 la razón de endeudamiento equivale al 61.02%, lo que significa que los acreedores son propietarios en ese porcentaje del total de los activos.

Endeudamiento a corto plazo: Pasivo corriente/Activo corriente

Endeudamiento corto plazo: 729.140.692/775.650.100 = 94%

Tal como se refleja, el endeudamiento a corto plazo de Saludcoop asciende al 94%, situación que impide desde todo punto de vista a dar cumplimiento con las obligaciones de corto plazo, esto es con las instituciones prestadoras de servicios de Salud. Cabe recordar que dentro del activo se incluyen las cuentas por cobrar al Fosyga, con edad superior a 360 días, situación que hace que el endeudamiento a corto plazo supere el 100%, lo que puede traducirse en el porcentaje de propiedad de los activos de Saludcoop, por parte de los terceros. Implica a su vez imposibilidad de responder con las obligaciones, incumplimiento en el flujo de recursos e imposibilidad de garantizar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

LA EPS registra una suficiencia Patrimonial de \$156.415.503 miles a diciembre 31 de 2010.

El costo de ventas representa el 88.10% del ingreso de Saludcoop y a su vez, los gastos de administración representan el 8,61% del Ingreso de Saludcoop a diciembre 31 de 2010.

Conclusiones

A continuación se presentan cada uno de los hallazgos, los cuales deben ser objeto de análisis, justificación, aclaración y soporte documental por parte de Saludcoop EPS.

Dictamen del Revisor Fiscal: El Revisor Fiscal no hace mención en su dictamen sobre la situación de Saludcoop, frente a los aspectos que fueron objeto de hallazgo en el presente informe, y máxime cuando la EPS refleja una situación que imposibilita la prestación de los servicios de salud a sus afiliados, observando incumplimiento por parte de la Firma de Revisoría Fiscal de lo previsto en la Circular Conjunta 122 SNS y 036 JCC de 2001.

Bancos y sobregiros contables: Para el año 2010, el giro de cheques se efectuó en los cortes trimestrales equivalentes al envío de información de Circular Unica, lo que indica la intencionalidad de la disminución de las cuentas por pagar, suministradas a la Superintendencia Nacional de Salud, situación que afectaría de forma positiva a la EPS, el comportamiento en el flujo de recursos, generando a su vez distorsión en la información.

Inversiones: Las inversiones a diciembre de 2010, según la relación suministrada en el desarrollo de la visita, presentan un saldo de \$225.134.221 miles, reflejando una diferencia respecto del valor suministrado por la EPS en los estados financieros de \$4.991.586 miles, toda vez que en los mismos se refleja un valor de \$220.142.465 miles. Es preciso que se justifique la diferencia.

Saludcoop realizó durante el año 2010 inversiones en Encargos Fiduciarios por la suma de \$7.038.484 miles, donde la mayor inversión la registra con la firma Proyectar Valores S. A. por \$7.005.218 miles, seguida de la Inversión en la DIAN con un valor de \$78.528 miles, de los cuales no precisa el objeto de la inversión ni la procedencia de los recursos que justifique su constitución, por lo que se requiere además copia del contrato respectivo.

En cumplimiento con lo previsto en los Decretos 574 y 1698 de 2007, Saludcoop tiene inversiones por valor de \$15.490.857, según el cuadro anexo, suministrado por la EPS, donde registra inversión en Corredores Asociados por valor de \$2.116.479 miles, del cual la entidad suministró contrato, sin embargo no contiene el valor total de la Inversión; y en la DIAN por \$13.374.378 miles, sin indicar el concepto por el cual se tiene la inversión en dicha entidad. Se requiere indicar dentro del portafolio de inversiones previsto en el Decreto 574 de 2007, a cuál de los conceptos corresponde esta inversión.

Deudores: Para efectos de aclarar las cuentas por Cobrar al Fosyga, correspondientes a CTC y Sentencias Judiciales, se requiere que la misma sea clasificada de acuerdo a los 4 estados de la glosa.

Anticipos y Avances: Los anticipos realizados por la EPS, a diciembre 31 de 2010 corresponden a \$11.672.888 miles, sin embargo, para efectos de conocer la situación actual de los mismos se requiere aclaración de los proveedores relacionado, señalando la fecha y valor del anticipo y el objeto del contrato. Para el caso de los anticipos relacionados con proveedores de obras, es necesario que se remita adicionalmente copia del contrato correspondiente, a fin de establecer el cumplimiento de lo previsto en la Resolución 724 de 2008, la cual establece que la legalización de los anticipos no debe ser superior a tres (3) meses contados a partir de la fecha de otorgamiento de los mismos y deben tener relación de causalidad con el objeto social.

La EPS realizó, a diciembre 31 de 2010 por valor de \$11.672.888 miles, sin embargo, para efectos de conocer la situación actual de los mismos se requiere aclaración de los proveedores relacionados anteriormente, señalando la fecha y valor del anticipo y el objeto del contrato. Para el caso de los anticipos relacionados con proveedores de obras, es necesario que se remita adicionalmente copia del contrato correspondiente, a fin de establecer el cumplimiento de lo previsto en la Resolución 724 de 2008, la cual establece que la legalización de los anticipos no debe ser superior a tres (3) meses contados a partir de la fecha de otorgamiento de los mismos y deben tener relación de causalidad con el objeto social.

Promesas de compraventa: Se registran promesas de compraventa por saldo inicial con Construcción, por valor de \$2.624.777 miles, para el proyecto de Clínica Materno Infantil; por valor de \$2.624.830 miles para la Clínica Neiva y otra por valor de \$2.617.203 miles, para el proyecto Clínica Tunja, de las cuales se requiere la justificación del registro.

Así mismo se refleja adquisición de obras de construcción en Fiduciaria la Previsora por un valor igual de \$1.478.290 miles para los proyectos de Clínica Materno Infantil y Clínica Neiva y otra por \$1.503.962 miles, para la Clínica Tunja, se requiere indicar el detalle de los valores antes señalados.

Se muestra un saldo negativo por valor de \$13.906.667 miles, denominado arrendamientos, para la Clínica Medellín, los cuales ameritan la justificación, dada la naturaleza de la cuenta, así mismo se registra \$1.012.546 miles por bienes raíces para la Clínica Neiva, igualmente un valor de \$941.203 miles, por bienes raíces, para la Clínica Tunja, que presentan saldo negativo.

Para el año 2010, la suscripción de promesas de compraventa asciende a la suma de \$5.156.109 miles, por concepto de obras en construcción y propiedad planta y equipo. Se requiere la justificación y copia de las promesas de compraventa respectivas.

Saludcoop registra promesas de compraventa por saldo inicial con Construcción, por valor de \$2.624.777 miles, para el proyecto de Clínica Materno Infantil; por valor de \$2.624.830 miles para la Clínica Neiva y otra por valor de \$2.617.203 miles, para el proyecto Clínica Tunja, de las cuales se requiere la justificación del registro y certificado de Cámara de Comercio de Construcción.

Refleja adquisición de obras de construcción en Fiduciaria la Previsora por un valor igual de \$1.478.290 miles para los proyectos de Clínica Materno Infantil y Clínica Neiva y otra por \$1.503.962 miles, para la Clínica Tunja, se requiere indicar el detalle de los valores antes señalados.

Muestra un saldo negativo por valor de \$13.906.667 miles, denominado arrendamientos, para la Clínica Medellín, los cuales ameritan la justificación, dada la naturaleza de la cuenta, así mismo se registra \$1.012.546 miles por bienes raíces para la Clínica Neiva, igualmente un valor de \$941.203 miles, por bienes raíces, para la Clínica Tunja, que presentan saldo negativo.

Se muestra una columna denominada como "Reclasificación", dentro de la cual registra valores negativos, lo cual se conlleva a un valor negativo en el saldo, para los beneficiarios Corporación IPS Cundinamarca, Corporación IPS Huila y Corporación IPS Boyacá, situación que requiere ser justificada y soportada documentalmente por Saludcoop.

En razón a los hallazgos antes mencionados, se requiere que la EPS, justifique los hechos económicos, y suministre copia de las promesas de compraventa y detalle de las mismas, donde se refleje el objeto del contrato, fecha de suscripción, plazo de la estrategia, temporalidad legal del contrato, y la finalidad de tener este tipo de contratos con una vigencia mayo a un año.

Deudores Varios: En la Nota número 6 a los estados financieros, Saludcoop EPS, registra Deudores Varios, dentro de los cuales desagrega Proyecto Ciudadela Salud, con una cuenta por cobrar por \$22.733.897 miles, indicando que corresponde a los valores pagados desde el año 2006, para la construcción del proyecto Ciudadela Salud, pagos en los cuales se contemplan honorarios, asesorías estructurales y de diseño, materiales y mano de obra, proyecto restringido por la Superintendencia Nacional de Salud en el año 2010. Se requiere remitir el contrato correspondiente.

Dentro de los Deudores Varios, Saludcoop registra embargos judiciales por valor de \$12.120.530 miles, correspondiente a embargos realizados por sentencia judicial de medida cautelar en contra de Saludcoop, originados en su mayoría por el cobro coactivo por parte de hospitales e IPS por la prestación de servicios de salud. Dada la naturaleza

de los mismos, se solicita remitir copia de los embargos, haciendo relación a la fecha del embargo, beneficiario, monto, deuda a la fecha, pretensión del demandante, costo financiero de los mismos.

Saludcoop presenta relación de cuentas por cobrar al Fosyga por valor de \$346.455.515, la cual se requiere reclasificar de acuerdo a los 4 estados de las glosas.

Se refleja en la relación de cuentas por cobrar al Fosyga por concepto de CTC, un concepto definido como Ente Territorial por valor de \$169.937 miles, del cual se requiere indicar a qué tipo de servicios obedece el registro contable.

Inventarios: Según la Nota número 7 a los estados financieros, la EPS señala que registra la compra de medicamentos e insumos con los laboratorios y entidades proveedoras, realizada en cabeza de Saludcoop, quien efectúa la compra de los mismos para las cuatro entidades Cafesalud EPS, Cruz Blanca EPS, Corporación IPS Saludcoop y Saludcoop EPS. Se requiere copia del contrato suscrito con el proveedor y el celebrado con cada una de las EPS e IPS.

Propiedad planta y equipo: Dentro del monto de las compras la entidad registra un valor negativo en equipo de investigación por \$2.419.366 miles, del cual no se conoce la justificación. Se requiere indicar a que obedece el registro contable. **II3**

Para el año 2009 registra un valor negativo definido como legalización de anticipos por la suma de \$4.986.524 miles, suma que presuntamente se encuentra mal registrada, toda vez que los anticipos deben legalizarse en la cuenta correspondiente y a través de la cual se registró el anticipo al momento de su otorgamiento, por lo que se requiere la justificación y detalle del registro.

En la columna de traslados se registra un valor neto de \$421.709 miles con naturaleza negativa, sin embargo en el detalle de la misma se observan saldos de traslados con naturaleza negativa, es decir, se hacen traslados sin haber saldos o se trasladan valores mayores al saldo que presenta la cuenta.

Durante el año 2009, según la relación suministrada, Saludcoop realizó venta de activos fijos por valor de \$26.023.122 miles, de los bienes que se detallan a continuación, sin embargo Saludcoop no suministró los contratos que soportan la venta de los activos, por lo que se requiere relación de los equipos vendidos, desagregados por cada tipo de activos de acuerdo a la siguiente relación y los documentos que soporten la venta y el respectivo pago.

Contratos leasing: En la información suministrada físicamente de los contratos de leasing no se evidencia el Contrato número 78085 suscrito con Leasing Bancolombia S. A. por valor de \$59.640.000.000 con destino a la Clínica Medellín, el cual fue ajustado por un mayor valor en diciembre de 2009, con un crédito de \$10.800.000.000 quedando con un valor de \$48.840.000.000. Así mismo el Contrato número 90142, también suscrito con Leasing Bancolombia S. A. por valor de \$15.004.716.000 con destino Clínica Cañaveral no fue suministrado. Para efectos de conocer el objeto de los mismos se requiere copia de dichos contratos.

En el año 2010 se suscribieron contratos de Leasing Occidente (por fusión ahora Banco de Occidente) por la suma de \$11.371.377.049. El Contrato número 180-54996 fue registrado inicialmente el año 2009, como un leasing financiero, pero en diciembre de 2010, fue revertido por ser un leasing operativo y se registra por corrección un valor de \$1.921.257.274, se requiere conocer este contrato.

Saludcoop, por traslado saldos por fusión registra \$27.439.321.901, al restar la corrección mencionada anteriormente de \$1.921.257.274 queda un saldo de \$25.518.064.627 como se observa en el cuadro anterior; se requiere conocer el detalle de registro contable y la justificación del mismo.

En el año 2009 se suscribieron contratos de Leasing Occidente por la suma de \$6.271.394 miles, como se observa en el cuadro anterior para un total a diciembre de 2009 de \$84.574.170.685 miles. Es preciso que Saludcoop justifique la necesidad de la suscripción de tales contratos.

Teniendo en cuenta que los contratos de leasing se suscribieron a 36 meses, es necesario que Saludcoop suministre el estudio realizado para efectos de establecer el tiempo de vigencia e informe el valor de cada contrato con su respectivo costo financiero desde la fecha de suscripción, detallado para cada año, la cuenta del gasto afectada.

Diferidos: Así mismo, adquirió software por \$2.013.065 miles (del cual se requiere copia de la factura de compra y comprobante de pago), remodelaciones a IPS propias por valor de \$5.120.328 miles y Mejoras a IPS arrendadas por valor de \$8.639.051 miles.

De la adquisición realizada de diferidos, durante el año 2009 más el saldo presentado a diciembre 31 de 2008, realizó amortizaciones por la suma de \$22.663.728 miles, de las cuales se requiere suministrar la imputación y soporte contable para cada uno de los ítems señalados en el cuadro anterior.

La entidad suministró los datos antes anotados para los años 2009 y 2010, no obstante al verificar éstos con los saldos de las notas a los estados financieros, presentan diferencias, toda vez que su saldo a diciembre de 2009 y 2010 es de \$11.663.576 miles y \$4.264.931 miles, diferencias que es preciso que la EPS justifique.

Durante el año 2010, Saludcoop adquirió diferidos por valor de \$5.629.684 miles y realizó amortizaciones por \$14.605.676 miles. Se requiere suministrar la imputación y soporte contable para cada uno de los ítem señalados en el cuadro anterior; que soporten la totalidad de la amortización. Así mismo, se requiere copia de la factura de compra y comprobante de pago del software contable.

En la subcuenta de Equipo médico, la EPS registra una compra de \$26.383 miles más un registro definido como "Leg. Anticipos" por valor de \$139.013 miles, cuando los anticipos se legalizan en la cuenta denominada anticipos y avances con naturaleza crédito. Llama la atención que en una cuenta de Diferidos se registre legalización de anticipos. Se requiere que Saludcoop justifique la razonabilidad del registro por la suma señalada

Saludcoop registra para el año 2009, una columna denominada "Reversión", en la que refleja la suma de \$11.803 mil, sin embargo con naturaleza débito, contraria a lo que representa su denominación, se requiere indicar el objeto del registro, bien adquirido.

La relación de anticipos para el año 2009, registra una columna denominada "Traslado cta.", en la que presenta un valor negativo por \$1.352.664 miles, es preciso que Saludcoop justifique el objeto del traslado y las cuentas afectadas con el mismo.

Según la relación suministrada de cargos diferidos para el año 2010, registra en la columna "Reversión" la suma de \$657 miles, de los cuales se requiere indicar a que obedece, toda vez por tratarse de reversión debe corresponder a naturaleza crédito.

En los cargos diferidos para el año 2010, la columna denominada "Traslado cta.", tiene registros de naturaleza débito y crédito, para un valor neto de \$97.498 miles, por lo que la EPS, debe justificar su registro y soportar documentalmente el mismo.

Costos y gastos por pagar: Según el Balance General, a diciembre 31 de 2010, Saludcoop registra costos y gastos por pagar por valor de \$136.497.642 miles, donde la mayor participación la reflejan las subcuentas de Otros Costos y Gastos por valor de \$76.392.550 miles y arrendamientos por la suma de \$55.011.475 miles correspondiente al 56% y 40% respectivamente, del total de los costos y gastos. Se requiere indicar el detalle de los beneficiarios, edad y valor de la cuenta por pagar de cada uno.

Reservas Técnicas: Saludcoop, en cumplimiento con lo previsto en los Decretos 574 y 1698 de 2007, tiene inversiones por valor de \$15.490.857, según el cuadro anexo, suministrado por la EPS, donde registra inversión en Corredores Asociados por valor de \$2.116.479 miles, del cual la entidad suministró contrato, sin embargo no contiene el valor total de la Inversión; y en la DIAN por \$13.374.378 miles, sin indicar el concepto por el cual se tiene la inversión en dicha entidad. Se requiere indicar qué tipo de inversión posee en la DIAN y remitir el documento soporte.

Patrimonio: El patrimonio de Saludcoop a diciembre de 2009 fue de \$514.145.650 miles, y para el año 2010 de \$554.711.568 miles, presentando un incremento del 7.9% con respecto al año anterior; donde la mayor participación fue de la cuenta de Superávit por valorización, y el Superávit del método de participación realizado sobre las inversiones que posee Saludcoop. Para efectos de establecer con claridad las variaciones respectivas, es preciso que Saludcoop, indique en detalle y la variación de cada una de las subcuentas.

Flujo de recursos: Teniendo en cuenta que Saludcoop EPS, a diciembre de 2010, presenta cuentas por pagar en mora que representan el 71% del total de las acreencias y que gira cheques que no son entregados a sus beneficiarios, al parecer, con el fin de disminuir el valor de las deudas antes de efectuar el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud, se concluye que la EPS está incumpliendo con las normas y procedimientos que rigen la materia en especial el artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, los artículos 5°, 6°, 7° y 23 del Decreto 4747 de 2007, la Resolución 003047 de 2008, incumpliendo lo establecido en el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, en concordancia con el Decreto 4047 de 2007, sobre el flujo y la protección de los recursos, y los Decretos 574 y 1698 de 2007, por el cual se definen y adoptan las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo.

Integración vertical: En el detalle de las IPS propias, para el año 2009, Saludcoop relaciona a la Clínica Armenia como propia con una participación del 69%, y a Epsiclínicas, no obstante para el año 2010, no la refleja como IPS propia, por lo que se requiere que Saludcoop, remita copia del documento a través del cual efectuó la enajenación de la misma o la venta de la inversión.

Saludcoop suministró el libro auxiliar de Costo Operacional por tercero, sin embargo, al revisar en detalle cada uno de los terceros relacionados, se observa que algunos tienen nombre diferente, por lo que se dificulta su ubicación, por lo que se requiere de la EPS suministre el costo operacional para el año 2010, de cada una de las instituciones relacionadas en el cuadro anterior; indicando el NIT correspondiente.

Indicadores: De lo anterior se establece que dentro del activo corriente se incluyen las cuentas por cobrar al Fosyga, por valor de \$346.455.514 miles, de los cuales la suma de \$85.432.526 miles, es cartera con mora superior a 360 días, por lo que se puede concluir la EPS, no tiene capital de trabajo para dar cumplimiento a las obligaciones a corto plazo.

Dentro de este mismo análisis, se debe tener en cuenta que de la cartera corriente con el Fosyga, de la totalidad de las cuentas por cobrar no toda se encuentra aprobada con el Consorcio, para el respectivo pago.

Así las cosas, se hace más deficiente el capital de trabajo de la EPS, lo que le impide garantizar la prestación de servicios a los usuarios.

El endeudamiento a corto plazo de Saludcoop asciende al 94%, situación que impide desde todo punto de vista a dar cumplimiento con las obligaciones de corto plazo, esto es con las instituciones prestadoras de servicios de Salud. Cabe recordar que dentro del activo se incluyen las cuentas por cobrar al Fosyga, con edad superior a 360 días, situación que hace que el endeudamiento a corto plazo supere el 100%, lo que puede traducirse en el porcentaje de propiedad de los activos de Saludcoop, por parte de los terceros. Implica a su vez imposibilidad de responder con las obligaciones, incumplimiento en el flujo de recursos e imposibilidad para garantizar la prestación de los servicios de salud a los usuarios".

Como ha quedado anotado en el presente proveído mediante oficio radicado con el NURC 2-2011-027861 del 11 de mayo de 2011, las Superintendencias Delegadas Para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos Para la Salud, y Para la Atención en Salud de la Superintendencia Nacional de Salud, remitieron a **Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**, el informe final de la visita, con el fin de dar cumplimiento al debido proceso. (Folios 575 y 576 Carpeta N° 3).

Ante la inminente afectación de la prestación del servicio de salud, debido a las deficiencias que refieren los hallazgos a los cuales hace alusión el Informe Final de Visita, y una vez agotado y cumplido por parte de este Despacho el **derecho a la defensa, al debido proceso, y a la contradicción que le asistía a Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**, circunstancia que se concreta con el traslado que se hizo del informe preliminar de visita, con el vencimiento del plazo establecido por el artículo 10 de la Resolución 1242 de 2008, sin que se aportara respuesta por parte de la **Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**, que dio lugar a que el informe preliminar quedara en firme y por lo tanto se entendiera como informe final de visita confirmando los hallazgos, la Superintendencia Nacional de Salud en aras de proteger el interés público, razón última de este organismo de Inspección, Vigilancia y Control, y de conformidad con sus funciones y facultades legales y constitucionales, procederá a adoptar las medidas tendientes

a contrarrestar los hechos y circunstancias que ponen en peligro la prestación del servicio de salud y lesionan el orden jurídico que se protege esto es la población afiliada al sistema General de Seguridad Social en Salud, a fin de superar las deficiencias financieras detectadas.

Es así, que este organismo de inspección, control y vigilancia, se encuentra frente a una situación que requiere de su presencia inmediata, para que en la medida de que así lo establezcan las competencias asignadas, sea adoptada una decisión que permita determinar si **Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo** debe ser objeto de liquidación o de toma de medidas para desarrollar su objeto social y garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud, en los términos y con la debida observancia de las normas que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud y lo dispuesto en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

Se considera, se debe garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud de **Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo** y su proceso de aseguramiento, por lo que, esta Superintendencia cuenta con plenas facultades legales para la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la Intervención Forzosa Administrativa de **Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**.

De esta manera, se concluye que dentro del término que se otorgue y con el fin de garantizar la prestación de los servicios de salud de los afiliados de **Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**, el Agente Especial debe desarrollar las actividades tendientes a determinar si **Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo** puede cumplir con su objeto, y adoptar otras medidas, o si por el contrario **Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo** debe ser objeto de revocatoria y de liquidación.

Teniendo en cuenta que:

I. En desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política y conforme al artículo 2° del Decreto 806 de 1998, el Estado garantiza el acceso a los servicios de salud y regula el conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial, con el propósito de mantener o recuperar su salud.

II. El Sistema General de Seguridad Social en Salud se basa entre otros en los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia e integración funcional, para resolver problemas de inequidad en el acceso a los servicios, mejorar la calidad en la prestación de los mismos, y enfrentar la desarticulación entre las diferentes instituciones y la debilidad de la estructura institucional y administrativa.

III. El sistema General de Seguridad Social en Salud, es el conjunto de normas, instituciones y procedimientos para mejorar la calidad de vida de la población colombiana protegiéndola contra riesgos que afectan su salud y la de su comunidad, y es la forma como se brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros.

IV. La atención en salud se constituye en un servicio básico que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida acorde a la dignidad humana al punto que se le ha otorgado el rango de derecho fundamental.

V. El propósito fundamental del sistema, el aseguramiento, constituye la principal herramienta de acceso universal de la población a los servicios de salud, delegando en las EPS la administración del riesgo de salud de los afiliados.

VI. Las EPS hacen el papel de articulador entre la población y los prestadores, y entre el financiamiento y la prestación, ya que es el conducto de canalización de los recursos hacia la órbita de la prestación de servicios de salud.

VII. En materia de salud, la realización del servicio público de carácter obligatorio de la Seguridad tiene como sustento un sistema normativo integrado, lo que significa, que el Sistema de Seguridad Social en Salud es reglado y en consecuencia quienes en él participan, como es el caso de las Entidades Promotoras de salud del Régimen Subsidiado, no pueden hacer sino lo que expresamente ha determinado la ley.

VIII. Las EPS que aseguran servicios de salud y prestan los servicios de salud no les es aplicable el principio de que pueden hacer con ellos, todo lo que no esté prohibido por la ley; para tales aseguradoras y prestadoras, rige el principio de los funcionarios públicos, que únicamente pueden hacer lo que les esté expresamente permitido.

IX. La Seguridad Social en Salud no puede ser prestada por las EPS-S sino en la forma establecida en la Ley 100 de 1993 y las normas que la desarrollan.

Es de resaltar que **Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**, se encuentra obligada a demostrar para su permanencia en cada una de las áreas geográficas en las cuales está habilitada para operar, la implementación y mantenimiento de la capacidad financiera, acreditada para efectos de su operación.

Así las cosas, la capacidad financiera deberá ser evaluada y cumplida en su totalidad mientras dure la operación y administración de recursos del Régimen Contributivo en Salud por parte de la **Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**.

Es preciso indicar que se entiende por aseguramiento en salud:

1. La administración del riesgo financiero.
2. La gestión del riesgo en salud.
3. La articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo.
4. La garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y
5. La representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Conforme a la definición del aseguramiento en salud, **Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo** como Aseguradora en Salud es responsable de la calidad, oportunidad, eficiencia, y eficacia de la prestación de los servicios de salud, y por ende, quien deberá responder por toda falla, falta, lesión, enfermedad e incapacidad que se genere en la prestación de los mismos, teniendo en cuenta que el aseguramiento en salud,

exige que el asegurador, asuma el riesgo transferido por el usuario, esto es, la salud y la vida de asegurado, y cumpla cabalmente con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

De lo anterior expuesto se concluye que de conformidad con las condiciones y bajo los parámetros en que actualmente se encuentra operando **Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**, dicha entidad aún genera un riesgo inminente, no sólo en la prestación de los servicios de salud ofertados a su población usuaria, sino también en su estabilidad financiera, y la del propio Sistema General de Seguridad Social en Salud, hecho por el cual la Superintendencia Nacional de Salud, se encuentra obligada a adoptar las medidas necesarias tendientes a superar dicha situación, máxime, cuando de los hallazgos antes referidos, se desprende sin lugar a equívocos, la existencia de graves inconsistencias en la información suministrada y recopilada en virtud de la visita ordenada por medio del Auto número 000058 del 11 de marzo de, configurándose por ende, la causal a que se refiere el literal a) del numeral 1 del artículo 114 de la Ley 663 de 1993 y el literal h) del artículo 20 de la Ley 510 de 1999.

De esta manera, esta Superintendencia Nacional de Salud debe proceder a actuar en forma inmediata, a fin de proteger el derecho a la salud y a la vida de las personas que pueden resultar afectadas, ante la falta de garantía en la administración del riesgo en salud de los afiliados a **Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**, entidad que por lo expuesto a lo largo del presente proveído, no garantiza su adecuado funcionamiento, así como tampoco el cabal desarrollo de su objeto social, conforme a las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Encontrándose obligada la Superintendencia Nacional de Salud a propender porque la cobertura del servicio de salud frente a las dificultades de un ente responsable de este servicio, no impliquen vulneración de los principios de universalidad y solidaridad, ni pongan en riesgo la prestación del servicio de salud, el cual debe brindarse en forma asequible, oportuna, segura, pertinente y continua a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para ello, los servicios de salud deben ser sostenibles en el largo plazo. De no ser esto posible, se colocaría en riesgo, los principios superiores de solidaridad y universalidad.

Es de resaltar que en ejercicio de las facultades legales de inspección, vigilancia y control que le competen a la Superintendencia Nacional de Salud, la medida que aquí se adopta tiene como finalidad garantizar la adecuada prestación del servicio de salud, en los términos y con la debida observancia de las normas que rigen el SGSSS, para con ello en consecuencia, buscar superar las deficiencias financieras que ocasionan la inadecuada prestación del servicio, buscando garantizar las normas técnicas y científicas relacionadas con la calidad del mismo, así como los derechos de los usuarios, teniendo esta medida como objeto, contrarrestar los hechos y circunstancias que ponen en peligro y lesionan el orden jurídico que se protege, así como el establecimiento de la situación real de la intervenida, a fin de lograr el cabal cumplimiento de su objeto social, y de determinar si **Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo** puede ser objeto de salvamento, o si por el contrario, dicha Entidad debe ser objeto de revocatoria de su habilitación.

Recreado el escenario de facto y de derecho, atinente al asunto sub examine, este Despacho considera que las circunstancias y hechos que motivan la decisión que aquí se toma, demuestran, la existencia de circunstancias que afectan la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios, la representación del afiliado ante el prestador y demás actores, así como el sostenimiento y la viabilidad financiera de la intervenida, condiciones que deben observarse en el marco constitucional y legal pertinente a la naturaleza de la vigilada de autos.

Adicional a lo anterior, debe indicarse que ante la inminente afectación de la prestación de servicios de salud por parte de **Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo** a toda la comunidad usuaria afiliada a esta, a fin de garantizar el derecho a la salud en los términos y con la debida observancia de las normas que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y a fin de superar las deficiencias financieras que están generando la inadecuada prestación del servicio de salud, esta Superintendencia acatando sus cometidos constitucionales y legales y en aras de proteger el interés público, razón última de este organismo de Inspección, Vigilancia y Control, se ve avocada ante la situación presentada, y en cumplimiento de las atribuciones que le otorga el parágrafo 2° del artículo 230 y el parágrafo 2° del artículo 233 de la Ley 100 de 1993, el artículo 22 de la Ley 510 de 1999, los incisos 1°, 2°, 5° y 7° del artículo 68 de la Ley 715 de 2001, los artículos 35, 36, los numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6 del artículo 37, literales c), e), f) del artículo 4° de la Ley 1122 de 2007, el artículo 116 del Decreto-ley 663 de 1993, el artículo 1° del Decreto 1015 de 2002, el artículo 1° del Decreto 736 de 2005, y en especial con el artículo 1°, el artículo 3°, los numerales 1, 6 y 8 y el parágrafo del artículo 4°, el artículo 5°, los numerales 1, 3, 4, 5, 8, 10, 12, 13, 14, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 34, 38, 40, y 42 del artículo 6°, numerales 9, 13, 22, 23, 25, y 42 del artículo 8° del Decreto 1018 de 2007, a tomar posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios, y a intervenir, con el fin de administrar a **Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**, toda vez que existen los presupuestos fácticos que dan origen a esta medida.

Por otra parte de conformidad con el marco normativo que regula los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas por esta Superintendencia y aplicando por remisión las disposiciones previstas en el artículo 295 y 296 del Decreto-ley 663 de 1993, (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero) corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, designar y remover discrecionalmente a los interventores, liquidadores y contralores.

Una vez revisado el registro de Interventores, Liquidadores y contralores que lleva la Superintendencia Delegada Para Medidas Especiales de la Superintendencia Nacional de Salud, por disposición del numeral 4 del artículo 21 del Decreto 1018 de 2007, se determinó que existen personas idóneas para ser designadas como Interventor de la **Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**.

En mérito de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

Artículo 1°. **Ordenar** la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y, la intervención forzosa para administrar a **Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo** identificada con el NIT 800.250.119-1, cuyo domicilio es Autopista Norte N° 109-20 de la ciudad de Bogotá, D. C., con el fin de lograr el salvamento de la sociedad en mención y garantizar la adecuada prestación del servicio de salud, en los

términos y con la debida observancia de las normas que rigen para el Sistema General de Seguridad Social en Salud y lo dispuesto en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, por las razones expuestas en la parte considerativa del presente Acto Administrativo.

Parágrafo 1°. Esta medida tiene por objeto que la Superintendencia Nacional de Salud, determine dentro de un término no mayor de dos (2) meses prorrogables por el mismo término contados a partir de la toma de posesión, si **Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo** debe ser objeto de liquidación o si se pueden tomar medidas para que el mismo pueda desarrollar su objeto conforme a las reglas que lo rigen, en observancia del numeral 2 del artículo 22 de la Ley 510 de 1999, mediante el cual se modificó el artículo 116 del Decreto-ley 663 de 1993.

Parágrafo 2°. No obstante lo anterior, por razones de conveniencia y necesidad debidamente comprobadas, la Superintendencia Nacional de Salud podrá fijar un término adicional, de conformidad con la normatividad vigente.

Artículo 2°. **Separar** del cargo al doctor **Carlos Gustavo Palacino Antia**, en calidad de Representante Legal de la Entidad intervenida o quien haga sus veces, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 116 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificado por el artículo 22 de la Ley 510 de 1999.

Artículo 3°. **Designar** como Agente Especial de **Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo** al doctor **Edgar Pabón Carvajal**, identificado con cédula de ciudadanía número 19481541 de Bogotá, que para todos los efectos será el Representante Legal.

Parágrafo 1°. El Agente Especial designado ejercerá las funciones propias de su cargo, previa posesión del mismo y tendrá la guarda y administración de los bienes que se encuentren en poder de la entidad, junto con los demás deberes y facultades de ley.

De igual forma, el Agente Especial hará un inventario preliminar de los activos y pasivos de la intervenida, y rendirá un plan de acción, dentro de las actividades a realizar con miras a subsanar los hechos que dan origen a la presente.

Parágrafo 2°. El Agente designado tiene la condición de auxiliar de la justicia de conformidad con lo previsto en el numeral 6 del artículo 295 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. En consecuencia este nombramiento y su desempeño, no constituyen ni establecen relación laboral alguna entre el designado y la Entidad objeto de Intervención, ni entre aquel y la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 4°. **Fijar** de manera provisional los honorarios mensuales para el Agente Especial de **Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**, en la suma de **dieciséis millones sesenta y ocho mil pesos (\$16.068.000.00) moneda corriente**, contados a partir de la suscripción del acta de posesión como agente interventor, de acuerdo con el artículo quinto de la Resolución número 000237 del 28 de enero de 2010, expedida por esta Superintendencia.

Parágrafo. **Disponer** que los honorarios fijados en la presente resolución, serán con cargo a la entidad en Intervención.

Artículo 5°. Los efectos de la intervención administrativa a **Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**, serán los previstos en las normas vigentes sobre la materia y, en especial, los consagrados en el artículo 116 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificado por el artículo 22 de la Ley 510 de 1999, entre las que se destacan las siguientes:

- a) La inmediata guarda de los bienes de la institución intervenida y la colocación de sellos y demás seguridades indispensables;
- b) La separación del Representante Legal de la intervenida;
- c) La improcedencia del registro de la cancelación de cualquier gravamen constituido a favor de la intervenida sobre cualquier bien cuya mutación está sujeta a registro, salvo expresa autorización del agente especial designado. Así mismo, los registradores no podrán inscribir ningún acto que afecte el dominio de los bienes de propiedad de la intervenida, so pena de ineficacia, salvo que dicho acto haya sido realizado por la persona antes mencionada;
- d) La suspensión de los procesos de ejecución en curso y la imposibilidad de admitir nuevos procesos de esta clase contra la entidad objeto de toma de posesión por razón de obligaciones anteriores a dicha medida;
- e) La cancelación de los embargos decretados con anterioridad a la toma de posesión que afecten bienes de la entidad. La Superintendencia Nacional de Salud librará los oficios correspondientes;
- f) La toma de las medidas preventivas pertinentes de conformidad con lo dispuesto en el artículo 116 del Decreto 663 de 1993 modificado por el artículo 22 de la Ley 510 de 1999.

Artículo 6°. La medida ordenada mediante la presente resolución, tendrá los efectos previstos en el artículo 117 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificado por el artículo 23 de la Ley 510 de 1999, además de las medidas previstas en el artículo 12.2.1.1.4. del Decreto 2555 de 2010, los artículos 230 de la Ley 100 de 1993 y 68 de la Ley 715 de 2001, a través del cual se define que la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, podrá en todo tiempo ejercer la intervención forzosa administrativa para la liquidación total de un ramo o programa del régimen subsidiado o contributivo en las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, cualquiera sea su naturaleza, de acuerdo con la evaluación previa, el grado y la causa de la falta, anomalía e ineficiencia en la prestación de los servicios de salud.

Artículo 7°. **Notificar personalmente** el contenido de la presente decisión al doctor **Carlos Gustavo Palacino Antia**, identificado con la cédula de ciudadanía número 19369145 de Bogotá, Representante Legal de **Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo** o quien haga sus veces, o a quien se designe para tal fin, en la Autopista Norte N° 109-20 de la ciudad de Bogotá, D. C., haciéndole saber que contra la misma procede el recurso de reposición, el cual podrá hacerse por escrito en el momento de la diligencia de

notificación o dentro de los cinco (5) días siguientes a ella, ante el despacho del Superintendente Nacional de Salud. El recurso de reposición que procede contra el presente acto administrativo, no suspende la ejecutoriedad del mismo.

Parágrafo. Si no pudiere hacerse la notificación personal, se notificará por aviso que se fijará por un día en lugar público de las oficinas de la administración del domicilio social.

Artículo 8°. **Notificar** el contenido de la presente resolución al doctor **Edgar Pabón Carvajal** portador de la cédula de ciudadanía número 19481541 de Bogotá en la Avenida Boyacá N° 128b-65 apartamento 403, Torre 4 de la ciudad de Bogotá, D. C., o al sitio que se indique para tal fin y al correo electrónico: edgarpbc@msn.com para que se presente ante el Superintendente Delegado para Medidas Especiales, a tomar posesión dentro del término legalmente establecido para tal fin.

Artículo 9°. **Publicar** la presente resolución en el *Diario Oficial*.

Artículo 10. **Comunicar** el contenido del presente Acto Administrativo al Ministerio de la Protección Social, a la Comisión de Regulación en Salud, y a los Gobernadores de los Departamentos donde **Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo**, tenga cobertura geográfica, esto es Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Bogotá, D. C., Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Chocó, Huila, La Guajira, Guainía, Guaviare, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Tolima, Valle del Cauca, Vaupés, Vichada.

Artículo 11. **Comunicar** el contenido del presente Acto Administrativo a la Fiscalía General de la Nación, Contraloría General de la República, Procuraduría General de la Nación, para lo de su competencia.

Artículo 12. **Comunicar** el contenido de la presente resolución por Secretaría General, a la Superintendencia Delegada para Medidas Especiales de la Superintendencia Nacional de Salud, para lo de su competencia.

Notifíquese, publíquese, comuníquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 11 de mayo de 2011.

El Superintendente Nacional de Salud,

Conrado Adolfo Gómez Vélez.
(C. F.).

Superintendencia de Industria y Comercio

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 24839 DE 2011

(mayo 11)

por medio de la cual se ordena el cierre extraordinario de la Secretaría del Grupo de Trabajo de Competencia Desleal.

El Superintendente de Industria y Comercio, en ejercicio de sus facultades legales conferidas por el numeral 48 del artículo 3° del Decreto 3523 de 2009 modificado por el Decreto 1687 de 2010, y

CONSIDERANDO:

Primero. Que conforme a lo previsto en el artículo 49 de la Ley 962 del 2005, que modificó el artículo 144 de la Ley 446 de 1998, le fueron atribuidas a la Superintendencia de Industria y Comercio el ejercicio de funciones jurisdiccionales.

Segundo. Que a fin de dar aplicación a lo dispuesto en la Ley 1395 de 2010, fue necesaria la realización de las adecuaciones y remodelaciones de las oficinas dispuestas para la atención al usuario así como de las Salas de audiencias correspondientes a la Delegatura para Asuntos Jurisdiccionales.

Tercero. Que finalizadas dichas obras resulta necesario reorganizar los expedientes, equipos de cómputo y demás mobiliario necesarios para el funcionamiento de la Secretaría del Grupo de Trabajo de Competencia Desleal, para lo cual deberá disponerse de un tiempo exclusivo para llevar a cabo tales actividades y, por tanto, ordenar el cierre extraordinario de la Secretaría del Grupo de Trabajo de Competencia Desleal, desde el 18 al 20 de mayo de 2011, inclusive.

Cuarto. Que como consecuencia de lo anterior se ordenará la suspensión de los términos procesales de conformidad con lo dispuesto en el artículo 121 del Código de Procedimiento Civil.

Por lo antes expuesto el Superintendente de Industria y Comercio

RESUELVE:

Artículo 1°. Ordenar el cierre extraordinario de la Secretaría del Grupo de Trabajo de Competencia Desleal desde el 18 al 20 de mayo de 2011, inclusive.

Artículo 2°. Como consecuencia del cierre del referido Despacho, los términos y diligencias procesales se suspenden por el mismo lapso.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 11 de mayo de 2011.

El Superintendente de Industria y Comercio,

José Miguel de la Calle Restrepo.
(C. F.).