

relación directa con lo copiado, o que se trata de piezas independientes o de documentos varios que se insertaron en el protocolo. La transcripción se hará en forma continua y sin dejar blancos o espacios libres, escribiendo en todos los renglones o llenando partes con rayas u otros trazos que impidan su posterior utilización; se iniciará con el número que tenga el original en el protocolo y su texto será el que aparezca una vez debidamente salvadas de las emendaduras y correcciones, si fuere el caso”.

Y el artículo 41, del Decreto Reglamentario 2148 de 1983:

“Toda copia se expedirá en papel común por medios manuales o mecánicos. Al final se dejará constancia del número y fecha de la escritura a la cual corresponda si se tratare de copia parcial así se expresará”. (Subrayado fuera de texto).

Artículo 85, del Decreto-ley 960 de 1970:

“Completa la copia, a renglón seguido se pondrá la nota de su expedición que indicará el número ordinal correspondiente a ella, los números de las hojas del papel competente en que ha sido reproducida, la cantidad de estas y el lugar y la fecha en que se compulsa. Terminará con la firma autógrafa del Notario y la imposición de su sello, con indicación del nombre y denominación del cargo. Todas las hojas serán rubricadas y selladas”.

Artículo 86, del Decreto-ley 960 de 1970:

“Si se cometieren errores en las copias, se corregirán en la forma prevenida para los originales y lo corregido o enmendado se salvará al final y antes de la firma del Notario; pero si se advirtieren después de firmada la copia, la corrección se salvará a continuación y volverá a firmarse por el Notario, sin lo cual esta no tendrá ningún valor; en tal caso, si la copia hubiere sido registrada se expedirá, además, un certificado para que en el Registro se haga la corrección a que hubiere lugar”.

De conformidad con lo previsto en el artículo 114 del Decreto-ley 960 de 1970, los archivos notariales podrán ser consultados por cualquier persona, bajo la vigilancia y con el permiso del Notario. Esta disposición constituye un claro desarrollo del carácter eminentemente público que revisten los archivos notariales.

Se infiere de lo anterior que de los documentos que hacen parte del archivo de la Notaría, pueden expedirse dos tipos de copias a saber:

AUTÉNTICAS: Cuando han sido autorizadas por el Notario y hacen plena fe de su correspondencia con el original y el costo de dicha reproducción, será el indicado en las tarifas previamente establecidas.

INFORMALES: Cuando por no haber sido autenticadas carecen de valor probatorio. Estas últimas, válidamente pueden ser solicitadas por quien se halla consultando el archivo, evento en el cual, comoquiera que no ha sido ejercida respecto de las mismas la función fedataria, sólo habrá lugar al pago de los gastos de reproducción del documento, sin que pueda el Notario negar la expedición de tales copias informales o exigir que respecto de estas se surta la autenticación y su costo se limita al valor de la reproducción. El derecho a las copias informales y su alcance probatorio se infiere no solamente de las disposiciones citadas, sino de los artículos 253, 254 y concordantes del Código de Procedimiento Civil.

Con base en lo anterior, es del caso tener en cuenta que sobre el particular y en ejercicio de la función orientadora, este tema se había desarrollado anteriormente en la Instrucción Administrativa número 10 de 1993, acto administrativo cuya legalidad fue avalada por el Honorable Consejo de Estado en sentencia proferida el 22 de agosto de 1997 por la Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera, M. P. Doctor Ernesto Rafael Ariza Muñoz, Expediente número 4202 y la cual fue retomada por la Instrucción 18 de 2002.

En conclusión, el Notario expedirá las copias simples o auténticas ceñido a lo que establece el Estatuto Notarial y sus normas reglamentarias que consagran su función, en papel común, por medios manuales o mecánicos, contendrán la integridad del instrumento o una parte del mismo así como las anotaciones del caso para prestar valor probatorio, cuando a ello hubiere lugar, y se sujetarán a la tarifa prescrita en la ley.

La presente Instrucción deroga las Instrucciones 10 de 1993, 18 de 2002 y 15 de 2003. Atentamente,

El Superintendente de Notariado y Registro,

Jorge Enrique Vélez García.

(C. F.).

Superintendencia Nacional de Salud

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 2122 DE 2011

(agosto 23)

por la cual se ordena la revocatoria del certificado de habilitación para la operación y administración del Régimen Subsidiado, la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios, y la intervención forzosa administrativa para administrar y liquidar el Programa de Entidad Promotora del Régimen Subsidiado en Salud de Humana Vivir S. A. Entidad Promotora de Salud y Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado “Humana S.A. EPS-S”, con NIT 830006404-0.

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, los artículos 5° y 6° del Decreto 506 de 2005, el artículo 1° del Decreto 736 de 2005, 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, los artículos 4° y 5° del Decreto 3556 de 2008, los artículos 9.1.1.1.1 al 9.5.1.1.1 del Decreto 2555 de 2010, el artículo 50 del Acuerdo 415 de 2009, y

CONSIDERANDO:

1. CONSIDERACIONES GENERALES Y COMPETENCIAS DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

1.1. LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA CARTA POLÍTICA

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 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.

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 ibídem).

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.

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.

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

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.

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 pliegues mismos del Estado interventor. Cfr., Fernando Rojas y Jorge Iván González, *ECONOMÍA DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS*, una visión alternativa, Cinep, Bogotá 1988, pág. 84.

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.

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, 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 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.

Las Leyes 100 de 1993, 643 de 2001, 715 de 2001, 1122 de 2007, 1176 de 2007 y 1438 de 2011, 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 4º, 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.

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 ha requerido 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 por intermedio 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 legislador a través de las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007, 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 desarrollen 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

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.

se agrupan en 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.

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, 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.

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.

Debe tenerse en cuenta, que de acuerdo con lo definido por el literal b) del artículo 56 de la Ley 100 de 1993, y los artículos 32 y 33 de la Ley 1438 de 2011, 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, los artículos 32 y 33 de la Ley 1438 de 2011 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, 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 población pobre no asegurada.

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 a algún régimen especial y excepcional, al Régimen Contributivo, o al Régimen Subsidiado.

El sistema estructura 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 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 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 del 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.

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.

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.

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.

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.

1.2.1. INGRESO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SGSSS

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 rurales y urbanas 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

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 del 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 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**).

1.2.1.2.1. El Régimen Subsidiado en Salud, también llamado el Régimen del Subsidio a la Demanda en Salud

Es un conjunto de normas que rigen el ingreso de las personas sin capacidad de pago y su núcleo familiar al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En este orden de ideas, son beneficiarios del Régimen Subsidiado toda la población pobre y vulnerable, que no tiene capacidad de pago para cotizar al Régimen Contributivo y en consecuencia recibe subsidio total o parcial para completar el valor de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada, de conformidad con los criterios de identificación, el orden de prioridades y el procedimiento que se han previsto en:

- Los Acuerdos 23 artículos 2° y 3°, 41 respecto de trabajadores rurales migratorios, 77 artículos 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9° y 10, 138 respecto a población desmovilizada, 166 respecto a documento de identificación, 176 respecto a Núcleos Familiares de Madres Comunitarias, 244 artículos 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9° y 10, 253 respecto a Población infantil abandonada y menores desvinculados del conflicto armado, bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y, en especial, sus artículos 2°, 3° y 4°, 273 respecto a población Rom, 274 respecto a Creadores y Gestores Culturales, 290, 299, 304 este respecto a Población Infantil Abandonada, 307 respecto a población desmovilizada, 318, 319 este respecto a población afrocolombiana, 325 respecto a Deportistas, 326 respecto a Población Indígena, 329, 346, 415 en este los artículos 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9° y 10.

- Las Resoluciones 219 de 1998 respecto a población indígena, menores abandonados y población indigente, 2390 de 1998 “por la cual se determinan los datos mínimos, las responsabilidades y los flujos de la información sobre afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”, 2423 de 2000 respecto a Núcleos Familiares de Madres Comunitarias, 890 de 2002 “por la cual se dictan disposiciones sobre la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al sector salud”, 1375 de 2002 “por la cual complementa y aclara la Resolución número 890 del 10 de julio de 2002”, Resolución 195 de 2005 “por la cual se modifica parcialmente la Resolución número 890 de 2002”, 1149 de 2006 “por la cual se dictan disposiciones sobre la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al sector salud”, 812 de 2007 “por la cual se dictan disposiciones sobre la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al sector salud”, 3221 del 12 de septiembre de 2007 “por la cual se dictan disposiciones sobre actualización en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA)”, 123 de 18 de enero de 2008 “por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones números 0812 y 3221 de 2007”, 5089 de 18 Dic. 2008 “por la cual se dictan disposiciones para el envío de la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado”, 413 de 18 de febrero de 2009 “por la cual se dictan disposiciones sobre la actualización en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) definida en la Resolución 3221 de 2007 y modificada en la Resolución 123 de 2008, teniendo en cuenta las novedades de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA)”, 1982 de 2010 “por la cual se dictan disposiciones sobre la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al sector salud”, 2114, 2421, 4140 de 2010, y 4712 de 2010.

- Los Decretos 1141 de 2009 respecto a la afiliación de reclusos al Régimen Subsidiado, 1964, 1965 en lo que atañe al nuevo proceso de operación del Régimen Subsidiado y, 2777 relacionada con la afiliación de reclusos al Régimen Subsidiado de 2010.

Al Régimen Subsidiado de Subsidios Plenos o Totales, se accede, previa identificación de la población beneficiaria, a través de la Encuesta del Sisbén o del Listado Censal. Los beneficiarios del Régimen Subsidiado, serán aquellos que clasifiquen como de los niveles 1 y 2 del Sisbén o que sean clasificados para ello a través del Listado censal, encuesta y listado, bajo las cuales, se determina la condición de vida de la persona y la condición o capacidad de pago de esta.

Se entiende por subsidio parcial, una proporción del valor de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada UPC-S, destinada a cofinanciar algunos contenidos del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POS-S, según el parágrafo del artículo 1° del Acuerdo 267 del CNSSS.

Podrán ser beneficiarios de los subsidios parciales todas las personas del área urbana pertenecientes a los niveles 2 y 3 del Sisbén no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud o a un régimen exceptuado de la Ley 100 de 1993, tal y como lo dispone el artículo 4° del Acuerdo en mención.

Es así que, como Beneficiarios del Régimen, podrán actuar como afiliados al Sistema, una vez se identifique el monto de los recursos del Subsidio a la demanda que permitan establecer el número de personas a ser afiliadas al Régimen Subsidiado en el respectivo Municipio (según lo definido por el artículo 214 de la Ley 100 de 1993); se efectúe el proceso de Priorización de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado y, se realice la inscripción y selección de EPSS, dentro de las seleccionadas por el Ministerio de la Protección Social para operar regionalmente, e inscritas por el municipio. Una vez afiliados procederán a ser atendidos en los servicios de salud que cubra el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POSS, a través de los Prestadores de Servicios de Salud PSS que para el efecto, la EPSS posea o haya contratado.

1.2.2. LOS REGÍMENES ESPECIALES O EXCEPCIONALES EN SALUD

Conforme a lo establecido por el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, el Sistema Integral de Seguridad Social contenido en la Ley 100 de 1993, no se aplica:

- A los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, ni al personal regido por el Decreto-ley 1214 de 1990, con excepción de aquel que se vincule a partir de la vigencia de la Ley 100 de 1993, ni a los miembros no remunerados de las Corporaciones Públicas.

- A los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989, cuyas prestaciones a cargo serán compatibles con pensiones o cualquier clase de remuneración.

- A los trabajadores de las empresas que al empezar a regir la Ley 100 de 1993, estén en concordato preventivo y obligatorio en el cual se hayan pactado sistemas o procedimientos especiales de protección de las pensiones, y mientras dure el respectivo concordato.

- A los servidores públicos de la Empresa Colombiana de Petróleos, ni a los pensionados de la misma. Quienes con posterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993, ingresen a la Empresa Colombiana de Petróleos, Ecopetrol, por vencimiento del término de contratos de concesión o de asociación, podrán beneficiarse del régimen de Seguridad Social de la misma, mediante la celebración de un acuerdo individual o colectivo, en términos de costos, forma de pago y tiempo de servicio, que conduzca a la equivalencia entre el sistema que los ampara en la fecha de su ingreso y el existente en Ecopetrol.

No obstante y de acuerdo con lo definido por el párrafo 1° del artículo 279 de la Ley 100 de 1993, estas empresas y servidores, quedan obligados a efectuar los aportes de solidaridad previstos en la Ley 100 de 1993.

De otra parte, el artículo 1° de la Ley 647 de 2001, modificatorio del inciso 3°, artículo 57 de la Ley 30 de 1992, establece que, el carácter especial del régimen de las universidades estatales u oficiales, comprenderá la organización y elección de directivas, del personal docente y administrativo, el sistema de las universidades estatales u oficiales, el régimen financiero, el régimen de contratación y control fiscal **y su propia seguridad social en salud**, de acuerdo con la Ley 647 de 2001.

El sistema propio de seguridad social en salud de las universidades estatales u oficiales, conforme a lo establecido por el párrafo del artículo 2° de la Ley 647 de 2001, que se adiciona al artículo 57 de la Ley 30 de 1992, se regirá por las siguientes reglas básicas:

a) *Organización, dirección y funcionamiento.* Será organizado por la Universidad como una dependencia especializada de la misma, con la estructura de dirección y funcionamiento que igualmente se establezca para el efecto. Sin embargo, las universidades podrán abstenerse de organizarlo, para que sus servidores administrativos y docentes y sus pensionados o jubilados elijan libremente su afiliación a las entidades promotoras de salud previstas por la Ley 100 de 1993;

b) *Administración y financiamiento.* El sistema se administrará por la propia Universidad que lo organice y se financiará con las cotizaciones que se establezcan en los términos y dentro de los límites máximos previstos en el inciso 1° del artículo 204 de la Ley 100 de 1993. El sistema podrá prestar directamente servicios de salud y/o contratarlos con otras instituciones prestadoras de servicios de salud;

c) *Afiliados.* Únicamente podrá tener como afiliados a los miembros del personal académico, a los empleados y trabajadores, y a los pensionados y jubilados de la respectiva Universidad. Se garantizará el principio de libre afiliación y la afiliación se considerará equivalente para los fines del tránsito del sistema general de la Ley 100 de 1993 al sistema propio de las universidades o viceversa, sin que sean permitidas afiliaciones simultáneas;

d) *Beneficiarios y plan de beneficios.* Se tendrán en cuenta los contenidos esenciales previstos en el Capítulo III de la Ley 100 de 1993;

e) *Aporte de solidaridad.* Los sistemas efectuarán el aporte de solidaridad de que trata el artículo 204 de la Ley 100 de 1993.

Por lo que, el Sistema General de Seguridad Social en Salud contenido en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, no se aplica a las universidades estatales u oficiales que establezcan su propia seguridad social en salud, en desarrollo de lo definido por la Ley 647 de 2001, entendiéndose por este evento que dichas instituciones y los miembros de estas, hacen parte, de los regímenes exceptuados del Sistema General de Seguridad Social en Salud de la Ley 100 de 1993.

Es así como las universidades estatales u oficiales que organicen su propia seguridad social en salud, de acuerdo con la Ley 647 de 2001, no pueden entenderse como parte de las Entidades Aseguradoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, esto es, como Entidades Promotoras de Salud o Entidades Adaptadas en Salud del Régimen Contributivo del SGSSS, ya que se constituyen como organismos excepcionados del Sistema, autónomos e independientes de este, teniendo en cuenta que el fundamento para ello, es la organización de su propia seguridad social en salud. Mientras que, las universidades estatales u oficiales que no organicen su propia seguridad social en salud, de acuerdo con la Ley 647 de 2001, harán parte integral del SGSSS y de su normatividad reglamentaria.

De esta manera, el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, disponen que el Sistema General de Seguridad Social en Salud contenido en dichas normas **no se aplica entre otros** a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, ni al personal regido por el Decreto-ley 1214 de 1990, con excepción de aquel que se vincule a partir de la vigencia de la Ley 100 de 1993, a los miembros no remunerados de las corporaciones públicas, a los afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, a los servidores públicos de la Empresa Colombiana de Petróleos, ni a los pensionados de la misma, **ni a los miembros de las Universidades públicas que establezcan su propio régimen de salud.**

1.2.3. PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud conforme a lo establecido por el artículo 153 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011, los siguientes:

3.1 **Universalidad.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.

3.2 **Solidaridad.** Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre las personas.

3.3 **Igualdad.** El acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

3.4 **Obligatoriedad.** La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.

3.5 **Prevalencia de derechos.** Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta ley, dentro del Plan de Beneficios.

3.6 **Enfoque diferencial.** El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición

de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.

3.7 **Equidad.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.

3.8 **Calidad.** Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.

3.9 **Eficiencia.** Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.

3.10 **Participación social.** Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.

3.11 **Progresividad.** Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.

3.12 **Libre escogencia.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo.

3.13 **Sostenibilidad.** Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo.

3.14 **Transparencia.** Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.

3.15 **Descentralización administrativa.** En la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud la gestión será descentralizada y de ella harán parte las direcciones territoriales de salud.

3.16 **Complementariedad y concurrencia.** Se propiciará que los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3.17 **Corresponsabilidad.** Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos, el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.

3.18 **Irrenunciabilidad.** El derecho a la Seguridad Social en Salud es irrenunciable, no puede renunciarse a él ni total ni parcialmente.

3.19 **Intersectorialidad.** Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.

3.20 **Prevención.** Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud.

3.21 **Continuidad.** Toda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad.

1.2.3.1. Del principio de la libre escogencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

El Sistema General de Seguridad Social en salud permitirá la participación de las diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios **libertad en la escogencia** entre las entidades promotoras y las instituciones prestadoras de los servicios de salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios, tal y como lo define el numeral 3.12 del artículo 3° de la Ley 1438 de 2011.

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.

1.2.3.2. La libre escogencia y las características básicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud

El Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo a lo establecido por el literal g) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993, establece entre otras características, que **los afiliados al sistema elegirán libremente** la Entidad Promotora de Salud, dentro de las condiciones de la Ley 100 de 1993. Así mismo, escogerán las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la Entidad Promotora de Salud, dentro de las opciones por ella ofrecidas.

1.2.3.3. Garantías de los afiliados al SGSSS en la libre escogencia

El artículo 159 de la Ley 100 de 1993, garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud **la debida organización y prestación del servicio público de salud**, en los siguientes términos:

“(…)”.

“3. **La libre escogencia y traslado entre Entidades Promotoras de Salud**, sea la modalidad de afiliación individual o colectiva, de conformidad con los procedimientos, tiempos, límites y efectos que determine el Gobierno Nacional dentro de las condiciones previstas en esta ley.

4. **La escogencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios y de los profesionales entre las opciones que cada Entidad Promotora de Salud ofrezca dentro de su red de servicios**”. (Subrayado y Negrilla nuestro).

1.2.3.4. Régimen general de la libre escogencia

El régimen de la libre escogencia estará regido, según el artículo 14 del Decreto 1485 de 1994, por las siguientes reglas:

“(…)”.

“4. **Libre escogencia de Entidades Promotoras de Salud**. Se entenderá como derecho a la libre escogencia, de acuerdo con la Ley, la facultad que tiene un afiliado de escoger entre las diferentes Entidades Promotoras de Salud, aquella que administrará la prestación de sus servicios de salud derivados del Plan Obligatorio.

5. **La Libre Escogencia de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud**. La Entidad Promotora de Salud garantizará al afiliado la posibilidad de escoger la prestación de los servicios que integran el Plan Obligatorio de Salud entre un número plural de prestadores. **Para este efecto, la entidad deberá tener a disposición de los afiliados el correspondiente listado de prestadores de servicios que en su conjunto sea adecuado a los recursos que se espera utilizar, excepto cuando existan limitaciones en la oferta de servicios debidamente acreditadas ante la Superintendencia Nacional de Salud.**

La Entidad Promotora de Salud podrá establecer condiciones de acceso del afiliado a los prestadores de servicios, para que ciertos eventos sean atendidos de acuerdo con el grado de complejidad de las instituciones y el grado de especialización de los profesionales y se garantice el manejo eficiente de los recursos. (Subrayado y Negrilla nuestro).

1.2.3.5. Libertad de elección por parte del afiliado

La afiliación a una cualquiera de las Entidades Promotoras de Salud -EPS en los regímenes contributivo y subsidiado, es libre y voluntaria por parte del afiliado, tal y como lo establece el artículo 45 del Decreto 806 de 1998.

1.2.3.6. Responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud en la libre elección del SGSSS

Las Entidades Promotoras de Salud de acuerdo a lo contemplado por el literal a) del artículo 2° del Decreto 1485 de 1994, serán responsables de ejercer, entre otras, las siguientes funciones:

“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 (...)”.

1.2.3.7. Prohibiciones para las Entidades Promotoras de Salud y la libre escogencia en el SGSSS

De acuerdo con el parágrafo 2° del artículo 183 de la Ley 100 de 1993, se encuentran **prohibidos todos los acuerdos o convenios, así como las prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

1.2.3.8. **Revocatoria y suspensión del certificado de funcionamiento o revocatoria de habilitación de una Entidad Promotora de Salud, cualquiera sea el régimen que administre o la naturaleza jurídica de la entidad cuando se incurre en conductas que impidan o atenten contra el derecho a la afiliación y selección de organismos e instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral.**

El artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, establece que la Superintendencia Nacional de Salud, revocará la licencia de funcionamiento, si a ello hubiere lugar, a las personas jurídicas que se encuentren dentro del ámbito de su vigilancia, cuando incurran en la conducta de **impedir o atentar en cualquier forma contra el derecho a la afiliación y selección de organismos e instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral**, conforme al numeral 6 del artículo 130 de la Ley en comento.

La conducta de **impedir o atentar en cualquier forma contra el derecho a la afiliación y selección de organismos e instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral** puede poner **en riesgo la vida de las personas de especial protección constitucional, con ella, se violan** las disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y se incumplen las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud, por lo que, las personas jurídicas que se encuentren dentro del ámbito de la vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud que impidan o atenten en cualquier forma contra el derecho a la afiliación y selección de organismos e instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral incurren así en conductas adicionales, de las contempladas en el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, para la revocatoria de su licencia de funcionamiento de acuerdo con lo definido en los numerales 4 y 7 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011.

Es por esto, que el artículo 5° del Decreto 506 de 2005, faculta a la Superintendencia Nacional de Salud para adoptar en cualquier momento que se establezca alguna de las causales a que se refieren los numerales 4, 6 y 7 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, **la revocatoria y la suspensión del certificado de funcionamiento o la revocatoria de habilitación de una Entidad Promotora de Salud, cualquiera sea el régimen que administre o la naturaleza jurídica de la entidad.**

La existencia de estas causales podrá establecerse, a partir de la información que reposa en la Superintendencia Nacional de Salud con ocasión de la información que las entidades deban enviar en cumplimiento de regulaciones de carácter general o en virtud de información que se les solicite de manera particular a la entidad vigilada; a través de la información

que se obtenga en ejercicio de las actividades de inspección, vigilancia y control; o a partir de las visitas que realice el organismo de control, tal y como lo contempla el inciso 2° del artículo 5° del Decreto 506 de 2005.

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 y la Ley 1438 de 2011, a un proceso de Nacionalización – Centralización de la salud de vigilancia y control del SGSSS en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud - 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 porque 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 2° 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 CP 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 valores - 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

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 1°, Decreto 1018 de 2007.

que inspiran toda la interpretación y el funcionamiento de la organización política. Citado en **CORTE CONSTITUCIONAL**, Sent. T-406 de 5 de junio de 1992, MP. *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 confie 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 (CP 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 (CP artículo 2°). En consecuencia, las sanciones administrativas impuestas de plano, por ser contrarias al debido proceso (CP artículo 29), están proscritas del ordenamiento constitucional.⁹

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 porque 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 – SUPERSALUD²⁰

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.

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.

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.

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.

1.4.3.1. Revocatoria o suspensión del certificado de autorización otorgado a EPS

El inciso 2º del artículo 230 de la Ley 100 de 1993, faculta a esta Superintendencia para revocar o suspender el certificado de autorización que hubiere otorgado a las Entidades Promotoras de Salud, 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 3 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.*

Por otro lado, y conforme al artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, la Superintendencia Nacional de Salud, revocará la licencia de funcionamiento, si a ello hubiere lugar, a las

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 3, artículo 3º, Decreto 1018 de 2007.

²⁰ Artículo 37, Ley 1122 de 2007.

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

personas jurídicas que se encuentren dentro del ámbito de su vigilancia, cuando violen las disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otras, por incurrir en las siguientes conductas:

“(…)”

“130.4 **Poner en riesgo la vida de las personas de especial protección constitucional.**”

“(…)”

130.6 **Impedir o atentar en cualquier forma contra el derecho a la afiliación y selección de organismos e instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral.** ...”.

“130.7 **Incumplir 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.**” (Negrilla y subrayado fuera de texto).

Conforme al numeral 1, del artículo 16 del Decreto 515 de 2004 y el artículo 4° del Decreto 3556 de 2008, la Superintendencia Nacional de Salud revocará, totalmente, la habilitación de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, cuando se verifique el incumplimiento de por lo menos una de las condiciones que a continuación se señalan:

a) La provisión de servicios de salud a través de prestadores de servicios, que de acuerdo con el pronunciamiento de la dirección departamental o distrital de salud incumplan las condiciones de habilitación;

b) La realización de operaciones que deriven en desviación de recursos de la seguridad social;

c) La realización de operaciones directas o indirectas con vinculados económicos o la celebración de contratos de mutuo, créditos, otorgamiento de avales y garantías a favor de terceros;

d) La utilización de intermediarios para la organización y administración de la red de prestadores de servicios, en términos diferentes a lo establecido en el presente decreto;

e) La realización de actividades que puedan afectar la prestación del servicio, la correcta administración o la seguridad de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

f) El incumplimiento de las condiciones de capacidad técnico-administrativa;

g) El incumplimiento de las condiciones de capacidad financiera;

h) El incumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica.

Mientras que, el numeral 2, del artículo 16 del Decreto 515 de 2004 y el artículo 4° del Decreto 3556 de 2008, establece que la Superintendencia Nacional de Salud revocará, parcialmente la habilitación de una Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, cuando se presente, por lo menos, uno de los siguientes eventos:

a) Cuando la entidad no demuestre condiciones de capacidad tecnológica y científica en alguno o algunos de los departamentos en los cuales está habilitado para operar.

b) Cuando, habiendo recibido los recursos de las entidades territoriales, no pague los servicios a alguna de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- de la red prestadora de servicios departamental dentro los plazos establecidos en el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 o la norma que la modifique o sustituya y respecto del departamento o departamentos en que tal circunstancia ocurra.

Sin perjuicio de las restantes medidas administrativas a que haya lugar, la revocatoria parcial origina que la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado no pueda administrar subsidios en el departamento o departamentos respecto de los cuales se adopta la medida”.

Así mismo y en concordancia con lo anterior, el artículo 5° del Decreto 506 de 2005, faculta a la Superintendencia Nacional de Salud para adoptar en cualquier momento que se establezca alguna de las causales a que se refiere el artículo 230 **de la Ley 100 de 1993** o las que se determinen en las disposiciones legales, (como es el caso del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011), reglamentarias, (como lo definido por los numerales 1 y 2 del artículo 16 del Decreto 515 de 2004 y el artículo 4° del Decreto 3556 de 2008), o estatutarias vigentes, **la revocatoria y la suspensión del certificado de funcionamiento o la revocatoria de habilitación de una Entidad Promotora de Salud, cualquiera sea el régimen que administre o la naturaleza jurídica de la entidad.**

La existencia de estas causales podrá establecerse, a partir de la información que reposa en la Superintendencia Nacional de Salud con ocasión de la información que las entidades deban enviar en cumplimiento de regulaciones de carácter general o en virtud de información que se les solicite de manera particular a la entidad vigilada; a través de la información que se obtenga en ejercicio de las actividades de inspección, vigilancia y control; o a partir de las visitas que realice el organismo de control.

En virtud del referido artículo 5° del Decreto 506 de 2005, se faculta además a la Superintendencia Nacional de Salud para que, como consecuencia de la revocatoria del certificado de funcionamiento o de la habilitación de una Entidad Promotora de Salud cualquiera que sea su régimen, efectúe la toma de posesión de bienes, haberes y negocios, y adopte las medidas cautelares o permita que la entidad a la cual se le revocó proceda de acuerdo con sus propios estatutos, previas instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

El artículo 6° del Decreto 506 de 2005 establece que, las medidas cautelares y la toma de posesión de bienes haberes y negocios se regirán por las disposiciones contempladas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

La toma de posesión de bienes haberes y negocios se podrá adoptar como consecuencia de la revocatoria del certificado de funcionamiento o de la habilitación, por el cumplimiento de las causales previstas en los estatutos para la liquidación o por la ocurrencia de las causales de revocatoria, cuando esté en riesgo el manejo de los recursos públicos de la seguridad social en salud o la prestación del servicio a sus afiliados.

El propio artículo 6° estipula que las medidas cautelares y de toma de posesión, que en ejercicio de sus funciones adopte la Superintendencia Nacional de Salud, serán de aplicación inmediata. En consecuencia, el recurso de reposición que proceda contra las mismas no suspenderá la ejecutoriedad del acto administrativo.

La revocatoria del certificado de funcionamiento o de la habilitación puede adoptarse simultáneamente o de manera independiente con la toma de posesión, **cuando esas mismas causales que la originan puedan poner en peligro los recursos de la seguridad social en salud o la atención de la población afiliada.** Cuando la revocatoria sea simultánea con la toma de posesión, el procedimiento, los recursos, las reglas y los efectos serán los de la toma de posesión.²²

Aunado a lo expuesto, esta Superintendencia en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 1018 de 2007, le corresponde ejercer la Inspección, Vigilancia y Control sobre el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud. Así es como el artículo 6°, señala como funciones de esta Entidad, entre otras:

“(…)”

8. **Autorizar la constitución y/o habilitación de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y subsidiado y efectuar la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas que regulan la solidez financiera de las mismas. Habilitar y/o revocar el funcionamiento de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de salud (EAPB) cualquiera que sea su naturaleza y cualquiera sea el régimen que administre.**

“(…)”

12. **Vigilar el cumplimiento de las normas constitucionales y legales que reglamentan el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) garantizando la libre elección de aseguradores y prestadores por parte de los usuarios y la garantía en la calidad de la atención y prestación de servicios de salud.**

“(…)”

13. **Ejercer la inspección, vigilancia y control del sistema Obligatorio de garantía de la calidad de las EAPB y demás instituciones que presten servicios en el sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme a los requisitos definidos por el Gobierno Nacional.**

“(…)” (Negrilla fuera de texto).

De igual forma el artículo 8° del Decreto 1018 de 2007 establece las funciones del Despacho del Superintendente Nacional de Salud entre las que encontramos entre otras:

“(…)”

9. **Autorizar la constitución de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y subsidiado y efectuar la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas que regulan la solidez financiera de las mismas. Expedir, suspender o revocar el certificado de funcionamiento o de habilitación a las Entidades Promotoras de Salud de cualquier naturaleza que administren cualquier régimen, y las que presten servicios de Medicina Prepagada, Ambulancia Prepagada y de Planes Adicionales de Salud.**

“(…)” (Negrilla fuera de texto).

1.4.3.2. 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.

²² Inciso 4°, artículo 6° Decreto 506 de 2005.

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 ibidem:

“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 1, 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 comento 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, 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, la 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 desarrollen**”.

Del mismo modo, el **artículo 6° del Decreto 506 de 2005** establece que, las medidas cautelares y la toma de posesión de bienes haberes y negocios se registrarán por las disposiciones contempladas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

La toma de posesión de bienes haberes y negocios se podrá adoptar como consecuencia de la revocatoria del certificado de funcionamiento o de la habilitación, por el cumplimiento de las causales previstas en los estatutos para la liquidación o por la ocurrencia de las causales de revocatoria, cuando esté en riesgo el manejo de los recursos públicos de la seguridad social en salud o la prestación del servicio a sus afiliados, según lo establecido por el artículo 6° del Decreto 506 de 2005.

El propio artículo 6° estipula que las medidas cautelares y de toma de posesión, que en ejercicio de sus funciones adopte la Superintendencia Nacional de Salud, serán de aplicación inmediata. En consecuencia, el recurso de reposición que proceda contra las mismas no suspenderá la ejecutoriedad del acto administrativo.

La revocatoria del certificado de funcionamiento o de la habilitación puede adoptarse simultáneamente o de manera independiente con la toma de posesión, **cuando esas mismas causales que la originan puedan poner en peligro los recursos de la seguridad social en salud o la atención de la población afiliada**. Cuando la revocatoria sea simultánea con la toma de posesión, el procedimiento, los recursos, las reglas y los efectos serán los de la toma de posesión.²³

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”.

Así mismo, la Superintendencia Nacional de Salud expidió el **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.

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.

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 intervención en las actividades financiera, 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.

²³ Inciso 4°, artículo 6° Decreto 506 de 2005.

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).

De esta manera, 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.

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 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 párrafo, 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 proscribiera; en cambio, será constitucional lo dispuesto por el párrafo 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;"

Por otro lado, el Decreto 2555 de 2010 respecto de la toma de posesión y el agente especial, en el establece lo siguiente:

"(...)"

"Artículo 9.1.1.1. Toma de posesión y medidas preventivas.

<Fuente original compilada: D. 2211/04 artículo 1°. > 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 Financiera de Colombia 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-Fogafin.

Para el efecto, la Superintendencia Financiera de Colombia y el Fondo de Garantías de Instituciones Financieras-Fogafin, 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 Financiera de Colombia 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 Financiera de Colombia 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-Fogafin 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 la 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 20 y 70 de la Ley 1116 de 2006;

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.

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 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 contrato 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 Libro;

j) La prevención a los deudores de la intervenida de que solo 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 Financiera de Colombia sobre la adopción de la medida, para que procedan de conformidad;

k) La prevención a todos los que tengan negocios con la intervenida, de 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.

2. Medidas preventivas facultativas. El acto administrativo podrá disponer también las siguientes medidas:

a) La separación de los administradores, directores, y de los órganos de administración y dirección así como del revisor fiscal, salvo en los casos que la Superintendencia Financiera de Colombia determine lo contrario, de conformidad con el artículo 116 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, sin perjuicio de la facultad de removerlos con posterioridad. En caso de remoción del Revisor Fiscal, su reemplazo será de signoado por el Fondo de Garantías de Instituciones Financieras-Fogafin;

b) La orden de suspensión de pagos de las obligaciones causadas hasta el momento de la toma de posesión, cuando sea del caso, sin perjuicio de la facultad de ordenar esta medida posteriormente.

Parágrafo 1°. Para todos los efectos y especialmente para los previstos en el literal n) del numeral 9 del artículo 295 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, la Superintendencia Financiera de Colombia deberá poner a disposición del representante legal de la entidad intervenida, los documentos que dieron origen a la toma de posesión.

Parágrafo 2°. (Modificado por el D. 1456/07 artículo 11) En desarrollo de la facultad de suspender los pagos, la Superintendencia Financiera de Colombia, de acuerdo con la situación de la entidad y las causas que originaron la toma de posesión, podrá disponer, entre otras condiciones, que esta sea general, o bien que opere respecto de determinado tipo de obligaciones en particular y/o hasta por determinado monto, en todo caso, deberán cumplirse las operaciones realizadas por la entidad o por cuenta de ella en el mercado de valores antes de la toma de posesión, cuyas órdenes de transferencia hubieren sido aceptadas por el respectivo sistema de compensación y liquidación, con anterioridad a la notificación de la medida a dicho sistema. Así mismo, podrán cumplirse las operaciones realizadas en el mercado de valores cuyas órdenes de transferencia no hubieren sido aceptadas por un sistema de compensación y liquidación de operaciones sobre valores, cuando, a juicio de la Superintendencia Financiera de Colombia, ello sea conveniente para la entidad intervenida, La Superintendencia Financiera de Colombia deberá notificar personalmente la medida de toma de posesión, de manera inmediata, a los representantes legales de las entidades administradoras de sistemas de compensación y liquidación de valores en los cuales actúe como participante la entidad intervenida.

En todo caso, el representante legal de la entidad objeto de toma de posesión podrá realizar los gastos administrativos de que trata el artículo 9.1.3.5.5 del presente decreto.

Parágrafo 3°. Cuando quiera que al decretar la toma de posesión de una entidad la Superintendencia Financiera de Colombia encuentre acreditado que la misma debe ser liquidada, podrá disponer la liquidación en el mismo acto.

Artículo 9.1.1.1.2 Medidas durante la posesión.

<Fuente original compilada: D. 2211/04 artículo 2°.> Durante la posesión, incluyendo la liquidación, se podrán adoptar, además de las medidas previstas en el artículo anterior, las siguientes, sin perjuicio de aquellas dispuestas por el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y normas complementarias:

1. De acuerdo con el numeral 10 del artículo 291 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificado por el artículo 24 de la Ley 510 de 1999, las medidas que adopte la Superintendencia Financiera de Colombia para colocar a la entidad en condiciones de desarrollar adecuadamente su objeto social, u otras operaciones dirigidas a lograr mejores condiciones para que los depositantes, ahorradores e inversionistas puedan obtener el pago total o parcial de sus acreencias podrá incluir además de las previstas en dicho numeral, otros institutos de salvamento de la confianza pública consagrados en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y normas complementarias, así como la entrega de la entidad a los accionistas previa suscripción de compromisos específicos, y/o aquellas que determine la entidad de vigilancia y control.

2. Durante todo el proceso, incluyendo la administración de la entidad o su liquidación, podrán celebrarse acuerdos entre los acreedores y la entidad intervenida, los cuales se sujetarán a las siguientes reglas:

a) Podrán ser aprobados por el voto favorable del cincuenta y uno por ciento (51%) de las acreencias y como mínimo de la mitad más uno de los acreedores, incluyendo en este cómputo el valor de los depósitos en que el Fondo se haya subrogado. En los demás aspectos dichos acuerdos se sujetarán en lo pertinente a las normas del régimen concordatario;

b) Los acuerdos serán aplicables a todos los acreedores cuando hayan sido aprobados con la mayoría prevista en el literal anterior;

c) Para la aceptación de fórmulas de adjudicación, los acreedores podrán votar en asambleas presenciales o mediante voto escrito enviado por correo o por cualquier otro mecanismo. Para tal efecto el liquidador remitirá las propuestas de pago o fórmulas de adjudicación a la última dirección registrada por los acreedores;

d) La entrega de bienes a título de dación en pago podrá ser objeto de los acuerdos de acreedores.

3. Las operaciones realizadas antes de la toma de posesión por la entidad o por cuenta de ella en el mercado de valores deberán ser cumplidas en el plazo acordado, siempre que se trate de operaciones cuyas respectivas órdenes hayan sido aceptadas para su compensación y liquidación.

Las garantías que respaldan estas operaciones se harán efectivas conforme a las reglas previstas para la compensación y liquidación o para el depósito de valores, así como a las disposiciones aplicables al acto jurídico mediante el cual se constituyeron, por lo que para hacerse efectivas no deberán sujetarse a procedimientos de reconocimiento de créditos o a cualquier otro acto jurídico de naturaleza similar.

Si de la ejecución del negocio jurídico para asegurar las obligaciones y cumplidas estas en su totalidad queda algún remanente, este deberá ponerse a disposición de la entidad objeto de la toma de posesión.

En el caso de títulos depositados en depósitos de valores, las anotaciones en cuenta correspondiente a derechos y garantías, así como los bienes sobre los cuales recaen tales derechos no formarán parte de la masa de la liquidación, en caso que esta se decida.

4. El Fondo de Garantías de Instituciones Financieras-Fogafin en desarrollo de la facultad consagrada en el numeral 11 del artículo 295 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificado por el artículo 59 de la Ley 795 de 2003, designará en los mismos términos en que efectúa la designación y posesión del representante legal principal, al funcionario de la entidad intervenida que tendrá la representación legal frente a las ausencias temporales o definitivas del principal. Para dichos efectos, el Fondo evaluará previamente tanto la idoneidad profesional como personal del respectivo funcionario, cuya remuneración no será modificada como consecuencia del ejercicio de la representación legal o de la designación, la cual deberá registrarse ante la cámara de comercio del domicilio de la intervenida.

5. Ante la necesidad de proteger los activos y evitar su pérdida de valor, se podrá proceder a la enajenación de los mismos, para cuyo efecto, se seguirá el procedimiento previsto en el presente Libro para la enajenación de activos en caso de urgencia.

Artículo 9.1.1.1.3 Cumplimiento y notificación de la decisión de toma de posesión.

<Fuente original compilada: D. 2211/04 artículo 3°.> De conformidad con el artículo 291 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, la decisión de toma de posesión será de cumplimiento inmediato a través del funcionario comisionado para el efecto por el Superintendente Financiero de Colombia y si la misma no se puede notificar personalmente al representante legal, se notificará por un aviso que se fijará por un día en lugar público de las oficinas de la administración del domicilio social.

Las medidas cautelares y la toma de posesión que en ejercicio de sus funciones adopte la Superintendencia Financiera de Colombia, serán de aplicación inmediata.

Sin perjuicio de su cumplimiento inmediato, dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha en que se haga efectiva la medida, la resolución por la cual se adopte se publicará por una sola vez en un diario de circulación nacional y en el boletín del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, capítulo de la Superintendencia Financiera de Colombia y se divulgará a través de los mecanismos de información electrónica de que disponga la Superintendencia.

Artículo 9.1.1.1.4 Inventario en la toma de posesión.

<Fuente original compilada: D. 2211/04 artículo 4°.> Dentro del mes siguiente a la fecha en que el Superintendente Financiero de Colombia haya tomado posesión de una entidad vigilada, el agente hará un inventario preliminar de los activos y pasivos de la misma. Dicho plazo podrá ser prorrogado por la Superintendencia Financiera de Colombia".

"(...)"

Artículo 9.1.1.2.1 Competencia del agente especial.

<Fuente original compilada: D. 2211/04 artículo 5°.> Mientras no se disponga la liquidación, la representación legal de la entidad estará en cabeza del agente especial. El agente especial podrá actuar como liquidador.

Artículo 9.1.1.2.2 Naturaleza de las funciones del agente especial.

<Fuente original compilada: D. 2211/04 artículo 6°.> De conformidad con el artículo 291 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificado por el artículo 24 de la Ley 510 de 1999, los agentes especiales ejercen funciones públicas transitorias, sin perjuicio de la aplicabilidad, cuando sea el caso, de las reglas de derecho privado a los actos que ejecuten en nombre de la entidad objeto de la toma de posesión.

El agente especial deberá tomar posesión ante el Fondo de Garantías de Instituciones Financieras-Fogafin y la Superintendencia Financiera de Colombia. Para efectos de dar la publicidad correspondiente la designación y las posesiones deberán inscribirse en la Cámara de Comercio del domicilio principal de la entidad y en las demás ciudades en las cuales la misma tenga sucursales. Sin perjuicio del deber de cumplir con la inscripción en la Cámara de Comercio, tanto el agente especial como el revisor fiscal asumirán las respectivas funciones a partir de la posesión de los respectivos cargos.

En la medida en que los agentes especiales deben posesionarse ante la Superintendencia Financiera de Colombia, el Fondo de Garantías de Instituciones Financieras-Fogafin deberá designar como agente especial, personas que se encuentren en posibilidad de cumplir con los requisitos exigidos por la entidad de vigilancia y control, para dar posesión a los administradores de entidades financieras sometidas a su vigilancia.

Artículo 9.1.1.2.3 Seguimiento de la actividad del agente especial.

<Fuente original compilada: D. 2211/04 artículo 7°.> De conformidad con el artículo 291 numeral 7 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero modificado por el artículo 24 de la Ley 510 de 1999, corresponde al Fondo de Garantías de Instituciones Financieras-Fogafin realizar el seguimiento de la actividad del agente especial, sin perjuicio de la vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia sobre la entidad intervenida, mientras no se disponga su liquidación.

Artículo 9.1.1.2.4 Funciones del agente especial.

<Fuente original compilada: D. 2211/04 artículo 8°.> Corresponde al agente especial la administración general de los negocios de la entidad intervenida. Las actividades del agente especial están orientadas por la defensa del interés público, la estabilidad del sector financiero, y la protección de los acreedores y depositantes de la entidad intervenida. El agente especial tendrá los siguientes deberes y facultades:

1. Actuar como representante legal de la intervenida y en tal calidad desarrollar todas las actividades necesarias para la administración de la sociedad y ejecutar todos los actos pertinentes para el desarrollo del objeto social.

2. Si es del caso, separar en cualquier momento los administradores y directores de la intervenida que no hayan sido separados por la Superintendencia Financiera de Colombia en el acto que ordenó la toma de posesión.

3. Promover la celebración de acuerdos de acreedores, de conformidad con lo señalado en el numeral 19 del artículo 291 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificado por el artículo 24 de la Ley 510 de 1999.

4. Adelantar el recaudo de los dineros y la recuperación de los activos que por cualquier concepto deban ingresar a la entidad intervenida, para lo cual podrá ofrecer incentivos por la denuncia de la existencia y entrega de tales activos.

5. Administrar los activos de la intervenida.

6. Velar por la adecuada conservación de los bienes de la entidad, adoptando las medidas necesarias para mantener los activos en adecuadas condiciones de seguridad física y ejerciendo las acciones judiciales y administrativas requeridas para el efecto.

7. Continuar con la contabilidad de la entidad.

8. Ejecutar todos los actos y efectuar todos los gastos que a su juicio sean necesarios para la conservación de los activos y archivos de la entidad.

9. Bajo su responsabilidad promover las acciones de responsabilidad civil o penales que correspondan contra los administradores, revisor fiscal y funcionarios de la intervenida.

10. Suministrar a la Superintendencia Financiera de Colombia y al Fondo de Garantías de Instituciones Financieras-Fogafin la información que las entidades requieran.

11. Si es el caso, impetrar las acciones revocatorias de que trata el numeral 7 del artículo 301 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificado por el inciso primero del artículo 27 de la Ley 510 de 1999, y

12. Las demás derivadas de su carácter de administrador y representante legal de la entidad.

Parágrafo. El agente especial deberá contar con la autorización previa de la Superintendencia Financiera de Colombia para la adopción de las medidas en las que la ley específicamente exige tal autorización.

Artículo 9.1.1.2.5 Contratación.

<Fuente original compilada: D. 2211/04 artículo 9º.> Para el cumplimiento de las finalidades de la toma de posesión, las entidades intervenidas podrán contratar entre sí la prestación de servicios administrativos relacionados con la gestión de la intervención, así como celebrar convenios con el mismo fin o contratos de mandato con terceros”.

“(…)”

Artículo 9.1.1.3.1 Integración de la junta asesora del agente especial.

<Fuente original compilada: D. 2211/04 artículo 10> De conformidad con el artículo 291, numeral 5 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificado por el artículo 24 de la Ley 510 de 1999, el Agente Especial podrá contar con una junta asesora con representación de los acreedores, si así lo determina la Superintendencia Financiera de Colombia.

Dicha junta, de acuerdo con la información que reposa en los estados financieros de la intervenida, estará integrada por los cinco (5) mayores acreedores de la entidad. El nombramiento de los miembros de la junta asesora corresponde al Fondo de Garantías de Instituciones Financieras-Fogafin de acuerdo con la información que para tal propósito ha de proporcionarle el agente especial.

Si alguno de los acreedores a quienes correspondía integrar la junta asesora de acuerdo a los criterios anteriormente señalados declina su nombramiento, se procederá a nombrar el acreedor que siga en orden dentro de los criterios anteriormente establecidos.

Artículo 9.1.1.3.2 Reuniones de la junta asesora del agente especial.

<Fuente original compilada: D. 2211/04 artículo 11> La junta asesora del agente especial se reunirá al menos una vez al mes por convocación de este último. La junta podrá sesionar y decidir válidamente con la participación de mínimo tres de sus integrantes. Cuando uno de los integrantes de la junta asesora deje de asistir a tres (3) sesiones convocadas por el agente especial, se procederá a reemplazarlo de acuerdo con los criterios establecidos en el artículo anterior.

Artículo 9.1.1.3.3 Funciones de la junta asesora del agente especial.

<Fuente original compilada: D. 2211/04 artículo 12> La junta asesora del agente especial tiene la función básica de asesorar al agente especial en todos los asuntos concernientes a la marcha de la entidad financiera. En especial la junta asesora cumplirá las siguientes funciones:

- a) Revisar con anterioridad al traslado a los acreedores, las cuentas comprobadas presentadas por el agente especial;
- b) Dar concepto sobre los estados financieros;
- c) Asesorar al agente especial, cuando este se los solicite, en cuestiones relacionadas con su gestión, y
- d) Requerir al agente especial para que presente las cuentas comprobadas de su gestión cuando este se abstenga de hacerlo.

Parágrafo 1º. Los conceptos de la Junta Asesora no son de obligatorio cumplimiento para el Agente Especial.

Parágrafo 2º. Los miembros de la Junta Asesora están obligados a guardar reserva sobre los diferentes asuntos que conozcan en razón de su función”.

“(…)”

Artículo 9.1.2.1.1 Posesión para administrar.

<Fuente original compilada: D. 2211/04 artículo 13> En el evento en que la Superintendencia Financiera de Colombia, previo concepto del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras-Fogafin, dentro del término de dos (2) meses contados a partir de la toma de posesión, prorrogables por el mismo plazo, determine que la entidad puede desarrollar su objeto social conforme a las reglas que lo rigen, o pueden adoptarse otras medidas que permitan a los depositantes, ahorradores o inversionistas obtener el pago total o un pago parcial de sus créditos, expedirá la resolución disponiendo la administración de la entidad, en la cual también se ordenará dar aviso al público mediante publicación en un lugar visible en las oficinas de la institución intervenida por un término de siete (7) días hábiles, así como la publicación por una (1) vez en un diario de amplia circulación nacional, de un aviso informando sobre la expedición de la medida. Si la misma no se puede notificar personalmente al representante legal, se notificará por aviso que se fijará por un (1) día en lugar público de las oficinas de la administración del domicilio social de la intervenida.

Sin perjuicio del momento en que se decida la posesión para administrar, se deberá dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 9.1.1.1 del presente decreto. Las medidas previstas en el artículo 9.1.1.2 de este decreto podrán ser aplicadas inclusive mientras la entidad permanezca en posesión para administrar.

Deberán tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

1. Para la elaboración del concepto de que trata el presente artículo, el Fondo de Garantías de Instituciones Financieras-Fogafin solicitará al agente especial, un plan sobre las medidas que resulten procedentes y demás información necesaria para la elaboración del concepto.

2. La Superintendencia Financiera de Colombia solicitará al Fondo de Garantías de Instituciones Financieras-Fogafin la presentación del programa que se 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 Financiera de Colombia y a los interesados. Lo anterior sin perjuicio de que pueda haber acuerdos entre los acreedores y la entidad objeto de toma de posesión.

El Fondo de Garantías de Instituciones Financieras -Fogafin deberá presentar el programa de que trata el presente artículo, máximo dentro de un término de dos (2) meses contados a partir de la fecha en que entre en vigencia la resolución de la Superintendencia Financiera de Colombia disponiendo la administración de la entidad.

En todo caso, si en el plazo de un (1) año, prorrogable por un término igual no se subsanaren las dificultades que dieron origen a la toma de posesión, la entidad de vigilancia y control dispondrá la disolución y liquidación de la entidad, Lo anterior sin perjuicio de que el Gobierno Nacional por resolución ejecutiva autorice una prórroga mayor cuando así se requiera en razón de las características de la institución.

Artículo 9.1.2.1.2 Levantamiento de la medida de toma de posesión.

<Fuente original compilada: D. 2211/04 artículo 14> La medida de toma de posesión podrá ser levantada, previo concepto del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras-Fogafin, por la Superintendencia Financiera de Colombia mediante acto administrativo, cuya notificación se sujetará a las normas del Código Contencioso Administrativo.

Artículo 9.1.2.1.3 Rendición de cuentas por parte del agente especial.

<Fuente original compilada: D. 2211/04 artículo 15> Si la Superintendencia Financiera de Colombia decide levantar la medida de toma de posesión, el agente especial convocará a la asamblea general de accionistas de la Intervenida, a fin de que procedan a nombrar los nuevos directivos y al revisor fiscal.

El agente especial rendirá informe a la asamblea general que para el efecto convoque, en los términos previstos en el artículo 45 de la Ley 222 de 1995. La entidad permanecerá bajo la administración del agente especial hasta que el nuevo representante legal se poseione debidamente ante la Superintendencia Financiera de Colombia”.

Del mismo modo, el Decreto 2555 de 2010 consagró lo relacionado con el proceso de liquidación forzosa administrativa en sus numerales 9.1.3.1.1 al 9.5.1.1.1.

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 benefician, y desconocer o ignorar aquellos que les fuesen desfavorables”²⁴.

2. ANTECEDENTES DEL ASUNTO SUB EXAMINE

2.1. MARCO JURÍDICO

Las entidades que a la vigencia de la Ley 1122 de 2007, esto es, a 9 de enero de 2007, administraban el Régimen Subsidiado como ARS, se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPSS). Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento.²⁵

Son EPS del Régimen Subsidiado, las Empresas Solidarias de Salud -ESS-, las Cajas de Compensación Familiar CCF y las Empresas de naturaleza pública, privada o mixta, las EPSI, según lo definido por el artículo 14 de la Ley 691 de 2001 y el artículo 1° del Decreto 1804 de 1999, siempre que cumplan con las condiciones de habilitación establecidas por el Decreto 515 de 2004 los Decretos 510, 3010 y 3880 de 2005, y las Resoluciones 581 y 1189 de 2004.

Son funciones de las EPSS las siguientes:

1. Promover la afiliación de la población beneficiaria del Régimen Subsidiado, garantizando la libre elección por parte del beneficiario.

2. Afiliar a la población beneficiaria de subsidios y entregar el carné correspondiente que lo acredita como afiliado, en los términos fijados por las normas vigentes.

3. Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, como aseguradoras y administradoras que son, 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.

4. Informar al beneficiario sobre aquellos aspectos relacionados con el contenido del POS-S, procedimientos para la inscripción, redes de servicios con que cuenta, deberes y derechos dentro del SGSSS, así como el valor de los copagos que debe pagar.

5. 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 de servicios y con profesionales de 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.

6. Asegurar los riesgos derivados de la atención de enfermedades de alto costo, calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social, de acuerdo con las condiciones señaladas en los reglamentos.

7. Suministrar oportunamente a las Direcciones de Salud la información relacionada con sus afiliados y verificar en el momento de la afiliación que estas personas se encuentran dentro de la población prioritaria para la asignación de subsidios, conforme los listados entregados por las entidades territoriales.

8. Establecer el sistema de administración financiera de los recursos provenientes del subsidio a la demanda.

9. Organizar estrategias destinadas a proteger la salud de sus beneficiarios que incluya las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación dentro de los parámetros de calidad y eficiencia.

10. Informar a la Superintendencia Nacional de Salud, al Ministerio de Salud, a las entidades territoriales y demás autoridades correspondientes las irregularidades que se presenten

²⁴ Corte Constitucional, Sentencia T-467/95, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa.

²⁵ Inciso 2°, artículo 14, Ley 1122 de 2007.

en la operación del Régimen Subsidiado, en especial aquellos aspectos relacionados con los procesos de identificación, afiliación, carnetización de los beneficiarios de subsidios y deficiencia en la red prestadora de servicios, independientemente de las acciones internas que adelante para establecer las responsabilidades personales o institucionales y para la adopción de los correctivos correspondientes.

11. Cumplir con las disposiciones legales y los requisitos para la autorización consagrados en el Decreto 1804 de 1999, los requisitos de habilitación definidos en los Decretos 515 de 2004, 506, 3010, y 3880 de 2005 y los estándares determinados por las Resoluciones 581 y 1189 de 2004.

2.1.1. HABILITACIÓN DE LAS EPSS

La Ley 715 de 2001, a través de la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de servicios de educación y salud entre otros, conforme al numeral 10 de su artículo 42 establece que, corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional, definir en el primer año de vigencia de esta ley, el Sistema Único de Habilidadación, el Sistema de Garantía de la Calidad y el Sistema Único de Acreditación de Prestadores de Servicios de Salud.

Mediante el Decreto 1011 del 2006, el Gobierno Nacional redefinió el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud en el Sistema General de Seguridad Social, obligatorio para prestadores y aseguradores, estas medidas contempladas por el Gobierno buscan garantizarles a todos los colombianos la adecuada atención en salud, a través del Sistema de Garantía de Calidad, conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.²⁶

Con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, el Ministerio de la Protección Social estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud.²⁷

Este Sistema, Tendrá como componentes los siguientes:²⁸

1. El Sistema Único de Habilidadación.
2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

El Sistema Único de Habilidadación, es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios EAPB.²⁹

Se consideran Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (EPS del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.³⁰

El Sistema Único de Habilidadación se constituye en un instrumento de protección al usuario ya que la idea es que los actores del SGSSS se concienticen de hacer las cosas bien, con responsabilidad y con ética.

Lo señalado anteriormente guarda directa relación con el proceso de habilitación, componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, que al tratarse de Entidades Promotoras de Salud, corresponde adelantarlo a la Superintendencia Nacional de Salud, como bien lo dispone el Decreto 1011 de 2006.

Las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa de obligatorio cumplimiento para la entrada y permanencia de las EAPB, serán los estándares que para el efecto establezca el Ministerio de la Protección Social tal y como lo establece el artículo 27 del Decreto 1011 de 2006.

Conforme al artículo 27 del Decreto 1011 de 2006, la Superintendencia Nacional de Salud será la entidad competente para habilitar a las EAPB, el Ministerio de la Protección Social establecerá el procedimiento que la Superintendencia Nacional de Salud deberá aplicar para la verificación, registro y control permanente de las condiciones de habilitación de las EAPB, tanto para aquellas que actualmente se encuentran en operación, como para las nuevas entidades.

La Superintendencia Nacional de Salud informará al Ministerio de la Protección Social el resultado de las visitas y deberá consolidar la información de habilitación de estas entidades.

La habilitación según artículo 30 del Decreto 1011 de 2006, se otorgará a las EAPB por un término indefinido.

Las EAPB deberán mantener y actualizar permanentemente los requisitos exigidos por el Gobierno Nacional.

La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de vigilancia, inspección y control verificará el mantenimiento de las condiciones de habilitación por parte de estas entidades.

²⁶ Artículo 3°, Decreto 1011 de 2006.

²⁷ Inciso 10, artículo 2°, Decreto 1011 de 2006.

²⁸ Artículo 4°, Decreto 1011 de 2006.

²⁹ Artículo 6°, Decreto 1011 de 2006.

³⁰ Inciso 6°, artículo 2°, Decreto 1011 de 2006.

La Superintendencia Nacional de Salud podrá revocar la habilitación a una EAPB cuando incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento. El incumplimiento de las condiciones de habilitación por parte de las EAPB dará lugar a la imposición de las sanciones previstas en la ley, previo agotamiento del debido proceso, tal y como lo establece el artículo 31 del Decreto 1011 de 2006.

Como se advirtió con anterioridad, la habilitación se erige como un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, el cual se encuentra reglamentado por el Decreto 1011 de 2006, y cuyos componentes generales son los siguientes:

• **AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD.** Es un proceso de autocontrol, que involucra al cliente y sus necesidades, que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.

• **HABILITACIÓN.** Genera seguridad al usuario de ser atendido en instituciones que cumplen con unos estándares definidos, los cuales son básicamente de estructura, pero orientados a procesos y dirigidos a los factores de riesgo que pudieran ocasionar efectos adversos o contraproducentes, derivados del proceso de atención. Estos estándares son iguales para todos y conocidos ampliamente por todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y dinámicos en el tiempo en la medida que progresivamente se irán ajustando con el fin de mantener el nivel óptimo de seguridad requerido en la atención en salud.

• **ACREDITACIÓN.** Está orientado más allá de unos requisitos mínimos, va a los procesos y a mejorarlos, a la planeación permanente donde el único beneficiado es el usuario, todo dentro de un modelo de mejoramiento continuo, incentivando la cultura del autocontrol, del crecimiento organizacional donde están involucrados todos los miembros de la organización con reconocimiento permanente de su talento, competitividad y capacitación continua dentro del proceso y con los que interactúa.

La finalidad del componente de Habilidadación, es garantizar a los usuarios del Sistema, que las entidades a las que la Superintendencia Nacional de Salud, autoriza su habilitación, acreditaron el cumplimiento de unas condiciones mínimas y dentro de estas de unos estándares mínimos, que en el caso de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, determinen que cuentan con capacidad para garantizar el aseguramiento en salud en el Régimen Subsidiado, de manera responsable y eficiente y brindar en este, el acceso a los servicios de salud a su población afiliada, sin condicionamientos e ininterrumpidamente.

Con el propósito de reglamentar este componente del Sistema, el Gobierno Nacional, expidió el Decreto 515 del 20 de febrero de 2004, “por el cual se define el Sistema de Habilidadación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS”, determinando en el artículo 2, modificado por el artículo 1° del Decreto 506 de 2005, para las entidades que pretenden administrar recursos del Régimen Subsidiado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las siguientes condiciones de obligatorio cumplimiento:

“... 2.1 De operación: Necesarias para determinar la idoneidad de las ARS para la administración del riesgo en salud en cada una de las áreas geográficas donde va a operar.

2.2 De permanencia: Necesarias para que el funcionamiento de las Administradoras del Régimen Subsidiado, en desarrollo de su objeto social y respecto de cada una de las áreas geográficas que le fueron habilitadas, se ajuste a las condiciones de operación. El cumplimiento de las condiciones de permanencia se deberá demostrar y mantener durante todo el tiempo de operación.

Para su permanencia y operación en más de una de las regiones que establezca el CNSSS deberán acreditar como mínimo un número de 300.000 personas afiliadas antes del 1° de abril de 2005 y 400.000 antes del 1° de abril 2006. Las entidades que se constituyan a partir de la fecha, deberán acreditar un número mínimo de 400.000 afiliados, sin lugar a excepción, vencido el segundo año de operación.

Para su permanencia y operación en una sola de las regiones que establezca el CNSSS deberán acreditar como mínimo un número de 100.000 personas afiliadas antes del 1° de abril de 2005 y 150.000 antes del 1° de abril de 2006.

De conformidad con las disposiciones vigentes, el número mínimo de afiliados con los que podrán operar las Administradoras del Régimen Subsidiado Indígenas, será concertado entre el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y los Pueblos Indígenas teniendo en cuenta sus especiales condiciones de ubicación geográfica y número de habitantes indígenas en la región, pero en todo caso, por lo menos el 60% de los afiliados de la EPS o ARS indígena deberá pertenecer a Pueblos Indígenas tradicionalmente reconocidos” (Subraya y negrilla fuera de texto).

Así mismo, en el artículo 3° del Decreto 515 de 2004, se determinaron las condiciones para la habilitación, determinando que las condiciones de operación y permanencia, incluyen:

1. Capacidad Técnico – Administrativa.
2. Capacidad Financiera.
3. Capacidad Tecnológica y Científica.

“**Artículo 3°. Condiciones para la habilitación.** Las condiciones de operación y de permanencia, incluyen la capacidad técnico-administrativa, financiera, tecnológica y científica.

“3.1. Condiciones de capacidad técnico-administrativa. Es el conjunto de requisitos establecidos por el Ministerio de la Protección Social, relacionados con la organización administrativa y sistema de información de la respectiva entidad, así como los procesos para el cumplimiento de sus responsabilidades en mercadeo, información y educación al usuario, afiliación y registro en cada área geográfica.

“3.2. Condiciones de capacidad financiera. Son los requisitos establecidos por el Ministerio de la Protección Social para acreditar la capacidad financiera necesaria para garantizar la operación y permanencia de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado.

“3.3. Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Son aquellas establecidas por el Ministerio de la Protección Social como indispensables para la administración del riesgo en salud, la organización de la red de prestadores de servicios y la prestación de los planes de beneficios en cada una de las áreas geográficas”.

Igualmente, el Decreto en mención, dispuso en su Capítulo II lo referente a las condiciones de operación -artículos 4°, 5° modificado por el artículo 2° del Decreto 3556 de 2008, y 6°-, y en el Capítulo III lo concerniente a las condiciones de permanencia, -artículos 7°, 8° modificado por el artículo 3° del Decreto 3556 de 2008 y 9°-, estableciendo de manera taxativa requerimientos mínimos para cada una de ellas, en cumplimiento de condiciones de capacidad técnico administrativa, tecnológica y científica y financiera.

“**Artículo 4°. Capacidad técnico-administrativa.** Las condiciones de capacidad técnico-administrativa, deberán tener en cuenta, como mínimo, las siguientes:

“4.1. La estructura organizacional en la cual se identifiquen con claridad las áreas que tienen bajo su responsabilidad, los procesos mediante los cuales se cumplen las funciones de afiliación, registro y carnetización, organización, contratación del aseguramiento y prestación de los servicios del plan de beneficios en condiciones de calidad, administración del riesgo y defensa de los derechos del usuario por cada área geográfica.

“4.2. El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la afiliación y registro de los afiliados; la verificación de las condiciones socioeconómicas de sus afiliados; la promoción de la afiliación al Sistema, el suministro de información y educación a sus afiliados; la evaluación de la calidad del aseguramiento; la autorización y pago de servicios de salud a través de la red de prestadores; y, la atención de reclamaciones y sugerencias de los afiliados.

“4.3. El diseño y plan operativo para la puesta en funcionamiento de un sistema de información que demuestre la confiabilidad y seguridad del registro, captura, transmisión, validación, consolidación, reporte y análisis de los datos como mínimo sobre los afiliados, incluidos procedimientos de verificación de multiafiliados; los recursos recibidos por concepto de la unidad de pago por capitación; la red de prestadores de servicios de salud; la prestación de servicios; la administración del riesgo en salud; el sistema de calidad; y, la información financiera y contable.

“4.4. El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad de los procesos técnico-administrativos y de aseguramiento.

“4.5. El sistema de comunicación y atención eficiente para que los usuarios conozcan el valor de los pagos moderadores y demás pagos compartidos.

“4.6. La liquidación de los contratos de administración del Régimen Subsidiado. Incumplan las condiciones técnico-administrativas de operación las ARS que por causas imputables a ellas, no hayan liquidado los contratos de administración de Régimen Subsidiado.

“**Artículo 5°. Modificado por el artículo 2° del Decreto 3556 de 2008. Capacidad financiera.** De conformidad con lo previsto en el artículo 180 de la Ley 100 de 1993, las condiciones de capacidad financiera deberán tener en cuenta el margen de solvencia y el capital o fondo social mínimo que, de acuerdo con la naturaleza jurídica de la entidad, garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad según lo establecido en las disposiciones vigentes y lo que establezca el Ministerio de la Protección Social en proporción al número de afiliados y la constitución de una cuenta independiente de sus rentas y bienes para la administración de los recursos del Régimen Subsidiado, según el caso.

Para estos efectos, el margen de solvencia es la liquidez que deben tener las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, EPS'S para responder en forma adecuada y oportuna por sus obligaciones con terceros, sean estos proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o los usuarios en los términos establecidos en el Decreto 882 de 1998. Se entiende por liquidez la capacidad de pago que tienen las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado para cancelar, en un término no superior a 30 días calendario, a partir de la fecha establecida para el pago, las cuentas de los proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o usuarios, conforme a los parámetros que señale la Superintendencia Nacional de Salud.

Conforme a lo previsto en el artículo 3° del Decreto 3260 de 2004, cuando la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado no solicite el giro directo de los recursos en el caso del numeral 1 del presente artículo, no podrá acogerse a lo previsto en el parágrafo del artículo 2° del Decreto 882 de 1998”.

“**Artículo 6°. Capacidad tecnológica y científica.** Las condiciones en materia de capacidad tecnológica y científica, deberán tener en cuenta, como mínimo, las siguientes:

“6.1. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la planeación y prestación de los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

“6.2. La conformación de la red de prestadores, con servicios habilitados directamente por el operador primario en la región, adecuada para operar en condiciones de calidad.

“6.3. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de selección de prestadores, así como de los mecanismos y procedimientos de contratación y de pago a los mismos que procuren el equilibrio contractual, y garanticen la calidad y el acceso a los servicios.

“6.4. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de referencia y contrarreferencia de pacientes.

“6.5. El diseño, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad en la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios.

“6.6. Los instrumentos, procesos y procedimientos para la evaluación y seguimiento de los indicadores y las variables que alimentan la Nota Técnica del plan de beneficios.

“Parágrafo. Se entiende prohibida toda clase de práctica que genere mecanismos de intermediación entre las ARS y los prestadores de servicios de salud, esto es, la contrata-

ción que realice una ARS con una institución o persona natural o jurídica para que esta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios o de subcontratarla, trasladándole los costos de administración, y reduciendo el pago que por salud debe reconocer a quienes conforman la red de prestadores de servicios de salud de la ARS, esto, es al prestador primario habilitado. La práctica de estos mecanismos de intermediación impedirá la habilitación de la ARS”.

Por su parte, al hacer referencia a las condiciones de habilitación, en relación con los requisitos de **permanencia**, el Decreto 515 de 2004, estableció:

“**Artículo 7º. Condiciones de capacidad técnico-administrativa.** Para su permanencia, en cada una de las áreas geográficas, respecto de las cuales estén habilitadas para operar, las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS, deberán demostrar, como mínimo, las siguientes condiciones técnico-administrativas:

“7.1. La implementación, ejecución, cumplimiento y actualización permanente de las condiciones técnico - administrativas de operación.

“7.2. La entrega en forma oportuna, veraz y consistente, de los reportes de información requerida por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud. (Se resalta fuera del texto).

“7.3. La implementación y funcionamiento de los procesos y procedimientos que garanticen el cumplimiento de las condiciones contractuales y los pagos acordados con los prestadores.

“7.4. El cumplimiento del número mínimo de afiliados exigidos para la operación como entidades administradoras del Régimen Subsidiado, establecidos en el presente decreto.

“7.5. La puesta en funcionamiento de los mecanismos que permitan la participación e intervención de la comunidad afiliada en la gestión de servicios de salud de las entidades de que trata el presente decreto y, la protección y defensa de los usuarios afiliados a la entidad.

“**Artículo 8º. Modificado por el artículo 3º del Decreto 3556 de 2008. Condiciones de capacidad financiera.** Para su permanencia, las Entidades de que trata el presente decreto, deberán demostrar las condiciones financieras que dieron lugar a la habilitación para operar, mediante el cumplimiento, como mínimo, de las siguientes obligaciones:

8.1. Presentar dentro de los términos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud los estados financieros debidamente certificados y dictaminados por el revisor fiscal y de conformidad con el Plan Único de Cuentas definido por la Superintendencia Nacional de Salud.

8.2. Acreditar el monto de patrimonio mínimo previsto en las disposiciones legales correspondientes a la naturaleza jurídica de cada entidad, con la periodicidad que para tal efecto establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

8.3. Acreditar y mantener el margen de solvencia, conforme a las disposiciones vigentes.

8.4. Acreditar el cumplimiento de las disposiciones relativas a las reservas, provisiones y operaciones financieras y de inversiones, contempladas en las normas vigentes. La Superintendencia Nacional de Salud podrá establecer provisiones y reservas especiales cuando las condiciones de la entidad o del Sistema lo requieran”.

“**Artículo 9º. Condiciones de capacidad tecnológica y científica.** Las Entidades de que trata el presente decreto, deberán demostrar para su permanencia en cada una de las áreas geográficas en las cuales está habilitada para operar, como mínimo, las siguientes condiciones:

“9.1. La implementación y mantenimiento de la capacidad tecnológica y científica, acreditada para efectos de su operación.

“9.2. El cumplimiento de las metas de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública incluidas en el plan de beneficios.

“9.3. La implementación y funcionamiento de los procesos y procedimientos para la administración del riesgo en salud de sus afiliados.

“9.4. La operación y adecuación de la red de prestadores de servicios y del sistema de referencia y contrarreferencia, acorde con el perfil socio demográfico y epidemiológico de los afiliados, que garantice la suficiencia, integralidad, continuidad, accesibilidad y oportunidad.

“9.5. La implementación del sistema de garantía de calidad en la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios”. (Subraya y negrilla fuera de texto).

Ahora bien, según lo dispone el Decreto 515 de 2004, artículo 10, la Entidad competente para otorgar la habilitación a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, es la Superintendencia Nacional de Salud, y en consecuencia es la responsable de verificar el cumplimiento de las condiciones del proceso de habilitación y de las condiciones de capacidad que las integran.

Concomitantemente y en aras de establecer parámetros claros en la verificación de los estándares de operación y permanencia para las condiciones de CAPACIDAD TÉCNICO-ADMINISTRATIVA, CAPACIDAD FINANCIERA y CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA, el Ministerio de la Protección Social, expidió la Resolución número 581 del 5 de marzo de 2004, “por la cual se adopta el manual de estándares que establece las condiciones de capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica para la habilitación de las entidades administradoras de Régimen Subsidiado”. Estableciendo en su anexo técnico de verificación, que: “Para la administración del Régimen Subsidiado en Salud, se requiere que la entidad interesada en ello, **esté habilitada conforme lo dispone el Decreto 515 de 2004.** Para establecer dicha habilitación, las entidades deben cumplir los estándares agrupados en las condiciones de capacidad técnico administrativa, y de capacidad tecnológica y científica”.

El artículo 5º del Decreto 506 de 2005, referente a la suspensión del certificado de funcionamiento o la revocatoria de la habilitación, determinó las causas y la consecuencia del

incumplimiento a las condiciones de habilitación, como es la **suspensión del certificado de funcionamiento** (para EPS del Régimen Contributivo) y la **revocatoria de la habilitación** (para EPS del Régimen Subsidiado) así:

“**Artículo 5º. De la revocatoria, la suspensión del certificado de funcionamiento o la revocatoria de la habilitación.** La revocatoria y la suspensión del certificado de funcionamiento o la revocatoria de habilitación de una Entidad Promotora de Salud o de una Entidad Administradora del Régimen Subsidiado, cualquiera sea el régimen que administre o la naturaleza jurídica de la entidad, podrá adoptarse por el Superintendente Nacional de Salud, en cualquier momento que se establezca alguna de las causales a que se refieren los artículos 230 y 153 numeral 4 de la Ley 100 de 1993 o las que se determinen en las disposiciones legales, reglamentarias o estatutarias vigentes, mediante providencia debidamente motivada, previo un derecho de contradicción el cual tendrá como mínimo un periodo para la defensa de cinco (5) días hábiles.

“La existencia de estas causales podrá establecerse, a partir de la información que reposa en la Superintendencia Nacional de Salud con ocasión de la información que las entidades deban enviar en cumplimiento de regulaciones de carácter general o en virtud de información que se les solicite de manera particular a la entidad vigilada; a través de la información que se obtenga en ejercicio de las actividades de inspección, vigilancia y control; o a partir de las visitas que realice el organismo de control.

“Como consecuencia de la revocatoria del certificado de funcionamiento o de la habilitación de una Entidad Promotora de Salud o Entidad Administradora del Régimen Subsidiado, la Superintendencia Nacional de Salud podrá efectuar la toma de posesión de bienes, haberes y negocios, adoptar medidas cautelares o permitir que la entidad a la cual se le revocó proceda de acuerdo con sus propios estatutos, previas instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud”.

Finalmente, mediante el Decreto 3556 del 16 de septiembre de 2008, se modificó parcialmente el Decreto 515 de 2004, y mediante Resolución 1189 de 2004 se modificó la Resolución 581 de 2004.

El Decreto 3556 del 16 de septiembre de 2008, por el cual se modifica el Decreto 515 de 2004, establece en su artículo 4º que el artículo 16 del Decreto 515 de 2004 quedará así:

“**Artículo 16. Revocatoria de la habilitación.** La Superintendencia Nacional de Salud revocará, total o parcialmente, la habilitación de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, conforme a las siguientes reglas:

16.1. Revocatoria total de la habilitación: La Superintendencia Nacional de Salud revocará totalmente la habilitación de una Entidad Promotora de Salud de Régimen Subsidiado, cuando se verifique el incumplimiento de por lo menos una de las condiciones que a continuación se señalan:

a) La provisión de servicios de salud a través de prestadores de servicios, que de acuerdo con el pronunciamiento de la dirección departamental o distrital de salud incumplan las condiciones de habilitación.

b) La realización de operaciones que deriven en desviación de recursos de la seguridad social.

c) La realización de operaciones directas o indirectas con vinculados económicos o la celebración de contratos de mutuo, créditos, otorgamiento de avales y garantías a favor de terceros.

d) La utilización de intermediarios para la organización y administración de la red de prestadores de servicios, en términos diferentes a lo establecido en el presente decreto.

e) La realización de actividades que puedan afectar la prestación del servicio, la correcta administración o la seguridad de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

f) El incumplimiento de las condiciones de capacidad técnico-administrativa.

g) El incumplimiento de las condiciones de capacidad financiera.

h) El incumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica.

16.2. Revocatoria parcial de la habilitación: La Superintendencia Nacional de Salud revocará parcialmente la habilitación de una Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado cuando se presente, por lo menos, uno de los siguientes eventos:

a) Cuando la entidad no demuestre condiciones de capacidad tecnológica y científica en alguno o algunos de los departamentos en los cuales está habilitado para operar.

b) Cuando, habiendo recibido los recursos de las entidades territoriales, no pague los servicios a alguna de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- de la red prestadora de servicios departamental dentro los plazos establecidos en el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 o la norma que la modifique o sustituya y respecto del departamento o departamentos en que tal circunstancia ocurra.

“Sin perjuicio de las restantes medidas administrativas a que haya lugar, la revocatoria parcial origina que la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado no pueda administrar subsidios en el departamento o departamentos respecto de los cuales se adopta la medida”.

Por su parte, la Resolución 581 de 2004 del Ministerio de la Protección Social, “por la cual se adopta el Manual de Estándares que establece las condiciones de capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica para la habilitación de las entidades administradoras de Régimen Subsidiado”, establece en su Anexo N° 1 la documentación que se debe presentar para la obtención de autorización de funcionamiento de una Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, así:

“La entidad que esté interesada en actuar como administradora del Régimen Subsidiado, deberá presentar la documentación con las especificaciones que se describen a continuación:

1. Carta de solicitud de autorización y expedición del certificado de funcionamiento dirigida al Superintendente Nacional de Salud y suscrita por el representante legal de la entidad, que contenga:

- La razón social de la entidad que solicita la autorización.
- El tipo de entidad en la que solicita la autorización para actuar como ARS, especificando si se trata de una Empresa Solidaria de Salud, Caja de Compensación Familiar, Entidad Promotora de Salud, o ARS indígena.

2. El documento con la descripción del plan que ofrece (Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado).

3. El documento que certifique la existencia y representación legal de acuerdo con la naturaleza jurídica.

4. Copia de los estatutos de la entidad, aprobados por el órgano directivo facultado y por la autoridad competente según la naturaleza jurídica.

5. Copia del acta de conformación de la Junta Directiva.

6. Hoja de vida de las personas que se han asociado, miembros de Junta Directiva y de las que actúan como administradores, y del representante legal.

7. Certificación de cada representante legal, miembros de junta directiva u organismos directivos, administradores o socios, de no encontrarse incurso en las incompatibilidades descritas en los estándares.

8. Estructura organizacional identificando relación funcional entre la sede central, regionales, seccionales y/o sucursales si las hubiese.

9. El documento que contenga el mapa de procesos de la entidad en el cual se especifique:

- El responsable de cada proceso descrito, en el que se identifique: El nombre y el cargo que ocupa.

- La descripción de cada uno de los procesos definidos como obligatorios en los estándares de habilitación de operación de Administradoras del Régimen Subsidiado.

10. Reporte de los departamentos y municipios donde solicita operar. Se especificará cada municipio con el código del departamento y del municipio y el volumen real y potencial de afiliados para cada municipio (en caso de no estar operando antes de la solicitud solo se especificará el potencial de afiliados).

11. Base de datos de municipios donde solicita operar, identificando para cada uno, los prestadores de primer nivel, de segundo nivel del municipio o donde se remiten los pacientes, de tercer nivel o donde se remiten los pacientes, donde se atienden los pacientes con patologías catastróficas o de alto costo del municipio o donde se remiten los pacientes, el tipo de contratación que utilizará con cada prestador y si se trata de un Prestador de Servicios de Salud filial o propio de una Administradora del Régimen Subsidiado.

12. El documento que describa la demanda potencial de servicios, la oferta de prestadores, y la relación entre estas.

13. El documento en el que se describa cada uno de los tipos de contratación que utilizará con los prestadores.

14. El documento que describa el sistema de información con las especificaciones exigidas en el estándar.

15. El documento que describa el o los modelos de atención con las especificaciones definidas en los estándares de habilitación.

16. El documento que describa los Programas de Promoción y Prevención con las especificaciones definidas en los estándares de habilitación.

17. El documento que describa el sistema de calidad de la entidad con las especificaciones definidas en los estándares de habilitación.

18. El documento que contenga la nota técnica de la entidad con las especificaciones definidas en los estándares de habilitación.

La Superintendencia Nacional de Salud definirá y solicitará los contenidos de la información de reporte periódico por parte de las administradoras de Régimen Subsidiado con las siguientes características:

Las entidades deberán reportar los cambios de la información presentada para la solicitud de la autorización así:

1. Cambios en la conformación de la Junta Directiva.
2. Cambios de las personas que se han asociado, miembros de Junta Directiva y de las que actúan como administradores y representante legal. Las modificaciones de personas en estos cargos deberán reportarse acompañadas de la declaración de no estar incurso en las inhabilidades definidas en los estándares.
3. Cambios en la estructura organizacional de la sede central, regionales, seccionales y/o sucursales si las hubiese.
4. Cambios en el mapa de procesos de la entidad y/o en los responsables de los procesos.
5. Cambios en los municipios donde opera. Por terminación del servicio o por nueva cobertura.
6. Cambios en la base de datos de municipios donde opera, de los prestadores contratados o retirados de la red, o del tipo de contratación.
7. Cambios en el sistema de información.
8. Cambios en los modelos de atención.
9. Cambios en los programas de Promoción y Prevención.
10. Cambios en el sistema de calidad.
11. Cambios en la nota técnica de la entidad.

La Superintendencia definirá los contenidos y la periodicidad de la información a reportar.

Mientras que la Resolución 1189 de 2004, "por la cual se modifica parcialmente el Manual de Estándares de la Resolución 581 de 2004", establece en su artículo 1° lo siguiente:

"Artículo 1°. Modificar el numeral 1.2 estructura de los estándares del Manual de Estándares adoptados mediante la Resolución 581 de 2004, el cual quedará así:

"1.2 Estructura de los estándares

Los estándares están organizados en dos grandes categorías:

Estándares de Operación, los cuales deberán ser cumplidos por las Administradoras del Régimen Subsidiado antes de su operación, y para que las entidades sean autorizadas.

Estándares de Permanencia, los cuales deberán ser cumplidos mientras dure la operación de las Administradoras del Régimen Subsidiado. Estos estándares tienen la misma organización de los de operación pero son formulados como estándares de proceso y serán evaluados durante la operación de las Administradoras del Régimen Subsidiado.

Su incumplimiento acarreará la revocatoria de la autorización sin perjuicio de las sanciones en materia administrativa, fiscal, civil y penal a que hubiere lugar.

Cada una de las categorías de estándares se organiza en dos tipos de condiciones: "

Mediante los Decretos 1804 de 1999, 515 de 2004, 506, 3010 y 3880 de 2005, las resoluciones 581 y 1189 de 2004, se definen y reglamentan las condiciones y procedimientos de habilitación, para la operación y permanencia de las EPS del Régimen Subsidiado. La habilitación se otorgará siempre y cuando las respectivas entidades demuestren las condiciones y operación exigidas y reporten a la Superintendencia Nacional de Salud, la información que establezca el Ministerio de la Protección Social, ya que la Superintendencia Nacional de Salud, será la entidad competente para habilitar a estas Entidades. La habilitación estará vigente, en tanto se mantengan las condiciones de permanencia exigidas.

Para efectos de la habilitación, las entidades deberán demostrar el cumplimiento de condiciones de capacidad técnico-administrativa, de capacidad financiera y de capacidad tecnológica y científica, con el propósito de garantizar la administración del riesgo en salud de sus afiliados y la organización de la prestación de los servicios salud.

Las condiciones para la habilitación serán:

a) Condiciones de operación: Que se constituyen como estándares de estructura dirigidos a habilitar la idoneidad de las entidades para la administración del riesgo en salud en cada una de las áreas geográficas donde va a operar.

b) Condiciones de permanencia: Las cuales se establecen como estándares de proceso y resultados, dirigidos a la evaluación del funcionamiento de las Entidades en el ejercicio de su objeto social en cada una de las áreas geográficas que le fueron habilitadas. El cumplimiento de estas condiciones se deberá demostrar y mantener en forma continua y posterior al cumplimiento con las condiciones de habilitación.

c) Condiciones de salida: Tales como la verificación de cualesquiera de las causales de revocatoria de la habilitación o la acreditación de las situaciones que determinan el retiro voluntario de las entidades.

Estas entidades, una vez habilitadas, serán evaluadas por la Superintendencia Nacional de Salud, teniendo en cuenta el mantenimiento de las condiciones de permanencia, los resultados de las encuestas de satisfacción del usuario, los resultados de los indicadores del estado de salud y calidad de la atención, y la verificación de la Superintendencia Nacional de Salud frente al manejo de quejas, reclamos y acciones de tutela.

Las prácticas no autorizadas, impiden los monopolios en el Sistema, la prohibición de alianzas que afecten calidad y la celebración de convenios o franquicias, en donde se trasladan responsabilidades y no se asuma por completo el aseguramiento y manejo del riesgo en salud de los afiliados al Sistema.

De conformidad con lo previsto en la Circular Única, esto es, la Circular 047 de 2007, Capítulo I del Título II Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), numeral 1.9. Sistema Único de Habilitación Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, las siguientes son las reglas para la obtención de la autorización de funcionamiento:

"El Decreto 515 de 2004 (modificado por el Decreto 506 de 2005), tiene por objeto definir las condiciones y procedimientos de habilitación y revocatoria de habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado (a partir de la Ley 1122 de 2007 denominadas Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado).

Para garantizar la administración del riesgo en salud de sus afiliados y la organización de la prestación de los servicios de salud, las entidades objeto del presente decreto, deberán dar cumplimiento a las siguientes condiciones:

De operación: Necesarias para determinar la idoneidad de las EPS-S para la administración del riesgo en salud en cada una de las áreas geográficas donde va a operar.

De permanencia: Necesarias para que el funcionamiento de las EPS-S, en desarrollo de su objeto social y respecto de cada una de las áreas geográficas que le fueron habilitadas, se ajuste a las condiciones de operación. El cumplimiento de las condiciones de permanencia se deberá demostrar y mantener durante todo el tiempo de operación.

Para su permanencia y operación en más de una de las regiones que establezca el CNSSS deberán acreditar como mínimo un número de 400.000 afiliados.

Para su permanencia y operación en una sola de las regiones que establezca el CNSSS deberán acreditar como mínimo un número de 150.000.

Para la operación del Régimen Subsidiado se debe acreditar y mantener como mínimo un patrimonio equivalente a 10.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes. Serán procedentes los aportes en especie, los cuales se podrán efectuar en la forma de inmuebles con destino a la sede, así como de los bienes necesarios para la organización administrativa y financiera de la entidad. Para efecto del cálculo del capital mínimo los bienes que

se aporten en especie solamente se computarán hasta por un valor que en ningún caso podrá superar al cincuenta por ciento (50%) del capital mínimo exigido, los cuales serán tomados por el valor en libros.

De conformidad con las disposiciones vigentes, el número mínimo de afiliados con los que podrán operar las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado Indígenas, será concertado entre el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y los Pueblos Indígenas teniendo en cuenta sus especiales condiciones de ubicación geográfica y número de habitantes indígenas en la región, pero en todo caso, por lo menos el 60% de los afiliados de la EPS-S indígena deberá pertenecer a Pueblos Indígenas tradicionalmente reconocidos.

1.9.1. Condiciones para la habilitación

Las condiciones de operación y de permanencia, incluyen la capacidad técnico-administrativa, financiera, tecnológica y científica.

1.9.1.1. Condiciones de capacidad técnico-administrativa

Conjunto de requisitos establecidos por el Ministerio de la Protección Social, relacionados con la organización administrativa y sistema de información de la respectiva entidad, así como los procesos para el cumplimiento de sus responsabilidades en mercadeo, información y educación al usuario, afiliación y registro en cada área geográfica.

1.9.1.2. Condiciones de capacidad financiera

Requisitos establecidos por el Ministerio de la Protección Social para acreditar la capacidad financiera necesaria para garantizar la operación y permanencia de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado.

1.9.1.3. Condiciones de capacidad tecnológica y científica

Son aquellas establecidas por el Ministerio de la Protección Social como indispensables para la administración del riesgo en salud, la organización de la red de prestadores de servicios y la prestación de los planes de beneficios en cada una de las áreas geográficas.

1.9.2. Condiciones de operación

1.9.2.1. Capacidad técnico-administrativa

Las condiciones de capacidad técnico-administrativa, deberán tener en cuenta, como mínimo, las siguientes:

1.9.2.1.1. La estructura organizacional en la cual se identifiquen con claridad las áreas que tienen bajo su responsabilidad, los procesos mediante los cuales se cumplen las funciones de afiliación, registro y carnetización, organización, contratación del aseguramiento y prestación de los servicios del plan de beneficios en condiciones de calidad, administración del riesgo y defensa de los derechos del usuario por cada área geográfica.

1.9.2.1.2. El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la afiliación y registro de los afiliados; la verificación de las condiciones socioeconómicas de sus afiliados; la promoción de la afiliación al Sistema, el suministro de información y educación a sus afiliados; la evaluación de la calidad del aseguramiento; la autorización y pago de servicios de salud a través de la red de prestadores; y, la atención de reclamaciones y sugerencias de los afiliados.

1.9.2.1.3. El diseño y plan operativo para la puesta en funcionamiento de un sistema de información que demuestre la confiabilidad y seguridad del registro, captura, transmisión, validación, consolidación, reporte y análisis de los datos como mínimo sobre los afiliados, incluidos procedimientos de verificación de multiafiliados; los recursos recibidos por concepto de la unidad de pago por capitación; la Red de Prestadores de Servicios de Salud; la prestación de servicios; la administración del riesgo en salud; el sistema de calidad; y, la información financiera y contable.

1.9.2.1.4. El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad de los procesos técnico-administrativos y de aseguramiento.

1.9.2.1.5. El sistema de comunicación y atención eficiente para que los usuarios conozcan el valor de los pagos moderadores y demás pagos compartidos.

1.9.2.1.6. La liquidación de los contratos de administración del Régimen Subsidiado. Incumplen las condiciones técnico-administrativas de operación las ARS que por causas imputables a ellas, no hayan liquidado los contratos de administración de Régimen Subsidiado.

1.9.2.2. Capacidad financiera

Las condiciones de capacidad financiera, deberán tener en cuenta, el capital o fondo social mínimo que de acuerdo con la naturaleza jurídica de la entidad, garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad según lo establecido en las disposiciones vigentes y lo que establezca el Ministerio de la Protección Social en proporción al número de afiliados, y la constitución de una cuenta independiente de sus rentas y bienes para la administración de los recursos del Régimen Subsidiado, según el caso.

En el Régimen Subsidiado el margen de solvencia debe entenderse como la liquidez que deben tener las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S), cualquiera que sea su forma legal, para responder en forma adecuada y oportuna por sus obligaciones con terceros, sean estos proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o los usuarios en los términos establecidos en el Decreto 882 de 1998.

1.9.2.3. Capacidad tecnológica y científica

Las condiciones en materia de capacidad tecnológica y científica, deberán tener en cuenta, como mínimo, las siguientes:

1.9.2.3.1. El diseño, documentación y aprobación de los Manuales de Procesos y Procedimientos para la Planeación y Prestación de los Servicios de Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación.

1.9.2.3.2. La conformación de la red de prestadores, con servicios habilitados directamente por el operador primario en la región, adecuada para operar en condiciones de calidad.

1.9.2.3.3. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de selección de prestadores, así como de los mecanismos y procedimientos de contratación y de pago a los mismos que procuren el equilibrio contractual, y garanticen la calidad y el acceso a los servicios.

1.9.2.3.4. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de referencia y contrarreferencia de pacientes.

1.9.2.3.5. El diseño, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad en la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios.

1.9.2.3.6. Los instrumentos, procesos y procedimientos para la evaluación y seguimiento de los indicadores y las variables que alimentan la Nota Técnica del plan de beneficios.

Se entiende prohibida toda clase de práctica que genere mecanismos de intermediación entre las EPS-S y los prestadores de servicios de salud, esto es, la contratación que realice una EPS-S con una institución o persona natural o jurídica para que esta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios o de subcontratarla, trasladándole los costos de administración, y reduciendo el pago que por salud debe reconocer a quienes conforman la Red de Prestadores de Servicios de Salud de la EPS-S, esto, es, al prestador primario habilitado. La práctica de estos mecanismos de intermediación impedirá la habilitación de la EPS-S.

1.9.3. Condiciones de permanencia

1.9.3.1. Condiciones de capacidad técnico-administrativa

Para su permanencia, en cada una de las áreas geográficas, respecto de las cuales estén habilitadas para operar, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, EPS-S, deberán demostrar, como mínimo, las siguientes condiciones técnico-administrativas:

1.9.3.1.1. La implementación, ejecución, cumplimiento y actualización permanente de las condiciones técnico-administrativas de operación.

1.9.3.1.2. La entrega en forma oportuna, veraz y consistente, de los reportes de información requerida por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

1.9.3.1.3. La implementación y funcionamiento de los procesos y procedimientos que garanticen el cumplimiento de las condiciones contractuales y los pagos acordados con los prestadores.

1.9.3.1.4. El cumplimiento del número mínimo de afiliados exigidos para la operación como entidades administradoras del Régimen Subsidiado, establecidos en el presente decreto.

1.9.3.1.5. La puesta en funcionamiento de los mecanismos que permitan la participación e intervención de la comunidad afiliada en la gestión de servicios de salud de las entidades de que trata el presente decreto y, la protección y defensa de los usuarios afiliados a la entidad.

1.9.3.2. Condiciones de capacidad financiera

Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, deberán demostrar las condiciones que dieron lugar a la habilitación para operar, mediante el cumplimiento, como mínimo, de las siguientes obligaciones:

1.9.3.2.1. Presentar dentro de los términos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud los estados financieros debidamente certificados y dictaminados por el Revisor Fiscal y de conformidad con el Plan Único de Cuentas definido.

1.9.3.2.2. Acreditar el monto de capital mínimo previsto en las disposiciones legales correspondientes a la naturaleza jurídica de cada entidad, con la periodicidad que para tal efecto establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

1.9.3.2.3. Acreditar y mantener en forma permanente, el patrimonio mínimo saneado que para el efecto se señale por las autoridades competentes.

1.9.3.2.4. Acreditar y mantener el margen de solvencia, conforme a las disposiciones vigentes.

1.9.3.2.5. Acreditar el cumplimiento de las disposiciones relativas a las reservas, provisiones y operaciones financieras y de inversiones, contempladas en las normas vigentes. La Superintendencia Nacional de Salud podrá establecer provisiones y reservas especiales cuando las condiciones de la entidad o del Sistema lo requieran.

1.9.3.3. Condiciones de capacidad tecnológica y científica

Las Entidades deberán demostrar para su permanencia en cada una de las áreas geográficas en las cuales están habilitadas para operar, como mínimo, las siguientes condiciones:

1.9.3.3.1. La implementación y mantenimiento de la capacidad tecnológica y científica, acreditada para efectos de su operación.

1.9.3.3.2. El cumplimiento de las metas de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública incluidas en el plan de beneficios.

1.9.3.3.3. La implementación y funcionamiento de los procesos y procedimientos para la administración del riesgo en salud de sus afiliados.

1.9.3.3.4. La operación y adecuación de la red de prestadores de servicios y del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, acorde con el perfil sociodemográfico y epidemiológico de los afiliados, que garantice la suficiencia, integralidad, continuidad, accesibilidad y oportunidad.

1.9.3.3.5. La implementación del sistema de garantía de calidad en la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios.

1.9.4. Procedimiento para la habilitación y verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación.

El artículo 10 del Decreto 515 de 2004, establece que la Superintendencia Nacional de Salud será la entidad competente para habilitar a las EPS-S. Así mismo la norma deter-

mina que además de los requisitos ya existentes las entidades que soliciten la autorización para operar como EPS-S deberán acreditar las condiciones de operación previstas en el decreto en mención.

Una vez habilitadas, las entidades presentarán ante la Superintendencia Nacional de Salud, la información que demuestre el cumplimiento de las condiciones de permanencia, dentro de los seis (6) meses siguientes al otorgamiento de la habilitación. Vencido dicho plazo, sin que se cumplan las condiciones de permanencia, la Superintendencia Nacional de Salud procederá a la revocatoria de la habilitación respectiva.

La Superintendencia Nacional de Salud, realizará como mínimo en forma anual el monitoreo de la entidad habilitada, para evaluar el cumplimiento de las condiciones de permanencia previstas en el presente decreto.

En caso de verificarse deficiencias o irregularidades en el cumplimiento de tales condiciones, la Superintendencia Nacional de Salud adoptará las medidas a que hubiere lugar, de acuerdo con las facultades establecidas en las disposiciones vigentes.

La Superintendencia Nacional de Salud autorizará la operación del Régimen Subsidiado a las entidades que además de lo anterior citado, reúnan los siguientes requisitos, según lo definido por el artículo 5° del Decreto 1804 de 1999, que a su tenor reza:

“1. Tener personería jurídica y estar organizadas como Entidades Promotoras de Salud o empresas solidarias de salud. Estas últimas deberán estar constituidas como cooperativas, asociaciones mutuales o asociaciones de cabildos o resguardos indígenas.

2. Tener una razón social que la identifique como EPS del Sistema General de Seguridad Social en Salud o ESS.

3. Tener como objeto garantizar y organizar la prestación de los servicios incluidos en el POS-S. En consecuencia deberá afiliarse y carnetizar a la población beneficiaria de subsidios en salud y administrar el riesgo en salud de esta población.

4. Disponer de una organización administrativa y financiera que le permita cumplir con sus funciones y responsabilidades, en especial, un soporte informático que permita operar en forma oportuna una base de datos actualizada de sus afiliados y sus características socioeconómicas y contar con un sistema de evaluación de la calidad de los servicios ofrecidos.

5. Acreditar y mantener como mínimo un patrimonio equivalente a 10.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes para la operación del Régimen Subsidiado. Serán procedentes los aportes en especie, los cuales se podrán efectuar en la forma de inmuebles con destino a la sede, así como de los bienes necesarios para la organización administrativa y financiera de la entidad. Para efecto del cálculo del capital mínimo a que se refiere el presente decreto, los bienes que se aporten en especie solamente se computarán hasta por un valor que en ningún caso podrá superar al cincuenta por ciento (50%) del capital mínimo exigido, los cuales serán tomados por el valor en libros.

Parágrafo 1°. Cuando la administradora del Régimen Subsidiado posea red prestadora deberá establecer una separación de cuentas entre el patrimonio destinado a la actividad de la entidad Administradora del Régimen Subsidiado y el patrimonio que tenga por objeto la prestación del servicio. Cuando la entidad opere en el Régimen Contributivo, deberá administrar los recursos del Régimen Subsidiado en cuentas independientes.

De conformidad con el Decreto 1804 de 1999, artículo 4°, son obligaciones de las entidades administradoras del Régimen Subsidiado hoy EPSS, las siguientes:

“1. Promover la afiliación de la población beneficiaria del Régimen Subsidiado, garantizando la libre elección por parte del beneficiario.

2. Afiliarse a la población beneficiaria de subsidios y entregar el carné correspondiente que lo acredita como afiliado, en los términos fijados por las normas vigentes.

3. Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, como aseguradoras y administradoras que son, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas.

4. Informar al beneficiario sobre aquellos aspectos relacionados con el contenido del POS-S, procedimientos para la inscripción, redes de servicios con que cuenta, deberes y derechos dentro del SGSSS, así como el valor de las cuotas moderadoras y copagos que debe pagar.

5. 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 de servicios y con profesionales de 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.

6. Asegurar los riesgos derivados de la atención de enfermedades de alto costo, calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social, de acuerdo con las condiciones señaladas en el presente decreto.

7. Suministrar oportunamente a las Direcciones de Salud la información relacionada con sus afiliados y verificar en el momento de la afiliación que estas personas se encuentran dentro de la población prioritaria para la asignación de subsidios, conforme los listados entregados por las entidades territoriales.

8. Establecer el sistema de administración financiera de los recursos provenientes del subsidio a la demanda.

9. Organizar estrategias destinadas a proteger la salud de sus beneficiarios que incluya las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación dentro de los parámetros de calidad y eficiencia.

10. Informar a la Superintendencia Nacional de Salud, al Ministerio de Salud, a las entidades territoriales y demás autoridades correspondientes las irregularidades que se presenten en la operación del Régimen Subsidiado, en especial aquellos aspectos relacionados con los procesos de identificación, afiliación, carnetización de los beneficiarios de subsidios y deficiencia en la red prestadora de servicios, independientemente de las acciones internas que adelante para establecer las responsabilidades personales o institucionales y para la adopción de los correctivos correspondientes.

11. Cumplir con las disposiciones legales y las contenidas en el presente decreto”.

2.2. AUTORIZACIÓN DE OPERACIÓN REGIONAL DE LAS EPSS

De otro lado, según lo establecido por el inciso 2° del artículo 3° del Acuerdo 294 del CNSSS, en el proceso de operación regional del Régimen Subsidiado, en cada región se buscará la presencia de los distintos tipos de EPSS según su naturaleza jurídica, esto es al menos:

I. Una EPS indígena.

II. Una EPS pública del orden nacional.

III. Una Empresa Solidaria de Salud.

IV. Una Caja de Compensación Familiar.

V. Una EPS privada, y

VI. Una EPS pública o mayoritariamente pública del orden departamental o municipal de la respectiva región.

De otro lado, a partir del 1° de octubre de 2005 el Régimen Subsidiado de salud opera de manera regional de conformidad con las reglas que se establecieron en su momento en el Acuerdo 294 del CNSSS. La operación regional significa que los municipios solo podrán contratar el Régimen Subsidiado con las EPSS que mediante la convocatoria cuyas bases se señalan en dicho acuerdo, hayan sido seleccionadas para operar en la respectiva región y que los beneficiarios del subsidio solo podrán escoger una EPSS entre aquellas seleccionadas en la región.

Para seleccionar las EPS del Régimen Subsidiado debía realizarse el procedimiento establecido en el Acuerdo 294 del CNSSS.

Las EPSS que pretendían contratar con cualquier municipio de la región debían inscribirse, conforme a las condiciones que se establecían en el Acuerdo en comento, siempre que cumplieran con todos los requisitos legales y reglamentarios para funcionar y para la firma del contrato cumplir con todos los requisitos que señalara el Gobierno Nacional y no estar impedidas para celebrar contratos con el Estado conforme lo señalado en su momento por el artículo 2° de la Ley 901 de 2004 y el Decreto 3361 de 2004.

Por lo que, si la EPSS resultaba seleccionada para una región y escogida por los usuarios en un municipio pero no era habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud por no cumplir con los requisitos para ello, no podía ser contratada y debería darse paso a la siguiente EPSS en el orden de la lista de elegibilidad para la región. En todo caso para sustituir las EPSS no habilitadas solo podrán tenerse en cuenta las siguientes tres EPSS que tengan los mejores puntajes de la lista.

El Régimen Subsidiado según el artículo 2° del Acuerdo 294 del CNSSS, operaría en cada una de las regiones definidas por el Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con criterios de población afiliada, geografía cultural y red de servicios.

Entre las EPSS inscritas con base en lo previsto en el Acuerdo 294 del CNSSS, en cada una de las regiones, se efectuaría la selección de las EPSS que dentro de cada región presentarían los mejores puntajes hasta completar los 15 cupos acorde con el procedimiento establecido en dicho acuerdo.

En cada región se buscaría la presencia de los distintos tipos de EPSS según su naturaleza jurídica, esto es al menos una EPS indígena, una EPS pública del orden nacional, una Empresa Solidaria de Salud, una Caja de Compensación Familiar, una EPS privada, y una EPS pública o mayoritariamente pública del orden departamental o municipal de la respectiva región.

El artículo 1° de la Resolución 1013 de 2005 del Ministerio de la Protección Social, define las regiones en las cuales las EPS del Régimen Subsidiado podrán ser seleccionadas para operar el Régimen subsidiado de salud, bajo las condiciones definidas por el Acuerdo 294 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El Régimen Subsidiado operará en cinco (5) regiones conformadas por los departamentos y sus respectivos municipios de la siguiente manera:

a) Región Norte: Departamentos de Córdoba, Sucre, Bolívar, Atlántico, Magdalena y La Guajira;

b) Región Noroccidental: Departamentos de Antioquia, San Andrés y Providencia, Chocó, Caldas, Risaralda, Quindío y Tolima;

c) Región Nororiental: Departamentos de Norte de Santander, Santander, Cesar, Boyacá, Arauca y Casanare;

d) Región Centroriental: Bogotá, D. C., y los departamentos de Huila, Cundinamarca, Meta, Guaviare, Guainía, Vaupés y Vichada;

e) Región Sur: Departamentos de Valle, Cauca, Nariño, Putumayo, Caquetá y Amazonas.

En los casos en que dos o más entidades obtengan el mismo puntaje para la definición de los últimos cupos, se priorizarían conforme a los siguientes criterios:

i) Entidades públicas o privadas;

ii) Empresas Solidarias de Salud en concordancia con el artículo 216 de la Ley 100 de 1993;

iii) La entidad que haya obtenido la mejor calificación en el criterio de percepción y satisfacción de los actores, y

iv) La entidad que haya obtenido la mejor calificación en el criterio de número de afiliados.

Ninguna EPSS podía ser autorizada para operar en más de tres de las cinco regiones establecidas, sin embargo, el CNSSS podía superar esta limitación y disponer que en una o varias regiones ingresara una EPSS adicional con el fin de garantizar la pluralidad en el tipo de entidades participantes en especial de las EPSS públicas o privadas sin ánimo de lucro, siempre y cuando la respectiva EPSS haya sido calificada dentro de los quince primeros puntajes.

Al momento de la inscripción, cada EPSS debería señalar las regiones a las que aspiraba y el orden de su preferencia, siendo potestad de cada una el presentarse en todas las regiones o solo en alguna o algunas de ellas. Las EPSS que aspiraban a participar en las diferentes regiones debían comprometerse previamente a ofertar sus servicios por lo menos en el 20% de los municipios que componían la región. De lo anterior se exceptuaron las EPS-I y las entidades que operaban en un solo departamento de la región en cuyo caso ofertarían en el 20% de los municipios del departamento, según lo dispuesto por el inciso 8° del artículo 3° del Acuerdo 294 del CNSSS.

Con la inscripción en la respectiva región se entendía efectuado el compromiso de ofertar sus servicios por los menos en el 20% de los municipios de la región. La oferta de servicios se realizaría con posterioridad al proceso de selección, mediante la inscripción que realizara la EPSS en cada municipio, con el fin de que los beneficiarios del Régimen Subsidiado pudieran seleccionarla, según parágrafo 1° del artículo 3° del Acuerdo 294 del CNSSS.

Conforme a lo establecido por el inciso 2° del artículo 6° del Acuerdo 294 del CNSSS, las EPSS se inscribirían en todos aquellos municipios en los que deseara participar sin que el número de estos en que se inscribiera fuera inferior al 20% del total de municipios de la región mediante comunicación dirigida al alcalde o director de salud con anterioridad al inicio del primer proceso de libre elección en el que fuera a participar.

Para la selección de las EPSS por región, se garantizaría que por lo menos una de las EPSS seleccionadas fuera nueva en la región para lo cual el CNSSS en su momento definiría el respectivo mecanismo y la nueva selección tendría en todo caso una vigencia de cuatro (4) años. (Parágrafo 2° del artículo 2° del Acuerdo 294 del CNSSS).

En el evento en que una EPSS clasificara en los 15 cupos en más de tres regiones, se seleccionaría solamente en aquellas tres regiones en que haya obtenido los mejores puestos en el orden de elegibilidad y en caso de que estos puestos coincidieran en las diferentes regiones se preferirá su participación en las regiones con mayor puntaje en el criterio de opción preferencial al momento de la inscripción.

De conformidad con el inciso 4° del artículo 6° del Acuerdo 294 del CNSSS, para que las EPSS pudieran permanecer después del proceso de libre elección en un determinado municipio o distrito debían contar con un número mínimo de 20.000 afiliados o el 5% del total de afiliados del municipio o distrito sin que en ningún caso ese 5% fuera menor a 500 personas, y en todo caso deberían garantizar la prestación tanto de los servicios asistenciales como administrativos. No aplicará este criterio de permanencia cuando el número de 500 personas represente más del 25% de los afiliados.

Los actuales afiliados a una entidad del Régimen Subsidiado continuarían afiliados a la misma entidad si no manifiestan intención contraria, siempre y cuando la entidad hubiere sido seleccionada para operar en la respectiva región o le fuera aplicable a solicitud de la EPSS la excepción por departamento de que trataba el inciso 5° del artículo 3° del Acuerdo en comento.

Para efectos de dar cumplimiento al artículo 6° del Acuerdo 294 del CNSSS las EPSS que se encontraban inscritas en un municipio no debían realizar nuevamente el proceso de inscripción y las EPSS que deseaban inscribirse en nuevos municipios podían hacerlo en cualquier tiempo presentando únicamente una comunicación en la cual manifestaran su intención de participar en la administración del Régimen Subsidiado en la respectiva entidad territorial sin sujeción a la presentación de ningún otro requisito.

La entidad territorial debía publicar la lista de EPSS inscritas previo al proceso de libre elección o asignación según el caso.

Como puede observarse, si ya la EPSS se encontraba autorizada antes, no requeriría de un nuevo proceso de inscripción, mientras que si se trata de una nueva EPSS, tan solo debía presentar una comunicación en la cual manifestara la intención de participar en la administración del Régimen Subsidiado de la entidad territorial sin necesidad de dar cumplimiento a ningún otro requisito. Si en este último caso, se llegare a exigir algo más, se establecería un presunto prevaricato por parte de la entidad territorial, y la nueva EPSS tendría que proceder a denunciar al municipio a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Procuraduría General de la Nación. La nueva EPSS, no tenía que esperar para actuar como tal en un municipio, un acto administrativo del municipio que así la autorizara, ya que esta EPSS, ya poseía dicha autorización, la cual le fue otorgada por el Ministerio de la Protección Social cuando le aprobó su ingreso a la región, esto es, la operación regional; por lo que, la EPSS nueva, tan sólo debería informar y podía empezar a trabajar, sin esperar nada del municipio, el cual no podía impedir a esta, ni su ingreso, ni su trabajo, ya que para ello le fue oportunamente comunicado por la EPSS la intención de ingresar y trabajar en el Régimen Subsidiado del municipio, habiendo sido seleccionada, para la región de la cual hace parte el municipio, por el Ministerio de la Protección Social.

Con la Resolución 3734 de 2005, se conforma la lista definitiva de las ARS hoy EPSS seleccionadas para la Operación Regional del Régimen Subsidiado.

La lista definitiva de ARS hoy EPSS seleccionadas y la lista definitiva de ARS hoy EPSS elegibles para la operación regional del Régimen Subsidiado, por cupo, en cada una de las regiones, conforme al artículo 1° de la Resolución en comento, es el siguiente:

REGIÓN NORTE

LISTA DE ARS SELECCIONADAS			
Código ARS	ARS	PUNTAJE	CUPO EN LA REGIÓN
ESS 207	Asociación Mutual SER Empresa Solidaria de Salud ESS	85,74	1
ESS 133	Coop. de Salud Comunitaria - COMPARTA	78,54	2
ESS 177	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar "DU-SAKAWI"	77,84	3
ESS 184	Aso. de Cabildos del Resguardo Indígena Zenú de San Andrés de Sotavento Córdoba -Sucre "MANEXKA"	75,35	
CCF 023	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA GUAJIRA COMFAMILIAR GUAJIRA	77,79	4
CCF 033	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SUCRE COMFASUCRE	77,79	
CCF 007	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CARTAGENA COMFAMILIAR CARTAGENA	75,7	
ESS 024	Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental de Cartagena Ltda. "COOSALUD E.S.S."	76,53	5
CCF 015	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CÓRDOBA COMFACOR	75,01	6
EPS 020	CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	71,23	7
ESS 076	Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó E.S.S.	70,57	8
EPS 033	SALUDVIDA S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	68,48	9
ESS 002	Empresa Mutual para el Desarrollo Integral de la Salud E.S.S., "EMDISALUD ESS"	63,7	10
EPSI 208	Entidad Promotora de Salud Indígena "ANAS WAYUU".	63,53	11
EPS 014	HUMANA VIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	60,98	12
CCF 055	CAJA DE DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJA-COPI ATLÁNTICO	57,86	13
EPS 026	SOLSALUD E.P.S. S.A.	55,04	14
EPS 031	SELVASALUD S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SELVASALUD S.A. E.P.S.	50,18	15

REGIÓN NOROCCIDENTAL

LISTA DE ARS SELECCIONADAS			
Código ARS	ARS	PUNTAJE	CUPO EN LA REGIÓN
EPS 003	CAFESALUD EPS	90,1	1
EPS 009	Caja de Compensación Familiar CONFENALCO ANTIOQUIA	82,75	2
EPS 020	CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	79,72	3
CCF 037	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CONFENALCO DEL TOLIMA COMFENALCO	78,26	
CCF 002	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ANTIOQUIA COMFAMA	77,65	
CCF 028	Caja de Compensación Familiar del Quindío COMFENALCO QUINDÍO	77,55	4
CCF 030	Caja de Compensación Familiar de la Cámara de Comercio de San Andrés y Providencia Islas – CAJASAI	74,93	
CCF 029	COMFAMILIAR RISARALDA	68,48	
ARSUT001	Caja de Compensación Familiar del Chocó COMFACHOCÓ	66,93	
ESS 076	Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó E.S.S.	75,27	5
ESS 164	Entidad Promotora de Salud "PIJAOSALUD EPSI".	75,17	
ESS 182	Asociación Indígena del Cauca "A.I.C."	66,59	6
ESS115	Entidad Promotora de Salud Mallamas EPSI	60,66	
ESS 024	Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental de Cartagena Ltda. "COOSALUD E.S.S."	72,93	7
CCF 001	COMFAMILIAR CAMACOL	71,3	8
ESS 002	Empresa Mutual para el Desarrollo Integral de la Salud E.S.S., "EMDISALUD ESS"	70,13	9
ESS 091	Entidad Cooperativa Sol. de Salud del Norte de Soacha "ECOOPSOS"	69,47	10
ESS 062	Asociación Mutual La Esperanza "ASMET SALUD" (ESS)	68,4	11
EPS 030	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD CÓNDROR S.A. E.P.S. CÓNDROR S.A.	60,59	12
EPS 033	SALUDVIDA S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	59,47	13
EPS 031	SELVASALUD S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SELVASALUD S.A. E.P.S.	56,24	14
EPS 028	CALISALUD EPS	43,1	15

REGIÓN NORORIENTAL

LISTA DE ARS SELECCIONADAS			
Código ARS	ARS	PUNTAJE	CUPO EN LA REGIÓN
CCF 031	Caja de Compensación Familiar CAJASAN	87,59	1
CCF 045	Caja de Compensación Familiar de Norte de Santander COMFANORTE	87,59	
CCF 009	CAJADECOMPENSACIÓNFAMILIARDEBOYACÁ COMFABOY	81,59	
CCF 049	Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano COMFAORIENTE	85,59	2
EPS 026	SOLSALUD E.P.S. S.A.	82,64	3
EPS 025	CAPRESOCA E.P.S.	77,35	4
ESS 133	Coop. De Salud Comunitaria -COMPARTA	75,94	5
ESS 177	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar "DU-SAKAWI"	73,32	6
ESS 091	Entidad Cooperativa Sol. de Salud del Norte de Soacha "ECOOPSOS"	71,63	7
ESS 062	Asociación Mutual La Esperanza "ASMET SALUD" (ESS)	70,31	8
CCF 032	Caja de Compensación Familiar CONFENALCO SANTANDER	69,79	9
EPS 003	CAFESALUD EPS	69,03	10
ESS 024	Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental de Cartagena Ltda. "COOSALUD E.S.S."	68,12	11
ESS 002	Empresa Mutual para el Desarrollo Integral de la Salud E.S.S., "EMDISALUD ESS"	67,3	12
CCF 035	CAJADECOMPENSACIÓNFAMILIARDEBARRANCABERMEJA CAFABA	66,88	13
EPS 033	SALUDVIDA S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	57,65	14
CCF 055	CAJA DE DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJA-COPI ATLÁNTICO	49,19	15
EPS 020	CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	61,69	ADICIONAL
LISTA DE ARS ELEGIBLES			
ESS 118	Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud de Nariño E.S.S. "EMSSANAR E.S.S."	46,72	16

REGIÓN CENTROORIENTAL

LISTA DE ARS SELECCIONADAS			
Código ARS	ARS	PUNTAJE	CUPO EN LA REGIÓN
EPS 022	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD CONVIDA -E.P.S. CONVIDA	90,42	1
EPS 002	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	85,86	2
EPS 014	HUMANA VIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	83,77	3
CCF 018	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM	81,36	4
CCF 024	Caja de Compensación Familiar del Huila COMFAHUILA	80,26	
EPS 020	CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	77,14	5
CCF 053	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CUNDINAMARCA - COMFACUNDI	76,26	6
ESS 091	Entidad Cooperativa Sol. de Salud del Norte de Soacha "ECOOPSOS"	76,04	7
EPS 026	SOLSALUD E.P.S. S.A.	73,23	8
CCF 054	CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO (CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO COMFENALCO -CUNDINAMARCA - Resolución 1420 de 2005)	69,45	9
ESS 207	Asociación Mutual SER Empresa Solidaria de Salud ESS	68,89	10
ESS 133	Coop. De Salud Comunitaria -COMPARTA	68,48	11
ESS 182	Asociación Indígena del Cauca "A.I.C."	57,95	12
ESS115	Entidad Promotora de Salud Mallamas EPSI	52,33	
ESS 164	Entidad Promotora de Salud "PIJAOSALUD EPSI"	45,1	
EPS 030	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD CÓNDOR S.A. E.P.S. CÓNDOR S.A.	57,15	13
CCF 055	CAJA DE DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJA-COPI ATLÁNTICO	55,76	14
ESS 118	Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud de Nariño E.S.S. "EMSSANAR E.S.S."	41,72	15

REGIÓN SUR

LISTA DE ARS SELECCIONADAS			
Código ARS	ARS	PUNTAJE	CUPO EN LA REGIÓN
ESS 118	Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud de Nariño E.S.S. "EMSSANAR E.S.S."	91,72	1
CCF 027	Caja de Compensación Familiar de Nariño COMFANARIÑO	79,2	2
CCF 040	CAJADECOMPENSACIÓNFAMILIARDECARTAGO "COMFACARTAGO"	72,3	
CCF 012	Caja de Compensación Familiar del Caquetá COMFACA	69,2	
ESS 182	Asociación Indígena del Cauca "A.I.C."	76,56	3
ESS 062	Asociación Mutual La Esperanza "ASMET SALUD" (ESS)	74,76	4
EPS 028	CALISALUD EPS	72,1	5
ESS115	Entidad Promotora de Salud Mallamas EPSI	71,51	6
EPS 030	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD CÓNDOR S.A. E.P.S. CÓNDOR S.A.	67,91	7
EPS 031	SELVASALUD S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SELVASALUD S.A. E.P.S.	67,38	8
EPS 003	CAFESALUD EPS	67,13	9
EPS 014	HUMANA VIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	56,24	10
ESS 076	Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó E.S.S.	51,17	11
ESS 164	Entidad Promotora de Salud "PIJAOSALUD EPSI"	38,85	12
ESS 177	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar "DU-SAKAWI"	37,1	13
EPS 020	CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	59,31	ADICIONAL

La selección prevista en el Acuerdo 294 del CNSSS de julio 11 de 2005, tendría una vigencia a partir del 1° de octubre de 2005 hasta el 31 de marzo de 2008.

A pesar de que en las bases del Plan de Desarrollo de la Ley 812 de 2004 se estableció que el otorgamiento de zonas de operación regional debía realizarse para un período de cuatro años, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, consideró conveniente que el primer período correspondiera a los 2 años y medio que restaban para el cumplimiento del Plan de Desarrollo con el fin de que durante ese período se probará el mecanismo, razón por la cual, el párrafo 2° del artículo 3° del Acuerdo 294 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud dispuso que la selección de EPS-S en él prevista, tenía vigencia hasta el treinta y uno (31) de marzo de 2008.

No obstante, para determinar el desempeño integral de la Operación Regional del Régimen Subsidiado en Salud y definir los criterios de un nuevo concurso, se requería terminar la evaluación de la operación realizada, análisis que desarrolla el Ministerio de la Protección Social, razón por la cual, se hizo necesario ampliar el plazo concedido en el párrafo 2° del artículo 3° del Acuerdo 294 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Por lo que el CNSSS, amplió el plazo concedido mediante el párrafo 2° del artículo 3° del Acuerdo 294, hasta el 31 de marzo de 2009, mediante el artículo 1° del Acuerdo 387 del CNSSS del 3 de abril de 2008, y estableció que el Ministerio de la Protección Social, informaría al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud sobre los resultados de la evaluación integral de la operación del Régimen Subsidiado y del cumplimiento de los objetivos de la operación regional del mismo, con el fin de adoptar las medidas necesarias para lograr la operación eficiente del aseguramiento y la adecuada prestación de los servicios a los afiliados.

Ahora bien, el CNSSS a través del Acuerdo 409 del 2 de abril de 2009, en su artículo 1°, decidió ampliar el plazo anterior, hasta el 31 de marzo de 2010, esto es, el plazo establecido en el párrafo 2° del artículo 3° del Acuerdo 294 modificado por el Acuerdo 387 de 2008, y definió que el Ministerio de la Protección Social presentaría al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud los nuevos criterios de selección de las EPS-S para cada región del Régimen Subsidiado en el marco de los mecanismos señalados en el artículo 2° de la Ley 1122 de 2007.

2.3. INSCRIPCIÓN DE LAS EPSS EN LOS MUNICIPIOS Y DISTRITOS EN LOS CUALES PRETENDA OPERAR

Conforme al artículo 81 del Acuerdo 415 del Consejo Nacional de Seguridad social en Salud, las EPS-S que ingresan al mercado municipal, distrital deberán inscribirse, conforme a las siguientes condiciones, siempre que cumplan con todos los requisitos legales y reglamentarios para funcionar y no estén impedidas para celebrar contratos con el Estado conforme lo señalado por el artículo 2° de la Ley 901 de 2004 y el Decreto 3361 de 2004:

1. **La EPS-S que pretenda inscribirse en cualquier municipio deberá estar debidamente habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud, autorizada para la operación regional conforme a las condiciones fijadas en el Acuerdo 415 del CNSSS y Resolución por parte del municipio donde pretenda operar.**

2. La EPS-S se podrá inscribir en cualquier tiempo presentando únicamente una comunicación dirigida al alcalde o al director de salud con anterioridad al inicio de la vigencia contractual en el que vaya a afiliarse, en la cual manifiesta su intención de participar en la administración del Régimen Subsidiado de Salud en la respectiva Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado, sin sujeción a la presentación de ningún otro requisito.

3. Las EPS-S que se encuentren inscritas en un municipio no deberán realizar nuevamente el proceso de inscripción siempre y cuando cumpla con las condiciones del primer inciso de este numeral.

4. La entidad territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado formalizará la inscripción mediante comunicación, la cual deberá darse dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la radicación de la solicitud.

2.4. HABILITACIÓN DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD HUMANA VIVIR S.A. EPS COMO ADMINISTRADORA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO ARS Y COMO ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EPSS

2.4.1. La Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución número 0231 del 6 de febrero de 2006, habilitó, sujeto a la adopción y cumplimiento de un plan de desempeño o de mejoramiento o de actividades de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 3880 de 2005 y, en consecuencia, conformar condicionalmente la autorización para administrar y operar en el Régimen Subsidiado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud a la entidad HUMANAVIVIR S.A. EPS, con NIT 830.006.404-0, con el objeto de garantizar la prestación del Plan Obligatorio en Salud Subsidiado en los términos de lo dispuesto en el Decreto 515 de 2004, modificado por los Decretos 506, 3010 y 3880 de 2005 y la Resolución 581 de 2004 expedida por el Ministerio de la Protección Social con la siguiente cobertura geográfica y capacidad de afiliación:

DEPARTAMENTO	NÚMERO DE AFILIADOS
ATLÁNTICO	50.000
BOLÍVAR	228.000
LA GUAJIRA	91.000
MAGDALENA	32.200
TOLIMA	36.000
CASANARE	103.300
BOGOTÁ	979.960
CUNDINAMARCA	20.600
GUAVIARE	20.000
HUILA	58.000
CAQUETÁ	30.000
CAUCA	40.500
TOTAL	1.689.560

2.4.2. Con Resolución número 01693 del 10 de octubre de 2007, esta Superintendencia revocó la Resolución número 0231 del 6 de febrero de 2006, y ordenó la toma de posesión y la intervención forzosa administrativa para liquidar a HUMANAVIVIR S.A. EPS.

2.4.3. El día 30 de noviembre de 2007 la Superintendencia Nacional de Salud profirió la Resolución número 01918, por medio de la cual revocó la Resolución número 01693 del 10 de octubre de 2007, ordenando a la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, "el traslado a la HUMANAVIVIR S.A. EPS, en cuanto administra recursos del Régimen Subsidiado, de los documentos e informes que fundamentaron la decisión recurrida, y así garantizar el derecho de contradicción y defensa, en los términos del artículo 5° del Decreto 506 de 2005".

2.4.4. Ahora bien, la Superintendencia Nacional de Salud con la Resolución número 0315 del 17 de marzo de 2008, condicionó la habilitación para la operación del Régimen Subsidiado a HUMANAVIVIR S.A. EPS, al cumplimiento del patrimonio mínimo requerido y a un "plan de actividades por un término máximo de seis (6) meses, en este último caso por incumplir el estándar 1, "Planeación de la atención" y el estándar 4, "Conformación de la Red de Prestadores y el Sistema de Referencia y Contrarreferencia" del Plan de Mejoramiento" (...)

2.4.5. Por otra parte, esta Superintendencia, mediante la Resolución número 1370 del 22 de diciembre de 2008, repuso la Resolución número 0315 del 17 de marzo de 2008, disponiendo habilitar la EPS - S de autos, sin condicionamiento.

2.5. AUTORIZACIÓN DE LA OPERACIÓN REGIONAL DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD HUMANA VIVIR S.A. EPS ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EPSS

Con la Resolución número 3734 de 2005 del Ministerio de la Protección Social autoriza la operación regional en la región norte, centro oriental y sur a la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO HUMANA VIVIR S.A. EPS, así:

REGIÓN NORTE

LISTA DE ARS SELECCIONADAS			
Código ARS	ARS	PUNTAJE	CUPO EN LA REGIÓN
ESS 207	Asociación Mutual SER Empresa Solidaria de Salud ESS	85,74	1
ESS 133	Coop. De Salud Comunitaria -COMPARTA	78,54	2
ESS 177	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar "DUSAKAWI"	77,84	3
ESS 184	Aso. de Cabildos del Resguardo Indígena Zenú de San Andrés de Sotavento Córdoba -Sucre "MANEXKA"	75,35	
CCF 023	CAJADE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA GUAJIRA COMFAMILIAR GUAJIRA	77,79	4
CCF 033	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SUCRE COMFASUCRE	77,79	
CCF 007	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CARTAGENA COMFAMILIAR CARTAGENA	75,7	
ESS 024	Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental de Cartagena Ltda. "COOSALUD E.S.S."	76,53	5
CCF 015	CAJADE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CÓRDOBA COMFACOR	75,01	6
EPS 020	CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	71,23	7

LISTA DE ARS SELECCIONADAS

Código ARS	ARS	PUNTAJE	CUPO EN LA REGIÓN
ESS 076	Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó E.S.S.	70,57	8
EPS 033	SALUDVIDA S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	68,48	9
ESS 002	Empresa Mutual para el Desarrollo Integral DE LA SALUD E.S.S., "EMDISALUD ESS"	63,7	10
EPSI 208	Entidad Promotora de Salud Indígena "ANAS WAYUU".	63,53	11
EPS 014	HUMANA VIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	60,98	12
CCF 055	CAJA DE DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJA-COPI ATLÁNTICO	57,86	13
EPS 026	SOLSALUD E.P.S. S.A.	55,04	14
EPS 031	SELVASALUD S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SELVASALUD S.A. E.P.S.	50,18	15

REGIÓN CENTRO ORIENTAL

LISTA DE ARS SELECCIONADAS

Código ARS	ARS	PUNTAJE	CUPO EN LA REGIÓN
EPS 022	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD CONVIDA -E.P.S. CONVIDA	90,42	1
EPS 002	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	85,86	2
EPS 014	HUMANA VIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	83,77	3
CCF 018	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM	81,36	4
CCF 024	Caja de Compensación Familiar del Huila COMFAHUILA	80,26	
EPS 020	CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	77,14	5
CCF 053	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CUNDINAMARCA - COMFACUNDI	76,26	6
ESS 091	Entidad Cooperativa Sol. de Salud del Norte de Soacha "ECOOPSOS"	76,04	7
EPS 026	SOLSALUD E.P.S. S.A.	73,23	8
CCF 054	CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO (CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO COMFENALCO -CUNDINAMARCA - Resolución 1420 de 2005)	69,45	9
ESS 207	Asociación Mutual SER Empresa Solidaria de Salud ESS	68,89	10
ESS 133	Coop. De Salud Comunitaria -COMPARTA	68,48	11
ESS 182	Asociación Indígena del Cauca "A.I.C."	57,95	
ESS115	Entidad Promotora de Salud Mallamas EPSI	52,33	12
ESS 164	Entidad Promotora de Salud "PIJAOSALUD EPSI".	45,1	
EPS 030	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD CONDOR S.A. E.P.S. CONDOR S.A.	57,15	13
CCF 055	CAJA DE DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJA-COPI ATLÁNTICO	55,76	14
ESS 118	Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud de Nariño E.S.S. "EMSSANAR E.S.S."	41,72	15

REGIÓN SUR

LISTA DE ARS SELECCIONADAS

Código ARS	ARS	PUNTAJE	CUPO EN LA REGIÓN
ESS 118	Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud de Nariño E.S.S. "EMSSANAR E.S.S."	91,72	1
CCF 027	Caja de Compensación Familiar de Nariño COMFANARIÑO	79,2	
CCF 040	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CARTAGO "COMFACARTAGO"	72,3	2
CCF 012	Caja de Compensación Familiar del Caquetá COMFACA	69,2	
ESS 182	Asociación Indígena del Cauca "A.I.C."	76,56	3
ESS 062	Asociación Mutual La Esperanza "ASMET SALUD" (ESS)	74,76	4
EPS 028	CALISALUD EPS	72,1	5
ESS115	Entidad Promotora de Salud Mallamas EPSI	71,51	6
EPS 030	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD CONDOR S.A. E.P.S. CONDOR S.A.	67,91	7
EPS 031	SELVASALUD S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SELVASALUD S.A. E.P.S.	67,38	8
EPS 003	CAFESALUD EPS	67,13	9
EPS 014	HUMANA VIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	56,24	10
ESS 076	Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó E.S.S.	51,17	11
ESS 164	Entidad Promotora de Salud "PIJAOSALUD EPSI".	38,85	12
ESS 177	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar "DUSAKAWI"	37,1	13
EPS 020	CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	59,31	ADICIONAL

Que conforme a la Resolución 1013 de 2005 del Ministerio de la Protección Social, las regiones en las cuales se encuentra autorizada la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado HUMANA VIVIR S.A. EPS está conformada por los siguientes departamentos y sus respectivos municipios:

- i) La Región Norte, por los departamentos de Córdoba, Sucre, Bolívar, Atlántico, Magdalena y La Guajira;
- ii) La Región Centro oriental por Bogotá, D. C., y los departamentos de Huila, Cundinamarca, Meta, Guaviare, Guainía, Vaupés y Vichada;
- iii) La Región Sur por los departamentos de Valle, Cauca, Nariño, Putumayo, Caquetá y Amazonas.

3. TRÁMITE ADMINISTRATIVO SURTIDO

3.1. La doctora Luz Stela Guerrero Higuera, Directora Nacional del Régimen Subsidiado de HUMANA VIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO de "HUMANA S.A. EPS-S", mediante oficio radicado con NURC 1-2011-025550 de fecha 6 de abril de 2011, le informó al Superintendente Delegado para la Atención en Salud, lo siguiente:

(...)"Que con fundamento en el artículo primero del Decreto 1357 de 2008, que conforme a la Resolución número 3774 de 2005, expedida por el Ministerio de la Protección Social HUMANAVIVIR S.A. EPS-S está autorizada para operar en la Región Centro - Oriental, en la cual se ubica el Departamento del Vichá -sic- y en el que se reúnen los requisitos previstos en el artículo 81 del Acuerdo 415 de 2009, expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, esta EPS-S ingresó al municipio de Cumaribo - Vichada para participar en la administración de los recursos del Régimen Subsidiado a partir de la nueva vigencia que inició el primero de abril de 2011. Para este efecto adelantó los trámites administrativos ante la Alcaldía de Cumaribo.

Oportunamente haremos llegar a su Despacho la información pertinente que señala el inciso tercero del artículo primero del Decreto 1357 de 2008".

3.2. La Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, por medio del oficio signado con NURC 2-2011-026480 de fecha 5 de mayo de 2011, comunicó a la doctora Luz Stella Guerrero Higuera, Directora Nacional del Régimen Subsidiado de HUMANA S.A. EPS-S, que se encuentra verificando que efectivamente la EPS-S esté al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios en cada uno de los departamentos en que opera, cumpla las normas sobre margen de solvencia y cuente con la red con la cual garantizará el acceso a los servicios de salud de la nueva población, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 1357 de 2008 y que en caso de no cumplirse con todos y cada uno de los requisitos referidos, HUMANAVIVIR S.A. EPS-S tendrá que devolver los afiliados que se trasladaron a la misma, situación que además no será óbice para el adelantamiento de las investigaciones administrativas y la imposición de sanciones a que haya lugar.

3.3. De igual forma, la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud mediante oficio radicado con NURC 2-2011-026476 de fecha 5 de mayo de 2011, requirió al doctor Aldemar Gómez González Alcalde Municipal de Cumaribo - Vichada, en los siguientes términos:

"La Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, le recuerda que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 81 del Acuerdo 415 de 2009, "las EPS-S que ingresan al mercado municipal, distrital deberán inscribirse, conforme a las siguientes condiciones, siempre que cumplan con todos los requisitos legales y reglamentarios para funcionar y no estar impedidas para celebrar contratos con el Estado conforme lo señalado por el artículo 2° de la Ley 901 de 2004 y el Decreto 3361 de 2004:

1. **La EPS-S que pretenda inscribirse en cualquier municipio deberá estar debidamente habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud y autorizada para la operación regional conforme a las condiciones fijadas en el presente Acuerdo.** (Subrayado y negrilla fuera de texto).

2. La EPS-S se podrá inscribir en cualquier tiempo presentando únicamente una comunicación dirigida al alcalde o al director de salud con anterioridad al inicio de la vigencia contractual en la que vaya a afiliarse, en la cual manifiesta su intención de participar en la administración del Régimen Subsidiado de Salud en la respectiva Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado, sin sujeción a la presentación de ningún otro requisito.

3. Las EPS-S que se encuentren inscritas en un municipio no deberán realizar nuevamente el proceso de inscripción siempre y cuando cumpla con las condiciones del primer inciso de este numeral.

4. La entidad territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado formalizará la inscripción mediante comunicación, la cual deberá darse dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la radicación de la solicitud".

Ahora bien, teniendo en cuenta que la Superintendencia Nacional de Salud tuvo conocimiento que HUMANA VIVIR EPS S.A. pretende administrar y operar los recursos del Régimen Subsidiado en Salud en el municipio de Cumaribo, este Despacho se ve en la obligación de aclarar, que al no encontrarse la EPS-S en mención, habilitada por parte de esta Entidad en el departamento del Vichada, la misma para poder ingresar a municipios de dicho departamento, debe cumplir con lo dispuesto en el Decreto 1357 de 2008, el cual a la letra establece que:

(...)

Artículo 1°. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, que de conformidad con las normas vigentes, se encuentren al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios, se entenderán autorizadas sin necesidad de requisito previo o trámite especial, para aumentar su capacidad de afiliación en los municipios de la región para la cual fueron seleccionadas, siempre que mantengan esta condición en su relación de pagos.

Igualmente podrán operar sin necesidad de requisito previo o trámite especial en nuevos municipios, siempre que estos se encuentren ubicados en la región o departamento en los cuales hubieren sido aceptadas en el proceso de regionalización del Régimen Subsidiado establecido en los Acuerdos 294 y 298 de 2005 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS, y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan y con la condición de que estén al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios.

No obstante las EPS-S deberán informar de tal hecho a la Superintendencia Nacional de Salud dentro de los treinta (30) días siguientes al aumento de su capacidad de afiliación y/o ingreso al nuevo municipio, así como la red con la cual garantizarán el acceso a los servicios de salud de la nueva población.

Parágrafo. Las EPS-S que incumplan las normas sobre margen de solvencia, no pueden realizar nuevas afiliaciones, debiendo proceder a la correcta y efectiva aplicación de la restricción de la afiliación, dentro de los quince (15) días siguientes a la verificación de la conducta, sin perjuicio de las medidas que deba adoptar la Superintendencia Nacional de Salud y demás sanciones a que hubiere lugar. (Subrayado y negrilla fuera de texto).

(...)

Así las cosas, este Despacho ADVIERTE a la Alcaldía de Cumaribo - Vichada, QUE EN CASO de verificarse que HUMANA VIVIR EPS S.A. no se encuentre al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios en cada uno de los departamentos en que opera, y/o no cumpla las normas sobre margen de solvencia, y/o no cuente con la red con la cual garantizará el acceso a los servicios de salud de la nueva población, dicha EPS-S **tendrá que devolver los afiliados que se trasladaron a la misma.** Situación que además no será óbice para que esta Superintendencia adelante las investigaciones administrativas e imponga las sanciones a que haya lugar".

3.4. Por otra parte, la Superintendencia Delegada de conocimiento por medio de memorando identificado con NURC 3-2011-00833, de fecha 9 de mayo de 2011, solicitó a la Dirección General de Calidad y de Prestación de Servicios de Salud de esta Superintendencia, concepto respecto de la suficiencia de la red con la cual la EPS-S de autos garantizaría el acceso de los servicios de salud en el municipio de Cumaribo.

3.5. Así mismo, la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, con memorando radicado con NURC 3-2011-00833, de fecha 9 de mayo de 2011, requirió a la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud, certificar el cumplimiento del margen de solvencia de la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO HUMANA VIVIR S.A. EPS y si esta se encuentra al día con sus proveedores y prestadores de servicios.

3.6. La Oficina Asesora Jurídica de esta Superintendencia, por medio del oficio radicado con NURC 2-2011-028088 de fecha 11 de mayo de 2011 rindió concepto sobre la operación de HUMANAVIVIR S.A. EPS-S en el municipio de Cumaribo - Vichada, de cuyo contenido se trae a colación lo siguiente:

"A partir del 1° de octubre de 2005 el Régimen Subsidiado de salud opera de manera regional de conformidad con las reglas que se establecieron en su momento en el Acuerdo 294 del CNSSS. La operación regional significa que los municipios solo podrán contratar el Régimen Subsidiado con las EPSS que mediante la convocatoria cuyas bases se señalan en dicho acuerdo, hayan sido seleccionadas para operar en la respectiva región y que los beneficiarios del subsidio solo podrán escoger una EPSS entre aquellas seleccionadas en la región.

Para seleccionar las EPS del Régimen Subsidiado debía realizarse el procedimiento establecido en el Acuerdo 294 del CNSSS.

Las EPSS que pretendían contratar con cualquier municipio de la región debían inscribirse, conforme a las condiciones que se establecían en el Acuerdo en comento, siempre que cumplieran con todos los requisitos legales y reglamentarios para funcionar y para la firma del contrato cumplir con todos los requisitos que señalara el Gobierno Nacional y no estar impedidas para celebrar contratos con el Estado conforme lo señalado en su momento por el artículo 2° de la Ley 901 de 2004 y el Decreto 3361 de 2004.

Por lo que, si la EPSS resultaba seleccionada para una región y escogida por los usuarios en un municipio, pero no era habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud por no cumplir con los requisitos para ello, no podía ser contratada y debería darse paso a la siguiente EPSS en el orden de la lista de elegibilidad para la región. En todo caso para sustituir las EPSS no habilitadas solo podrán tenerse en cuenta las siguientes tres EPSS que tengan los mejores puntajes de la lista.

El Régimen Subsidiado según artículo 2° del Acuerdo 294 del CNSSS, operaría en cada una de las regiones definidas por el Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con criterios de población afiliada, geografía cultural y red de servicios.

Entre las EPSS inscritas con base en lo previsto en el Acuerdo 294 del CNSSS, en cada una de las regiones, se efectuaría la selección de las EPSS que dentro de cada región presentarían los mejores puntajes hasta completar los 15 cupos acorde con el procedimiento establecido en dicho acuerdo.

En cada región se buscaría la presencia de los distintos tipos de EPSS según su naturaleza jurídica, esto es al menos una EPS indígena, una EPS pública del orden nacional, una Empresa Solidaria de Salud, una Caja de Compensación Familiar, una EPS privada, y una EPS pública o mayoritariamente pública del orden departamental o municipal de la respectiva región.

El artículo 1° de la Resolución 1013 de 2005 del Ministerio de la Protección Social, define las regiones en las cuales las EPS del Régimen Subsidiado podrán ser seleccionadas para operar el Régimen subsidiado de salud, bajo las condiciones definidas por el Acuerdo 294 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El Régimen Subsidiado operará en cinco (5) regiones conformadas por los departamentos y sus respectivos municipios de la siguiente manera:

a) Región Norte: Departamentos de Córdoba, Sucre, Bolívar, Atlántico, Magdalena y La Guajira;

b) Región Noroccidental: Departamentos de Antioquia, San Andrés y Providencia, Chocó, Caldas, Risaralda, Quindío y Tolima;

c) Región Nororiental: Departamentos de Norte de Santander, Santander, Cesar, Boyacá, Arauca y Casanare;

d) Región Centro Oriental: Bogotá, D. C., y los departamentos de Huila, Cundinamarca, Meta, Guaviare, Guainía, Vaupés y Vichada;

e) Región Sur: Departamentos de Valle, Cauca, Nariño, Putumayo, Caquetá y Amazonas.

En los casos en que dos o más entidades obtengan el mismo puntaje para la definición de los últimos cupos, se priorizarán conforme a los siguientes criterios:

i) Entidades públicas o privadas;

ii) Empresas Solidarias de Salud en concordancia con el artículo 216 de la Ley 100 de 1993;

iii) La entidad que haya obtenido la mejor calificación en el criterio de percepción y satisfacción de los actores, y

iv) La entidad que haya obtenido la mejor calificación en el criterio de número de afiliados.

Ninguna EPSS podía ser autorizada para operar en más de tres de las cinco regiones establecidas, pero el CNSSS podía superar esta limitación y disponer que en una o varias regiones ingresara una EPSS adicional con el fin de garantizar la pluralidad en el tipo de entidades participantes en especial de las EPSS públicas o privadas sin ánimo de lucro, siempre y cuando la respectiva EPSS haya sido calificada dentro de los quince primeros puntajes.

Al momento de la inscripción cada EPSS debería señalar las regiones a las que aspiraba y el orden de su preferencia, siendo potestad de cada una el presentarse en todas las regiones o solo en alguna o algunas de ellas. Las EPSS que aspiraban a participar en las diferentes regiones debían comprometerse previamente a ofertar sus servicios por lo menos en el 20% de los municipios que componían la región. De lo anterior se exceptuaron las EPS-I y las entidades que operaban en un solo departamento de la región en cuyo caso ofertarían en el 20% de los municipios del departamento, según lo dispuesto por el inciso 8° del artículo 3° del Acuerdo 294 del CNSSS.

Con la inscripción en la respectiva región se entendía efectuado el compromiso de ofertar sus servicios por los menos en el 20% de los municipios de la región. La oferta de servicios se realizaría con posterioridad al proceso de selección, mediante la inscripción que realizara la EPSS en cada municipio, con el fin de que los beneficiarios del Régimen Subsidiado pudieran seleccionarla, según parágrafo 1° del artículo 3° del Acuerdo 294 del CNSSS.

Conforme a lo establecido por el inciso 2° del artículo 6° del Acuerdo 294 del CNSSS, las EPSS se inscribirían en todos aquellos municipios en los que deseara participar sin que el número de estos en que se inscribiera fuera inferior al 20% del total de municipios de la región mediante comunicación dirigida al alcalde o director de salud con anterioridad al inicio del primer proceso de libre elección en el que fuera a participar.

Para la selección de las EPSS por región, se garantizaría que por lo menos una de las EPSS seleccionadas fuera nueva en la región para lo cual el CNSSS en su momento definiría el respectivo mecanismo y la nueva selección tendría en todo caso una vigencia de cuatro (4) años. (Parágrafo 2°, del artículo 2° del Acuerdo 294 del CNSSS).

En el evento en que una EPSS clasificara en los 15 cupos en más de tres regiones, se seleccionaría solamente en aquellas tres regiones en que haya obtenido los mejores puestos en el orden de elegibilidad y en caso de que estos puestos coincidieran en las diferentes regiones se preferirá su participación en las regiones con mayor puntaje en el criterio de opción preferencial al momento de la inscripción.

De conformidad con el inciso 4° del artículo 6° del acuerdo 294 del CNSSS, para que las EPSS pudieran permanecer después del proceso de libre elección en un determinado municipio o distrito debían contar con un número mínimo de 20.000 afiliados o el 5% del total de afiliados del municipio o distrito sin que en ningún caso ese 5% fuera menor a 500 personas, y en todo caso deberían garantizar la prestación tanto de los servicios asistenciales como administrativos. No aplicará este criterio de permanencia cuando el número de 500 personas represente más del 25% de los afiliados.

Los actuales afiliados a una entidad del Régimen Subsidiado continuarían afiliados a la misma entidad si no manifiestan intención contraria, siempre y cuando la entidad hubiere sido seleccionada para operar en la respectiva región o le fuera aplicable a solicitud de la EPSS la excepción por departamento de que trataba el inciso 5° del artículo 3° del acuerdo en comento.

Para efectos de dar cumplimiento al artículo 6° del Acuerdo 294 del CNSSS las EPSS que se encontraban inscritas en un municipio no debían realizar nuevamente el proceso de inscripción y las EPSS que deseaban inscribirse en nuevos municipios podían hacerlo en cualquier tiempo presentando únicamente una comunicación en la cual manifestaran su intención de participar en la administración del Régimen Subsidiado en la respectiva entidad territorial sin sujeción a la presentación de ningún otro requisito.

La entidad territorial debía publicar la lista de EPSS inscritas previo al proceso de libre elección o asignación según el caso.

Como puede observarse, si ya la EPSS se encontraba autorizada antes, no requeriría de un nuevo proceso de inscripción, mientras que si se trata de una nueva EPSS, tan solo debía presentar una comunicación en la cual manifestara la intención de participar en la administración del Régimen Subsidiado de la entidad territorial sin necesidad de dar cumplimiento a ningún otro requisito. Si en este último caso, se llegare a exigir algo más, se establecería un presunto prevaricato por parte de la entidad territorial, y la nueva EPSS tendría que proceder a denunciar al municipio a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Procuraduría General de la Nación. La nueva EPSS, no tenía que esperar para actuar

como tal en un municipio, un Acto Administrativo del municipio que así la autorizara, ya que esta EPSS, ya poseía dicha autorización, la cual le fue otorgada por el Ministerio de la Protección Social cuando le aprobó su ingreso a la región, esto es, la operación regional; por lo que, la EPSS nueva, tan solo sólo debería informar y podía empezar a trabajar, sin esperar nada del municipio, el cual no podía impedir a esta, ni su ingreso, ni su trabajo, ya que para ello le fue oportunamente comunicado por la EPSS la intención de ingresar y trabajar en el Régimen Subsidiado del municipio, habiendo sido seleccionada, para la región de la cual hace parte el municipio, por el Ministerio de la Protección Social.

A través de la Resolución 3734 de 2005, se conforma la lista definitiva de las ARS hoy EPSS seleccionadas para la Operación Regional del Régimen Subsidiado.

La lista definitiva de ARS hoy EPSS seleccionadas y la lista definitiva de ARS hoy EPSS elegibles para la operación regional del Régimen Subsidiado, por cupo, en cada una de las regiones, conforme al artículo 1° de la Resolución en comento, es el siguiente:

(...)

La selección prevista en el Acuerdo 294 del CNSSS de julio 11 de 2005, tendría una vigencia a partir del 1° de octubre de 2005 hasta el 31 de marzo de 2008.

A pesar de que en las bases del Plan de Desarrollo de la Ley 812 de 2004 se estableció que el otorgamiento de zonas de operación regional debía realizarse para un período de cuatro años, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, consideró conveniente que el primer período correspondiera a los 2 años y medio que restaban para el cumplimiento del Plan de Desarrollo con el fin de que durante ese período se probara el mecanismo, razón por la cual, el parágrafo 2° del artículo 3° del Acuerdo 294 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud dispuso que la selección de EPS-S en él prevista, tenía vigencia hasta el treinta y uno (31) de marzo de 2008.

No obstante, para determinar el desempeño integral de la Operación Regional del Régimen Subsidiado en Salud y definir los criterios de un nuevo concurso, se requería terminar la evaluación de la operación realizada, análisis que desarrolló el Ministerio de la Protección Social, razón por la cual, se hizo necesario ampliar el plazo concedido en el parágrafo 2° del artículo 3° del Acuerdo 294 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Por lo que el CNSSS, amplió el plazo concedido mediante el parágrafo 2° del artículo 3° del Acuerdo 294, hasta el 31 de marzo de 2009, mediante el artículo 1° del Acuerdo 387 del CNSSS del 3 de abril de 2008, y estableció que el Ministerio de la Protección Social, informaría al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud sobre los resultados de la evaluación integral de la operación del Régimen Subsidiado y del cumplimiento de los objetivos de la operación regional del mismo, con el fin de adoptar las medidas necesarias para lograr la operación eficiente del aseguramiento y la adecuada prestación de los servicios a los afiliados.

Ahora bien, el CNSSS a través del Acuerdo 409 del 2 de abril de 2009, y en su artículo 1°, decidió ampliar el plazo anterior, hasta el 31 de marzo de 2010, esto es, el plazo establecido en el parágrafo 2° del artículo 3° del Acuerdo 294 modificado por el Acuerdo 387 de 2008, y definió que el Ministerio de la Protección Social presentaría al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud los nuevos criterios de selección de las EPS-S para cada región del Régimen Subsidiado en el marco de los mecanismos señalados en el artículo 2° de la Ley 1122 de 2007.

Por su parte, el Acuerdo 415 del CNSSS, estableció en el inciso 1° del artículo 75, que la autorización regional delimita los mercados donde puede ofertar una EPS-S, con el propósito de especializar sus servicios de acuerdo a las características de la demanda poblacional asegurada, y la red de servicios entre otros factores, a fin de lograr una mejor administración del riesgo en salud.

Del mismo modo el inciso 2° del artículo 75 en comento, establece que de acuerdo con la autorización, **los municipios solo podrán contratar el Régimen Subsidiado con las EPS-S habilitadas que hayan sido seleccionadas para operar en la respectiva región y los beneficiarios del subsidio solo podrán escoger una EPS-S entre aquellas seleccionadas en la región.**

El Ministerio de la Protección Social en el marco de sus competencias definirá el número de las regiones para la operación del Régimen Subsidiado de acuerdo con criterios de población afiliada, geografía cultural y red de servicios según lo definido por el artículo 76 del Acuerdo 415 del CNSSS.

En cuanto al número máximo de EPS-S que pueden operar en una región se determinará con base en el tamaño poblacional de la región y el tamaño mínimo de población con que puede operar un asegurador, conforme al inciso 1° del artículo 77 de la norma en cuestión. Esta estimación se actualizará cada cuatro años de acuerdo con la vigencia de la autorización.

En cada región de acuerdo con el inciso 2° de la mencionada norma, se buscará la presencia de los distintos tipos de EPS-S según su naturaleza jurídica, esto es al menos:

Una EPS indígena.

Una EPS pública del orden nacional.

Una Entidad Solidaria de Salud.

Una Caja de Compensación Familiar.

Una EPS privada, y

Una EPS pública o mayoritariamente pública del orden departamental o municipal de la respectiva región.

Conforme al artículo 78 del Acuerdo 415 del CNSSS, las EPS-S podrán ser autorizadas para operar en las cinco (5) regiones establecidas o las que se definan, siempre y cuando, se inscriban y participen en los procesos de afiliación como mínimo en un 20% de los municipios que componen cada región.

Las EPS-S que en la actualidad cuenten con autorizaciones extraordinarias para operar en departamentos por fuera de las regiones hoy autorizadas, deberán cumplir con lo establecido en el artículo 78 del Acuerdo 415 del CNSSS para continuar operando en ellos a partir del 1° de abril de 2010, esto es, ser autorizadas para operar en las cinco (5) regiones establecidas o las que se definan, siempre y cuando se inscriban y participen en los procesos de afiliación como mínimo en un 20% de los municipios que componen cada región tal y como lo establece el párrafo del artículo 78 de la norma aquí definida.

De otro lado, y como criterio de selección de las EPS-S para cada región, el artículo 79 del Acuerdo 415 del CNSSS estableció que las EPS-S que estén interesadas en participar o continuar participando en una región serán seleccionadas de acuerdo con la metodología establecida por el Ministerio de la Protección Social, en el marco de la evaluación de resultados previsto en el artículo 2° de la Ley 1122 de 2007.

Sin perjuicio de lo anterior, se deberán incorporar las siguientes consideraciones en la metodología de evaluación:

1. Los indicadores deberán ser medidos por región y no de manera agregada nacional, de manera tal que la renovación de la autorización es independiente para cada EPS-S en cada región. En los casos en que la EPS-S esté autorizada para operar en un departamento de manera excepcional y deba obtener la autorización regional, su evaluación se realizará con base en los resultados de los indicadores del departamento donde opera.

2. Se deberán incorporar indicadores de gestión y resultado sobre las siguientes poblaciones prioritarias: poblaciones infantil menor de 5 años, indígenas y población desplazada.

3. Se darán puntajes adicionales a las EPS-S que se encuentren operando con un modelo de administración del riesgo en salud que le permita identificar los principales factores de riesgo y de concentración de estos en su población asegurada y adelanten programas para su mitigación en el marco de sus competencias.

Cuando una EPS del Régimen Contributivo desee participar en la evaluación para la autorización regional y esta no posea experiencia en el Régimen Subsidiado, la calificación se realizará sobre sus resultados en la población afiliada del Régimen Contributivo según lo dispuesto por el párrafo 1° del artículo 79 del Acuerdo 415 del CNSSS.

Si la EPS-S no es habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud por no cumplir con los requisitos para ello, no podrá ser contratada y deberá darse paso a la siguiente EPS-S en el orden de la lista de elegibilidad para la región. En todo caso, para sustituir las EPS-S no habilitadas sólo podrán tenerse en cuenta las siguientes tres EPS-S que tengan los mejores puntajes de la lista conforme al párrafo 2° del artículo 79 del Acuerdo 415 del CNSSS.

La vigencia de la autorización regional se otorgará por un periodo de cuatro años, sin perjuicio de las medidas sancionatorias o cautelares a que haya lugar, según el artículo 80 de la norma en comento.

Mientras que conforme al artículo 81 del mencionado Acuerdo establece que las EPS-S que ingresan al mercado municipal, distrital deberán inscribirse, conforme a las siguientes condiciones, siempre que cumplan con todos los requisitos legales y reglamentarios para funcionar y no estar impedidas para celebrar contratos con el Estado conforme lo señalado por el artículo 2° de la Ley 901 de 2004 y el Decreto 3361 de 2004:

1. La EPS-S que pretenda inscribirse en cualquier municipio deberá estar debidamente habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud, autorizada para la operación regional conforme a las condiciones fijadas en el Acuerdo 415 del CNSSS y Resolución por parte del municipio donde pretenda operar.

2. La EPS-S se podrá inscribir en cualquier tiempo presentando únicamente una comunicación dirigida al alcalde o al director de salud con anterioridad al inicio de la vigencia contractual en el que vaya a afiliarse, en la cual manifiesta su intención de participar en la administración del Régimen Subsidiado de Salud en la respectiva Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado, sin sujeción a la presentación de ningún otro requisito.

3. Las EPS-S que se encuentren inscritas en un municipio no deberán realizar nuevamente el proceso de inscripción siempre y cuando cumpla con las condiciones del primer inciso de este numeral.

4. La entidad territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado formalizará la inscripción mediante comunicación, la cual deberá darse dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la radicación de la solicitud.

Ahora bien, una vez hechas las anteriores precisiones la Oficina Asesora Jurídica de la Superintendencia Nacional de Salud precisa que para que pueda entrar a operar la EPS-S HUMANAVIVIR en el municipio de Cumaribo, debe cumplir con las siguientes condiciones a saber, conforme a lo establecido por el artículo 81 del Acuerdo 415 del CNSSS:

1. Estar debidamente habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud para ingresar al respectivo municipio.

2. Estar autorizada para operar en la Región de la que hace parte el municipio.

3. Estar inscrita en el respectivo municipio.

Del mismo modo y conforme a lo establecido por el inciso 2° del artículo 75 del Acuerdo 415 del CNSSS, de acuerdo con la autorización, **el municipio de Cumaribo solo podrá inscribir para la operación del Régimen Subsidiado en este, a las EPS-S habilitadas que hayan sido seleccionadas para operar en la respectiva región y los beneficiarios del subsidio solo podrán escoger una EPS-S entre aquellas seleccionadas en la región.**

Ahora bien, teniendo en cuenta que la Superintendencia Nacional de Salud tuvo conocimiento que HUMANAVIVIR EPS S.A. pretende administrar y operar los recursos del Régimen Subsidiado en Salud en el municipio de Cumaribo, este Despacho se ve en la obligación de aclarar, que al no encontrarse la EPS-S, habilitada por parte de la Superintendencia Nacional de Salud en el departamento del Vichada, y por ende en el municipio de Cumaribo, el municipio de Cumaribo no podrá inscribir para la operación del Régimen

Subsidiado en el mismo a la EPS-S HUMANAVIVIR EPS S.A. y los beneficiarios del subsidio del municipio de Cumaribo no podrían escogerla para su afiliación, estos, solo podrán escoger una EPS-S entre aquellas habilitadas y seleccionadas para operar en la región de la cual hace parte el municipio de Cumaribo y que se encuentre por este evento inscrita en el respectivo municipio.

De otra parte, este Despacho se ve en la obligación de aclarar, que al no encontrarse la EPS-S HUMANAVIVIR EPS S.A., habilitada por parte de la Superintendencia Nacional de Salud en el departamento del Vichada y en el municipio de Cumaribo, la misma para poder ingresar a municipios de dicho departamento, debe cumplir con lo dispuesto en el Decreto 1357 de 2008, el cual a la letra establece que:

(...)

“Artículo 1°. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, que de conformidad con las normas vigentes, se encuentren al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios, se entenderán autorizadas sin necesidad de requisito previo o trámite especial, para aumentar su capacidad de afiliación en los municipios de la región para la cual fueron seleccionadas, siempre que mantengan esta condición en su relación de pagos.

Igualmente podrán operar sin necesidad de requisito previo o trámite especial en nuevos municipios, siempre que estos se encuentren ubicados en la región o departamento en los cuales hubieren sido aceptadas en el proceso de regionalización del Régimen Subsidiado establecido en los Acuerdos 294 y 298 de 2005 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS, y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan y con la condición de que estén al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios.

No obstante las EPS-S deberán informar de tal hecho a la Superintendencia Nacional de Salud dentro de los treinta (30) días siguientes al aumento de su capacidad de afiliación y/o ingreso al nuevo municipio, así como la red con la cual garantizarán el acceso a los servicios de salud de la nueva población.

Parágrafo. Las EPS-S que incumplan las normas sobre margen de solvencia, no pueden realizar nuevas afiliaciones, debiendo proceder a la correcta y efectiva aplicación de la restricción de la afiliación, dentro de los quince (15) días siguientes a la verificación de la conducta, sin perjuicio de las medidas que deba adoptar la Superintendencia Nacional de Salud y demás sanciones a que hubiere lugar. (Subrayado y negrilla fuera de texto).

(...)

Así las cosas, esta Oficina Asesora advierte, que para que HUMANAVIVIR EPS S.A. ingrese al municipio de Cumaribo, sin tener habilitación para ingresar al departamento de Vichada y al municipio de Cumaribo, la Alcaldía de Cumaribo – Vichada debe verificar que HUMANAVIVIR EPS S.A., se encuentre al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios en cada uno de los departamentos en que opera, cumpla las normas sobre margen de solvencia, y cuente con la red con la cual garantizará el acceso a los servicios de salud de la nueva población.

De esta manera, de verificarse que HUMANAVIVIR EPS S.A., no se encuentre al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios en cada uno de los departamentos en que opera, no cumple con las normas sobre margen de solvencia, y no cuente con la red con la cual garantizará el acceso a los servicios de salud de la nueva población, dicha EPS-S, **no podrá entrar a operar en el departamento del Vichada y consecuente con ello en el municipio de Cumaribo, y por ende, no podrá ser escogida por la población beneficiaria del Régimen Subsidiado de este municipio, ya sea por ampliación de afiliados, o fruto del traslado de los mismos en los procesos y periodos de traslado en el Régimen Subsidiado. De ingresar HUMANAVIVIR EPS S.A. al municipio de Cumaribo, sin el lleno de los requisitos aquí anotados, y obtener afiliados al Régimen Subsidiado en este municipio, HUMANAVIVIR EPS S.A., tendrá que devolver los afiliados, que obtenga por ampliación o que se trasladaron a la misma en dicho municipio,** situación que además, no será óbice para que esta Superintendencia, adelante las investigaciones administrativas e imponga las sanciones a que haya lugar”.

3.7. La doctora Liliana Milena Clavijo Vergara, Representante legal de la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO HUMANAVIVIR S.A EPS, Primer Suplente del Presidente de la Compañía, por medio del oficio radicado con NURC 1-2011-038056 de fecha 19 de mayo de 2011, indicó lo siguiente:

1. ANTECEDENTES

1.1. Con fundamento en el artículo 1° del Decreto 1357 de 2008, la Resolución 3734 de 2005, expedida por el Ministerio de la Protección Social y las previsiones pertinentes del Acuerdo 415, expedido por el CMSSS, HUMANAVIVIR S.A. EPS-S, mediante Comunicación número DNRS-0351-2010 fechada el 5 de noviembre de 2010, solicitó al señor Alcalde de Cumaribo (Vichada) su inscripción para participar en la administración del Régimen Subsidiado en dicho municipio, para la vigencia que inició el primero de abril de 2011.

1.2. El señor Alcalde de Cumaribo, una vez analizada la documentación pertinente de acreditación que le fuera presentada por nuestra entidad, expidió la Resolución número 67 de fecha 2 de febrero de 2011, mediante la cual ordena inscribir a HUMANAVIVIR S.A. EPS-S para los fines pertinentes.

1.3. Una vez obtenida la correspondiente inscripción, HUMANAVIVIR S.A. EPS-S desplegó una actividad de promoción de la filiación y traslados a la población del municipio de Cumaribo, con sujeción a los principios de moralidad y transparencia y en el marco de las normas éticas de una competencia comercial leal. **Como resultado de este trabajo, un grupo importante de la población, principalmente indígena, a través de sus autoridades indígenas tomaron la decisión libre y soberana de trasladarse a HUMANAVIVIR S.A. EPS-S,** conforme al procedimiento previsto en las Leyes 100 de 1993, 691 de 2001, Acuerdos 326 de 2005 y 415 de 2009, expedidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (Negrilla y subrayado nuestro).

1.4. Con fecha 1° de marzo de 2011, el señor Alcalde de Cumaribo, mediante oficio, dirigido a HUMANAVIVIR S.A. EPS-S, informa que **de acuerdo con las Actas de las Comunidades Indígenas de los distintos resguardos se registra un total de 26.555 usuarios del Régimen Subsidiado a favor de nuestra entidad.** (Negrilla y subrayado nuestro).

1.5. Mediante escrito de fecha 5 de abril de 2011 dirigido a su Despacho y radicado en la Oficina de Correspondencia de la Superintendencia Nacional de Salud con NURC 1-2011-025550 del 6 del mismo mes y año, la directora Nacional del Régimen Subsidiado de HUMANAVIVIR S.A. EPS-S puso en su conocimiento el ingreso de nuestra entidad al municipio de Cumaribo (Vichada) para la participación en la Administración del Régimen Subsidiado.

1.6. Mediante oficio suscrito el primero de abril de 2011 por el señor Secretario de Desarrollo Social del municipio de Cumaribo, doctor Carlos Alberto Guayabo Jiménez y por la doctora Adriana Milena Baquero Bernal, Coordinadora de Salud y Régimen subsidiado de dicho municipio, señala que “de conformidad con el artículo 15 del Acuerdo 415 de 2009, expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la afiliación y traslado adquiere vigencia a partir del primer día calendario del nuevo periodo de contratación, siempre que la suscripción de la afiliación se haya efectuado durante los dos (2) meses anteriores a la suscripción del nuevo contrato”.

Agrega que “como quiera que HUMANAVIVIR S.A. EPS-S adelantó en el municipio de Cumaribo la suscripción de la afiliación-traslados de usuarios afiliados al Régimen Subsidiado en este municipio durante los dos (2) meses anteriores a la suscripción del nuevo contrato, se concluye que la EPS-S tiene la obligación de garantizar los servicios de salud a partir del primero de abril del presente año. Para este efecto debe constar con la respectiva red de prestadores de servicios de salud en el municipio que permita la atención en salud a dichos usuarios de manera eficiente y continua”.

1.7. HUMANAVIVIR S.A. EPS-S, con fundamento en lo anterior y en los principios constitucionales de la buena fe y de la confianza legítima, procedió a integrar la respectiva red de prestadores de servicios de salud para garantizar los servicios de salud a los usuarios afiliados y/o trasladados, a partir del primero de abril de 2011.

1.8. Como consecuencia de lo anterior, los directivos de las Asociaciones de Cabildos y autoridades tradicionales indígenas – ACATISEMA y PALAMEKU, viajaron a Bogotá y se reunieron con funcionarios de la Dirección General para la Gestión de la Demanda en Salud del Ministerio de la Protección Social y manifestaron su libre voluntad de permanecer inscritos en HUMANAVIVIR S.A. EPS-S y les solicitaron proteger el derecho fundamental de la libre escogencia de EPS-S de su población. Igualmente se reunieron con funcionarios de la Superintendencia Nacional de Salud con el mismo propósito.

1.9. Los directivos indígenas de ACATISEMA y PALAMEKU, mediante escrito de fecha 10 de mayo de 2011 solicitaron al señor Alcalde (E) de Cumaribo doctor Jairo Cardona García adelantar todas las gestiones administrativas dirigidas a que HUMANAVIVIR S.A. EPS-S continúe garantizando los servicios de salud a la población indígena, toda vez que su decisión de permanecer en esta Entidad era irreversible y debía ser respetada por las autoridades de dirección y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

1.10. El señor Alcalde (E) del municipio de Cumaribo mediante oficio de fecha 10 de mayo de 2011, atendiendo la petición de los directivos de las asociaciones de Cabildos y autoridades indígenas de dicho municipio ACATISEMA Y PALAMEKU, solicitó a HUMANAVIVIR S.A. EPS-S continuar garantizando los servicios de salud a esta población. Una vez revisada la documentación aportada por la EPS-S y relacionada con el proceso de traslado de afiliados al Régimen Subsidiado, y con fundamento en el artículo 1° del Decreto 1357 de 2008, se evidenció que cumple a cabalidad con los requisitos legales y reglamentarios para ingresar y participar en la administración de los recursos de este régimen en el municipio de Cumaribo.

Por todo lo anterior, HUMANAVIVIR S.A. EPS-S viene garantizando los servicios de salud incluidos en el POS subsidiado a la población de Cumaribo-Vichada trasladada, desde el primero de abril de 2011.

2. CUMPLIMIENTO DEL PARÁGRAFO 3° DEL ARTÍCULO 1° DEL DECRETO 1357 DE 2008

En cumplimiento del inciso 3° del artículo 1° del Decreto 1357 de 2008, atentamente me permito señalar a su Despacho lo siguiente:

2.1. Ratificarle que con fundamento en el artículo 1° del Decreto 1357 de 2008, en la Resolución número 3734 de 2005, expedida por el Ministerio de la Protección Social y en el Acuerdo 415 de 2009 expedido por el CNSSSS, HUMANAVIVIR S.A. EPS-S ingresó al municipio de Cumaribo para participar en la administración de recursos del régimen Subsidiado en esta Entidad Territorial a partir del primero de abril de 2011 y que desde esta fecha viene garantizando servicios de salud a la población trasladada y afiliada.

2.2. HUMANAVIVIR S.A. EPS-S integró la red de prestadores de servicios de salud para los diferentes niveles de atención en salud para garantizar la atención en salud a la población de Cumaribo trasladada a dicha EPS-S, con sujeción a los principios constitucionales de eficiencia, continuidad, dignidad humana y solidaridad y con plena observancia de los principios que orientan al Sistema General de Seguridad Social en Salud previstos en el artículo tercero de la Ley 1438 de 2011. Le adjunto el respectivo listado de Instituciones que conforman la red antes referida y los correspondientes contratos.

3. DOCUMENTOS ANEXOS

Para su información me permito adjuntarle los siguientes documentos:

a) Listado de la red de prestadores para garantizar la atención en salud a la población del municipio de Cumaribo (Vichada).

b) Copia de los contratos suscritos con las Instituciones Prestadoras de servicios de salud tanto públicas como privadas para garantizar los servicios de salud de la población de Cumaribo.

c) Paz y Salvos de la Red del departamento y el municipio.

d) Margen de Solvencia con la copia de la Tarjeta Profesional de Contador de la EPS-S.

e) Solicitud de inscripción formulada al señor Alcalde de Cumaribo (Vichada) fechada el 5 de noviembre de 2010.

f) Resolución número 67 del 2 de febrero de 2011, expedida por el señor Alcalde de Cumaribo (Vichada), mediante la cual inscribe a HUMANAVIVIR S.A. EPS-S.

g) Oficio de fecha 1° de marzo de 2011, suscrito por el señor Alcalde de Cumaribo, dirigido a HUMANAVIVIR S.A. EPS-S señalando un total de 26.655 afiliados de esta EPS-S.

h) Escrito de fecha 5 de abril de 2011 dirigido al señor Superintendente Delegado para la Atención en Salud, radicado en la Oficina de Correspondencia de la Superintendencia Nacional de Salud con NURC 1-2011-025550 del 6 del mismo mes y año, informándole sobre el ingreso de HUMANAVIVIR S.A. EPS-S al municipio de Cumaribo (Vichada).

i) Oficio suscrito por el señor Secretario de Desarrollo Social y la Coordinadora de salud pública del municipio de Cumaribo, dirigido a la Directora Nacional del Régimen Subsidiado de HUMANAVIVIR S.A. EPS-S.

j) Escrito suscrito por los directivos indígenas de ACATISEMA y PALAMEKU dirigido al señor Alcalde (E) del municipio de Cumaribo.

k) Oficio fechado en Cumaribo el 10 de mayo de 2011 suscrito por el señor Alcalde (E) de Cumaribo (Vichada), dirigido al Representante Legal de HUMANAVIVIR S.A. EPS-S:

(...)

3.8. Con memorando identificado con NURC 3-2011-009878 de fecha 24 de mayo de 2011, la Dirección General de Calidad y de Prestación de Servicios de Salud de esta Superintendencia, señaló lo siguiente:

“Mediante el presente, me permito informarle que una vez revisada la documentación enviada con el NURC 1-2011-02550 del 06/04/2011, no se encuentra lo correspondiente al soporte de la Red de prestadores con el cual se va a atender a los afiliados del municipio de Cumaribo en el departamento de Vichada, así mismo, que en la mencionada carta se anota lo siguiente:

“Oportunamente haremos llegar a su despacho la información correspondiente a la información pertinente que señala el inciso tercero del artículo 1° del Decreto 1357 de 2008”.

Una vez verificado el inciso tercero del artículo 1° del Decreto 1357 de 2008, se encuentra que corresponde a “la red con la cual garantizarán el acceso a los servicios de salud de la nueva población”.

Por lo tanto, es preciso anotar que en la documentación aportada con el NURC 1-2011-02550 del 06/04/2011, como lo anuncia la comunicación, no se envía por Humanavivir EPS lo correspondiente a la red de prestadores, por lo tanto no se puede emitir un concepto sobre ese tema.

No obstante una vez revisada la documentación se encuentra que en el folio 23 se envía una carta de intención dirigida al Hospital Departamental Manuel Elkin Patarroyo del departamento de Guainía para “contratar la prestación de servicios de salud a población del Régimen Subsidiado afiliada a HUMANAVIVIR S.A. EPS remitidos del municipio de Cumaribo” lo cual hace parte de la información de red como apoyo de referencia de pacientes, pero no es evaluada por cuanto no se envía la información correspondiente a la red del propio municipio de Cumaribo.

Así mismo, es necesario anotar que los documentos aportados corresponden en su mayoría al proceso de inscripción e ingreso al municipio de Cumaribo, pero no aparece el concepto técnico de la Dirección de Aseguramiento, que permita identificar si la entidad cumple con los requisitos establecidos por el Decreto 1357 de 2008 respecto de la habilitación esta Superintendencia en la región, departamento, o municipio y la operación regional de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3734 del 2005”.

(...)

3.9. La Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud, con memorando signado con NURC 3-2011-011545 de fecha 16 de junio de 2011, rindió concepto financiero para la administración del Régimen Subsidiado en el municipio de Cumaribo (Vichada) de HUMANAVIVIR S.A. EPS, así:

1. MARGEN DE SOLVENCIA A 31 DE MARZO DE 2011

HUMANA	SUBSIDIADO	Miles de pesos
CUENTAS PUC	NOMBRE CUENTAS	MARZO-2011
11	DISPONIBLE	1.266.727
13054002	CxC REGIMEN SUBSIDIADO	20.368.458
1305050205	RECOBROS FOSYGA SENT Y CTC	6.469.338
1305050210	RECOBROS NO POS CTC FOSYGA	
1305070205	RECOBROS ENTES TERRITORIALES	9.894.635
1305050210	RECOBROS NO POS CTC ENT. TERRITORIALES	
139020	DEUDAS DE DIFICIL COBRO	9.454.073
13990502	PROVISION REGIMEN SUBSIDIADO	6.120.863
	MENOS	
210507	SOBREGIROS CONTABLES	0
22051002	ADMON DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	40.914.339
23	CUENTAS POR PAGAR	4.251.221
264520	PROVISION GLOSAS	2.859.088
27056002	INGRESOS RECIBIDOS POR ANTICIPADO	2.640.930
MARGEN DE SOLVENCIA		2.908.516

Fuente: Estados Financieros

La entidad HUMANA VIVIR S.A. EPS según lo registrado en el catálogo de cuentas con corte a 31 de marzo de 2011, presenta una relación de margen de solvencia positiva por valor de \$2.908.516 miles.

2. PATRIMONIO MÍNIMO

HUMANA	SUBSIDIADO	Miles de pesos
CUENTA PUC	NOMBRE CUENTA	MARZO-2011
31	CAPITAL SOCIAL	6.988.235
333501	RESERVAS PROTECCION DE APORTES	
3205	PRIMA EN COLOCACION DE ACCIONES	0
PATRIMONIO MINIMO ANTES DE DEDUCIR PERDIDAS		6.988.235
MENOS PERDIDAS ACUMULADAS A LA FECHA DE CORTE		1.287.067
PATRIMONIO MINIMO		5.701.168
PATRIMONIO REQUERIDO		5.356.000
SUFICIENCIA		345.168

Fuente: Estados Financieros

De acuerdo con la información relacionada en el cuadro anterior, se observa que HUMANA VIVIR S.A. EPS con corte a 31 de marzo de 2011, presenta suficiencia de patrimonio mínimo por valor de \$345.168 miles.

3. CUENTAS POR PAGAR POR EDAD A 31 DE MARZO 2011

de 1 a 30 días	de 31 a 60 días	de 61 a 90 días	mayor a 90 días	Total
7.008.953	11.247.623	3.119.271	19.525.344	40.901.191

Fuente: Formatos 017-018

Del cuadro anterior, se establece que HUMANA VIVIR S.A. EPS con corte a 31 de marzo de 2011, presenta mora en el pago a proveedores por prestación de servicios de salud por valor de \$40.901.191 miles, de los cuales \$19.525.344 miles tienen mora superior a 90 días.

4. CUENTAS POR COBRAR A ENTIDADES TERRITORIALES VS CUENTAS POR PAGAR A IPS

CUENTAS PUC	NOMBRE CUENTAS	Miles de pesos
		MARZO-2011
130507	CUENTAS POR COBRAR ENTIDADES TERRITORIALES	9.894.635
130540	UPC-S POR COBRAR	20.368.458
139020	DEUDAS DIFÍCIL COBRO - UPC-S POR COBRAR	9.454.073
220510	PROVEEDORES - PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	40.914.339
	Diferencia	-1.197.173

Fuente: Estados Financieros

HUMANA VIVIR S.A. EPS presenta cuentas por pagar superiores en \$1.197.173 miles, a las cuentas por cobrar entidades territoriales, lo cual afecta la liquidez de la entidad.

5. CRUCE DE INFORMACIÓN ARCHIVOS TIPO 009 Y 010 CON CATÁLOGO DE CUENTAS

FORMATO	INDICADOR	Miles de pesos
		VALOR
009	SALDO EN MORA CONTRATOS VIGENTES	14.091.742
009	CUENTAS POR COBRAR NO POS CONTRATOS VIGENTES	855.143
010	SALDO EN MORA CONTRATOS VIGENCIAS ANTERIORES	75.544.759
	TOTAL	90.491.654

Fuente: formatos 009-010

CUENTAS PUC	NOMBRE CUENTAS	Miles de pesos
		MARZO-2011
130507	CUENTAS POR COBRAR ENTIDADES TERRITORIALES	9.894.635
130540	UPC-S POR COBRAR	20.368.458
139020	DEUDAS DIFÍCIL COBRO - UPC-S POR COBRAR	9.454.073
	TOTAL	39.717.156

Fuente: Estados Financieros

Es pertinente indicar que al efectuar el cruce de los totales de los archivos 009 y 010 con la información contenida en el catálogo de cuentas, según se muestra en el cuadro anterior, se evidencia una diferencia de \$50.774.488 miles, lo cual genera una inconsistencia en el reporte de información e incertidumbre frente a la veracidad de la información.

Por lo anterior, la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud, emite concepto sobre la no viabilidad financiera a HUMANA VIVIR S.A. EPS, en razón a las inconsistencias presentadas entre los archivos y las cuentas de catálogo, así como la afectación de la liquidez, al igual por el incumplimiento en el flujo de recursos, por no encontrarse al día con los proveedores de bienes y prestadores de servicios, no obstante presentar una relación de margen de solvencia positiva.

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta lo discutido frente a la problemática presentada con el manejo de los afiliados por parte de la EPS".

3.10. Ahora bien, el Despacho del señor Superintendente Nacional de Salud profirió el Auto número 00312 del 1 de julio de 2011, mediante el cual se concedió de conformidad con lo dispuesto en el inciso primero del artículo 5° del Decreto 506 de 2005, el término de cinco (5) días hábiles contados a partir del día siguiente al recibo de la comunicación del Auto en comento, a HUMANA VIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO "HUMANA S.A. EPS-S", con NIT 830006404-0, para que ejerciera el derecho de contradicción que le asiste, así como también para que aportara las pruebas que considerara pertinentes.

3.11. El anterior proveído fue notificado por comunicación al doctor Fabio Romero Sosa, Representante legal de HUMANA VIVIR S.A. EPS-S, por medio del oficio signado con NURC 2-2011-045027 de fecha 5 de julio de 2011.

3.12. El Representante legal de la EPS-S, con oficio radicado con NURC 1-2011-056379 de fecha 12 de julio de 2011, dio respuesta al Auto número 00312 del 1° de julio de 2011, solicitando su revocatoria directa, la cual fue desatada por medio del Auto número 0361 del 22 de julio de 2011, el cual dispuso lo siguiente:

"**Artículo 1°.** No acceder a la solicitud de revocatoria directa interpuesta por el doctor Fabio Romero Sosa, Representante legal de HUMANA VIVIR S.A. EPS contra el Auto número 00312 del 1° de julio de 2011, mediante el cual se concedió el término de cinco (5) días hábiles contados a partir del día siguiente al recibo de la comunicación de dicho Auto a HUMANA VIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO "HUMANA S.A. EPS-S", para que ejerciera el derecho de contradicción que le asiste, así como también para que aporte las pruebas que considere pertinentes, por las razones expuestas en la parte motiva del presente proveído".

(...)

3.13. El Auto número 00361 del 22 de julio de 2011 fue notificado personalmente el día 9 de agosto de 2011, a la doctora Lady Carolina Mejía, previa autorización conferida por la doctora Lina María Molineros Castellar, Representante legal de HUMANA VIVIR S.A. EPS, Tercer Suplente del Presidente de la Compañía.

3.14. La doctora Lina María Molineros Castellar, mediante escrito radicado en esta Superintendencia el día 10 de agosto de 2011, con el NURC 1-2011-066835 solicitó el decreto y práctica de pruebas dentro de la actuación de autos, en los siguientes términos:

1.1. "Documentales:

a) Copia de la carta de invitación a HUMANA VIVIR S.A. EPS formulada por la Asociación de Cabildos y Autoridades Indígenas de Cumaribo – ACATISEMA fechada en Cumaribo el 15 de diciembre de 2010 para participar en la operación del Régimen Subsidiado a partir del primero de abril de 2011. Permite demostrar el interés libre y soberano de esta Asociación porque mi representada participara en la administración del Régimen Subsidiado para la vigencia que se inició el primero de abril de 2011.

b) Copia de la carta mediante la cual HUMANA VIVIR S.A. EPS-S solicitó al señor Alcalde Municipal de Cumaribo su inscripción. Permite demostrar que HUMANA VIVIR S.A. EPS-S solicitó formalmente su ingreso al municipio de Cumaribo con el deseo de participar en la administración de los recursos del Régimen Subsidiado para la vigencia que se inició el 1° de abril de 2011, observando el debido proceso señalado en el Acuerdo 415 de 2009, expedido por el CNSSS. Permite demostrar que se siguió el debido proceso para el ingreso de mi representada al municipio de Cumaribo (Vichada).

c) Copia de la Resolución número 067 del 02 de febrero de 2011, expedida por el señor Alcalde Municipal de Cumaribo (Vichada) mediante la cual inscribe a HUMANA VIVIR S.A. EPS-S para ingresar a este municipio. Permite demostrar que mi representada ingresó al municipio de Cumaribo con la debida autorización de la primera autoridad administrativa de este municipio, y que para efectos de su actuación estaba en pie de igualdad con las demás EPS-S también inscritas en dicho municipio y por tanto, su actuación está amparada en los principios de legalidad, de la buena fe y de la confianza legítima, pues observó el debido proceso.

d) Copia de las actas de las asambleas celebradas por las Asociaciones de los Cabildos y Autoridades Indígenas CATISEMA y PALAMEKU de Cumaribo, en las cuales se da cuenta de la libre y soberana voluntad de trasladarse a HUMANA VIVIR S.A. EPS-S. Con estas actas se demuestra, que fueron dichas autoridades que en asamblea realizada de acuerdo con sus leyes, usos y costumbres y de acuerdo con la Ley 691 de 2001 y el Acuerdo 326 expedido por el CNSSS, tomaron la decisión de trasladar a la población a HUMANA VIVIR S.A. EPS-S y que en esa decisión no intervino para nada mi Representada.

e) Copia de la carta de fecha 16 de marzo de 2011, que la Directora Nacional del Régimen Subsidiado de HUMANA VIVIR S.A. EPS-S dirigió al Ministerio de la Protección Social, radicada el 18 de marzo de 2011, bajo el número 76062. Con este documento se demuestra que la actuación de mi representada en Cumaribo (Vichada) se hizo con conocimiento pleno del máximo organismo de Dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que al no obtener ningún reparo u objeción del Ministerio, continuó su actuación relacionada

con el traslado de la población indígena de Cumaribo y que por tanto, su actuación está blindada por el principio de la buena fe y de la confianza legítima. Esta misma comunicación fue dirigida al señor Superintendente Delegado para la Atención en Salud (...)

g) Copia de la comunicación suscrita por la Directora Nacional del Régimen Subsidiado de HUMANAVIVIR S.A. EPS-S dirigida al señor Superintendente Delegado para la Atención en Salud, radicada (...) de fecha 6 de abril de 2011, informándole el ingreso de HUMANAVIVIR S.A. EPS-S al municipio de Cumaribo. Permite demostrar que el Supremo Organismo de inspección, vigilancia y control en el Sistema General de Seguridad Social en Salud fue informado oportunamente del ingreso de mi Representada al municipio de Cumaribo (Vichada) y que no manifestó ninguna objeción al respecto, lo que llevó a mi representada a tener mayor certeza sobre la legalidad de su ingreso a dicha Entidad Territorial, para administrar el Régimen Subsidiado, toda vez que si la Superintendencia Nacional de Salud consideraba que estaba frente a una práctica no autorizada, o una irregularidad, tenía la competencia jurídica necesaria pero como ya se dijo guardó total silencio, para luego sorprendernos con una investigación con lo cual posiblemente se apartó de los principios de transparencia y publicidad y buena fe.

h) Copia de la respuesta a la comunicación dada por el señor Superintendente Delegado para la Atención en Salud (...)

i) Copia de los paz y salvos con la red municipio de Cumaribo y del departamento de Vichada. Estos paz y salvos permiten demostrar que mi representada cumple con el requisito de estar a paz y salvo con los proveedores de bienes y servicios de salud en dicho municipio y departamento.

j) Copia de la carta dirigida por el Veedor Nacional de Salud al señor Superintendente Nacional de Salud de fecha 13 de mayo de 2011, mediante la cual solicita explicación del ingreso de COMFAMILIAR HUILA EPS-S al municipio de Cumaribo, cuando tiene una cartera desde el 2006, por tanto no cumplirá con el requisito para ingresar a Cumaribo en el año 2009. Permite demostrar el problema de la mora en el pago a prestadores de dicha EPS-S.

k) Copia de la Carta del Alcalde (E) de fecha 10 de mayo de 2011, solicitando garantía de servicios de salud a los usuarios trasladados a HUMANAVIVIR S.A. EPS-S. Permite demostrar que la primera autoridad administrativa de Cumaribo ratifica la actuación de HUMANAVIVIR S.A. EPS-S en el caso y que por tanto, mi representada consideró que tal actuación se encontraba amparada por los principios de la buena fe de la confianza legítima.

l) Copia de la Carta número DNRS-0351 -2011 de mayo de 2011 dirigida al señor Superintendente Delegado para la Atención en salud de la Superintendencia Nacional de Salud, radicada con NURC 1-2011-038056 de fecha 19 de mayo de 2011, mediante la cual:

i) Se le presenta un informe detallado sobre cada una de las actuaciones que ejecutó mi Representada para ingresar al municipio de Cumaribo y, ii) se le hace entrega del listado de instituciones prestadoras que integran la red de prestadores y copia de los respectivos contratos y otros documentos. El señor Superintendente Delegado no hizo conocer a HUMANAVIVIR S.A. EPS-S ningún comentario, objeción, tacha o inconformidad respecto a la red de prestadores conformada para Cumaribo y, ii) se le hace entrega del listado de instituciones prestadoras que integran la red de prestadores y copia de los respectivos contratos y otros documentos (...) El señor Superintendente no hizo conocer a HUMANAVIVIR S.A. EPS-S ningún comentario, objeción, tacha o inconformidad respecto a la red de prestadores conformada para Cumaribo, hecho que de acuerdo con el principio de buena fe y confianza legítima, (...)

m) Copia de la carta dirigida por las asociaciones de cabildos y autoridades indígenas ACATISEMA y PALAMEKU de Cumaribo (Vichada), a autoridades del Ministerio de la Protección Social informando sobre el traslado de la población indígena a HUMANAVIVIR S.A. EPS-S, por decisión libre y soberana de las comunidades indígenas. Esta carta permite demostrar que el máximo organismo Rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud tuvo conocimiento del caso y no hizo pronunciamiento alguno si se hubiere estado ante la práctica no autorizada. Igualmente, permite demostrar que los representantes de las asociaciones antes referidas se reunieron con funcionarios del mencionado Ministerio (...) y tales funcionarios no hicieron pronunciamiento alguno sobre presuntas irregularidades en este traslado.

(...)

n) Copia de la carta dirigida por las asociaciones de Cabildos y Autoridades Indígenas ACATISEMA y PALAMEKU de Cumaribo (Vichada), al señor Superintendente Nacional de Salud informándole sobre el traslado de la población indígena a HUMANAVIVIR S.A. EPS-S por decisión libre y soberana de las comunidades indígenas. Esta carta permite demostrar que el máximo organismo de vigilancia y control tuvo conocimiento oportuno del caso y no hizo pronunciamiento alguno si se hubiere estado ante la práctica no autorizada o ante una conducta irregular. (...)

ñ) Copia del concepto jurídico emitido por la Oficina Asesora Jurídica de la Superintendencia Nacional de Salud No. 5986 (sin fecha) que se encuentra en internet. Con este concepto se demuestra que cuando el Decreto 1357 de 2008 señala estar al día con proveedores de servicios y con prestadores, hace relación a los que operan en el municipio o departamento en el cual se ingresa o se aumenta cobertura poblacional, puesto que textualmente dice: **“Que estos se encuentren ubicados en la región o departamento en los cuales hubieren sido aceptadas en el proceso de regionalización del Régimen Subsidiado”**.

o) Copia del texto de la respuesta dada por el señor Alcalde Municipal de Cumaribo frente al informe de visita ordenada por el señor Superintendente Delegado para la Atención en Salud al municipio de Cumaribo. Con este informe se demuestra la transparencia bajo la cual HUMANAVIVIR S.A. EPS-S adelantó el proceso de promoción de traslados de usuarios en Cumaribo y que dicho procedimiento se adelantó correctamente.

(...)

p) Copia del acta de visita de los funcionarios adscritos a la Delegada para la Atención en Salud de la Superintendencia Nacional de Salud a las instalaciones de HUMANAVI-

VIR S.A. EPS-S en Cumaribo practicada el 18 de mayo de 2011. Con este documento se demuestra una vez más que HUMANAVIVIR S.A. EPS-S entregó el listado de la red de prestadores de servicios de salud y los respectivos contratos.

1.2. Testimonios:

(...)

El Despacho deja constancia que la doctora Lina María Molineras Castellar solicita la recepción de los testimonios de las personas que a continuación se relacionan con el fin de que depongan sobre los hechos relacionados con la garantía de servicios de salud a la población de Cumaribo (Vichada), sobre el respeto al derecho de libre escogencia de EPS-S, sobre el hecho de que oportunamente el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, tuvieron conocimiento oportuno de la actuación de mi representada en el municipio de Cumaribo:

– Señor José Villamil, Veedor Nacional.

– Gerente Regional de Comfamiliar Huila EPS-S con sede en Cumaribo.

– Señor Aldemar Gómez, Alcalde Municipal de Cumaribo.

– A los doctores Jaime Alvarado Silva, José Hebert, Jaime Rivera Díaz y José Enrique Torres Herrera, funcionarios de la Superintendencia Nacional de Salud.

– Alexander López Mantilla, Presidente de ACATISEMA.

(...)

Continúa la doctora Martínez Umoa, señalando lo siguiente:

“Con estos testimonios se pretende demostrar que en su libre y soberana decisión de trasladarse a HUMANAVIVIR S.A. EPS-S, no intervino para nada esta EPS-S y para demostrar hechos sobre la red de servicios, sobre el motivo de su traslado y otros hechos que interesan en esta investigación”.

1.3 Solicitud especial de pruebas

Con todo comedimiento y respeto le solicito al señor Superintendente Nacional de Salud se sirva solicitar de oficio, para que obren como pruebas, las siguientes certificaciones:

a) Al señor Superintendente Delegado para la Generación y Gestión de Recursos para la salud de la Superintendencia Nacional de Salud certificar oficialmente con destino al expediente lo siguiente:

i) Cuál era la suma total que cada una de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado autorizadas para operar este régimen en la Región Centro-Oriental – a corte del 31 de marzo de 2011– se encontraba en mora de pago a la red de prestadores ubicados en esta Región, indicando el valor que corresponda a la red de Prestadores ubicada en el departamento del Vichada y el municipio de Cumaribo.

j) Si la Delegada encontrare que a corte del 31 de marzo de 2011, las EPS-S antes referidas estaban a paz y salvo con sus proveedores y prestadores de servicios de salud en la región Centro-Oriental, certificarlo así.

Si se demuestra que las EPS-S que operan en la región Centro Oriental no estaban a paz y salvo con sus proveedores y con su red de prestadores, se concluye que ninguna de ellas podía aumentar cobertura de población ya por ingreso a nuevo municipio de la región o ya por traslado población.

b) Al señor Superintendente Delegado para la Atención en Salud se sirva certificar:

En qué fecha tuvo conocimiento que HUMANAVIVIR S.A. EPS-S ingresó al municipio de Cumaribo: **i)** por información directa de esta EPS, **ii)** por información de COMFAMILIAR HUILA EPS-S, **iii)** Por información del señor Alcalde de Cumaribo, **iv)** por información de los presidentes de las asociaciones de Cabildos y autoridades indígenas ACATISEMA Y PALAMEKU de Cumaribo, **v)** por información del veedor nacional de Salud y, **vi)** por otras personas.

ii) Igualmente certificar si una vez obtenido el conocimiento sobre el ingreso de HUMANAVIVIR S.A. EPS-S lo evaluó y si de esa evolución concluyó que esta EPS-S incurría en una práctica no autorizada o en alguna irregularidad y si de ello le informo o no a mi representada y al señor Superintendente Nacional de Salud.

iii) Certificar si recibió las siguientes comunicaciones:

• La comunicación del 16 de marzo, suscrita por la Directora Nacional del Régimen Subsidiado de HUMANAVIVIR S.A. EPS-S, radicada en la Oficina de Correspondencia de la Superintendencia Nacional de Salud el 18 de marzo de 2011, con NURC 1-2011-025550.

• La comunicación del 6 de abril de 2011, suscrita por la Directora Nacional del Régimen Subsidiado de HUMANAVIVIR S.A. EPS-S, radicada en la oficina de correspondencia de la Superintendencia Nacional de Salud el 6 de abril de 2011, con NURC. (sic) La comunicación DNRS- 0351-2011, suscrita por la Directora Nacional del Régimen Subsidiado de HUMANAVIVIR S.A. EPS-S, radicada en la Oficina de Correspondencia de la Superintendencia Nacional de Salud con NURC 1-2011-0280056 del 19 de mayo de 2011.

iv) Certificar si una vez evaluada la red de prestadores y los contratos que acompañan a la comunicación del 19 de mayo de 2011, antes citada, le informó de alguna objeción, tacha o inconformidad sobre la red de prestadores para Cumaribo a HUMANAVIVIR S.A. EPS-S.

c) A los Presidentes o Representantes Legales de las Asociaciones de Cabildos y autoridades Indígenas ACATISEMA y PALAMEKU de Cumaribo (Vichada) certificar lo siguiente:

i) Si la población indígena que formalizó traslado a HUMANAVIVIR S.A. EPS-S lo hizo de manera libre y voluntaria.

ii) La causa o causas por las cuales la población indígena que hace parte de la asociación de cabildos desea trasladarse de COMFAMILIAR HUILA EPS-S.

iii) Si con fecha en el mes de mayo de 2011, los Representantes de dichas asociaciones celebraron alguna reunión con funcionarios adscritos a su Despacho y si trataron el tema del traslado a HUMANAVIVIR S.A. EPS-S y qué respuesta les dieron sobre el asunto.

v) Si HUMANAVIVIR S.A. EPS-S incurrió en algún hecho o conducta que coartara o menoscabara el derecho a la libre escogencia de EPS-S de la población indígena de Cumaribo.

vi) Si HUMANAVIVIR S.A. EPS-S les garantizó servicios de salud a las personas que lo han solicitado y que solicitaron traslado a esta EPS-S.

Con las certificaciones de las asociaciones indígenas ACATISEMA y PALAMEKU antes referidas, se pretende demostrar que la población indígena manifestó de manera libre y voluntaria su deseo de trasladarse de COMFAMILIAR HUILA EPS-S por mal servicio recibido durante la vigencia contractual que expiró el 31 de marzo de 2011 y que mi Representada no incurrió en ningún hecho o conducta que menoscabara o coartara el derecho a la libre escogencia de EPS-S a dicha población.

d) Al señor Jefe de la Oficina Asesora Jurídica de la Superintendencia Nacional de Salud para que certifique si el Veedor Nacional de Salud, doctor José Villamil le informó hechos relacionados con el traslado de los usuarios a HUMANAVIVIR S.A. EPS-S residentes en Cumaribo y si en los hechos que le expuso el señor Villamil, hay alguno que indique que mi Representada quebrantó el derecho a la libre escogencia de EPS-S de las comunidades indígenas residentes en el municipio de Cumaribo.

e) Al señor Director de la IPSI PALAMEKU de Cumaribo (Vichada) para que certifique que HUMANAVIVIR S.A. EPS-S celebró contrato con dicha IPS por la modalidad de pago por capitación para el nivel I y para las actividades de P y P, para atender a la población de Cumaribo a partir del 1° de abril de 2011.

f) Al señor director de la IP SUBA NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE CUMARIBO para que certifique que suscribió contrato con HUMANAVIVIR para el primer nivel, por la modalidad de pago por evento, para atender a la población de Cumaribo a partir del 1° de abril de 2011.

g) Al señor director del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MANUEL ELKIN PATARRROYO de Puerto Inírida, que suscribió contrato con HUMANAVIVIR S.A. EPS-S para Nivel I y II, ambulatorio y hospitalario para la modalidad de pago por evento, para atender a la población de Cumaribo a partir del 1° de abril de 2011.

Las anteriores certificaciones de las IPS mencionadas permiten demostrar la integración de la Red de Prestadores para Cumaribo.

1.4 Solicitud de concepto jurídico

Se sirva señor Superintendente Nacional de Salud solicitar, para que obre como prueba, a la Oficina Jurídica del Ministerio de la Protección el siguiente concepto jurídico:

a) Si al tenor del inciso 1° del artículo 1° del Decreto 1357 de 2008, las entidades promotoras de Salud del Régimen Subsidiado que no estuvieren al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios de salud a 31 de marzo de 2011 ¿podían o no “aumentar su capacidad de afiliación en los municipios de la región para la cual fueron autorizados, siempre que mantengan esta condición en su relación de pagos” para la vigencia de la administración del Régimen Subsidiado que inició el 1° de abril de 2011?

b) Si el estar al día en el pago con los proveedores y prestadores de servicios de salud de que habla el artículo 1° del Decreto 1357 de 2008, ¿debe entenderse estar a paz y salvo a nivel nacional con todos los proveedores y prestadores donde se encontraba la EPS-S operando el Régimen Subsidiado cuya vigencia contractual expiró el 31 de marzo de 2011, o debe entenderse que este paz y salvo está referido es con respecto a los proveedores o prestadores ubicados en el municipio donde ingresó, o donde incrementa los afiliados la respectiva EPS-S, o ubicados en la Región donde está la EPS autorizada conforme a la Resolución número 3734 de 2005, expedida por el Ministerio de la Protección Social?

Este concepto permite demostrar que estando HUMANAVIVIR S.A. EPS-S a fecha 31 de marzo de 2011, a paz y salvo con la red pública y privada que opera en el municipio de Cumaribo y el departamento del Vichada, reunía el requisito señalado el Decreto 1357 de 2008, respecto al paz y salvo con los proveedores de bienes y servicios, para ingresar al municipio en mención.

2. FUNDAMENTO DE LA PETICIÓN

2.1. Dentro del término concedido por su Despacho, mi representada presentó descargos frente al Auto número 00312 de fecha primero de julio de 2011 y solicitó se decretaran y practicaran unas pruebas. En ningún momento solicitó la revocatoria directa del Auto antes referido, sino la revocatoria normal del acto con base en la fundamentación expuesta en los descargos. No obstante, el Auto número 000361 del 22 de julio de 2011 centra toda su argumentación sobre una supuesta solicitud de revocatoria directa del Auto número 00312 de 2011, la cual no se solicitó ni sobre ello se expuso argumentación legal alguna.

2.2. Conforme a la decisión tomada en el Auto número 00361 de 2011, la investigación ordenada adelantar contra HUMANAVIVIR S.A. EPS-S mediante Auto número 00312 de 2011 continúa su curso. No obstante, es extraño que en la parte motiva del Auto que señala improcedente la revocatoria del Auto número 00312 de 2011 señale que no procede la práctica de las pruebas solicitadas en el escrito de descargos, sin señalar las razones de hecho y de derecho que lo justifiquen. De otro lado, en la parte Resolutiva de dicho Auto no se indica que se deniegan las pruebas solicitadas en el escrito que contienen los descargos. Por tanto, existe una congruencia en este punto entre la parte motiva y la parte resolutiva, hecho que afecta gravemente el derecho a la defensa. El auto lo que debió señalar era que las pruebas pedidas se decretarían y practicarían en la oportunidad procesal (en la etapa probatoria propia del proceso administrativo sancionador) y dentro de la investigación administrativa que continúa su curso, pero expresó fue lo siguiente:

“En consecuencia no es llamado a prosperar la solicitud de práctica de pruebas que hiciera el Representante legal de HUMANAVIVIR S.A., (...), no obstante las que aportó con el escrito serán tenidas en cuenta al momento de resolver de fondo la presente actuación”.

Este planteamiento no era pertinente tratarlo en el Auto, pero si se refería al tema probatorio, no podía decir que solo las pruebas aportadas se tendrían en cuenta al momento de decidir de fondo la actuación, lo que legalmente debió decir es que las pruebas aportadas y las solicitadas por la vigilada serían decretadas y practicadas durante la etapa probatoria, dentro de la investigación administrativa que continúa.

2.3. Señala el artículo 34 del Código Contencioso Administrativo que (...)

La oportunidad que la administración da al administrado para presentar descargos, es también para que solicite y aporte pruebas que permitan esclarecer los hechos y de esta forma ejercer su derecho a la defensa y observar a plenitud el principio de contradicción de la prueba. (...)

2.4. De conformidad con el artículo 35 del C.C.A. la decisión debe tomarse con base en pruebas, principio que también recoge el artículo 174 del Código de Procedimiento Civil (...)

Conforme al principio de la necesidad de la prueba, a nadie que haya llevado un juicio en su vida le es extraño que muchas veces **lo determinante para la solución del conflicto no está tanto en la interpretación de la norma, sino fundamentalmente en la determinación y valoración de los hechos**, es por esta valoración que el papel de la prueba juega un papel muy importante en la decisión administrativa.

El operador jurídico no puede decidir de fondo la investigación sin antes decretar y practicar las pruebas solicitadas en el escrito de descargos sería un craso error y un quebrantamiento al debido proceso, a la presunción de la inocencia, al derecho a la audiencia previa de decisión, al derecho a la defensa, acceso a la justicia y se aparta de los principios de transparencia, publicidad, buena fe, contradicción de la prueba y confianza legítima.

2.6. (sic) La presunción de inocencia en derecho administrativo sancionado significa que no puede sancionarse si no existe actividad probatoria de cargo, suficiente (...)

Para sustentar lo expuesto, la doctora MARTÍNEZ UMOA, trajo a colación apartes de diversos pronunciamientos de la Corte Constitucional, tales como:

- Corte Constitucional Sentencia C-037 de 1998 M.P. Jorge Araújo Mejía.
- Corte Constitucional Sentencia T-393 de 1994 M.P. Antonio Barrera Carbonell.

Al decidir el Señor Superintendente Nacional de Salud continuar adelantando la investigación administrativa contra HUMANAVIVIR S.A. EPS-S, ordenada mediante Auto número 00312 del 1° de julio de 2011, necesariamente se debe observar el debido proceso, por tanto surtir la etapa probatoria correspondiente, decretando y practicando las pruebas solicitadas en el escrito de descargos. Una decisión de fondo sin surtir la etapa probatoria, vicia de nulidad tal decisión. Se concluye que no existe argumento de hecho y de derecho válido alguno para que las pruebas solicitadas por el administrado en el escrito de descargos, sean negadas”.

3.15. Por último, mediante memorando signado con NURC 3-2011-015490 de fecha 17 de agosto de 2011, la Dirección General de Aseguramiento Encargada de las Funciones de la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, rindió concepto técnico respecto a HUMANAVIVIR S.A. EPS-S de la suficiencia de la red que debe acreditar en el municipio de Cumaribo (Vichada), en los siguientes términos:

1. “ANTECEDENTES

Con el NURC 1-2011-02550 del 06/04/2011 HUMANAVIVIR S.A. EPS-S pone en conocimiento de esta Superintendencia el ingreso al municipio de CUMARIBO VICHADA.

Mediante oficio NURC 1-2011-038056 del 19/05/2011 HUMANAVIVIR S. A. EPS-S solicita a esta Superintendencia la modificación a la capacidad de afiliación en el municipio de CUMARIBO VICHADA para adelantar actividades de afiliación y prestación de servicios de salud del Régimen Subsidiado.

2. MARCO JURÍDICO

DECRETO 1357 DE 2008, por el cual se adopta una medida para garantizar la afiliación al Régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 1°. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, que de conformidad con las normas vigentes, se encuentren al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios, se entenderán autorizadas sin necesidad de requisito previo o trámite especial, para aumentar su capacidad de afiliación en los municipios de la región para la cual fueron seleccionadas, siempre que mantengan esta condición en su relación de pagos.

Igualmente podrán operar sin necesidad de requisito previo o trámite especial en nuevos municipios, siempre que estos se encuentren ubicados en la región o departamento en los cuales hubieren sido aceptadas en el proceso de regionalización del Régimen Subsidiado establecido en los Acuerdos 2944 y 2985 de 2005 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS, y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan y con la condición de que estén al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios.

No obstante las EPS-S deberán informar de tal hecho a la Superintendencia Nacional de Salud dentro de los treinta (30) días siguientes al aumento de su capacidad de afiliación y/o ingreso al nuevo municipio, así como la red con la cual garantizarán el acceso a los servicios de salud de la nueva población.

3. DOCUMENTACIÓN PRESENTADA

Mediante el NURC 1-2011-02550 del 06/04/2011 el Representante Legal de la Entidad mediante carta firmada informa a la Superintendencia Nacional de Salud el ingreso al nuevo municipio de CUMARIBO en el departamento del VICHADA y anuncian el envío de los siguientes documentos:

Listado de la red de prestadores para garantizar la atención en salud a la población del municipio de Cumaribo (Vichada).

Copia de los contratos suscritos con las IPS.

4. ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN

4.1. COBERTURA POBLACIONAL Y GEOGRÁFICA

La solicitud requerida por EPS HUMANAVIVIR, es de modificación Mixta: Poblacional y geográfica, de la siguiente forma:

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	NÚMERO DE AFILIADOS
Vichada	Cumaribo	26.655

Así mismo, a la entidad le corresponde cumplir con los requisitos necesarios para una modificación geográfica y poblacional exigidos por la norma, de la siguiente manera:

4.2. CARTA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL

Mediante el NURC 1-2011-02550 del 06/04/2011 el Representante Legal de la Entidad mediante carta firmada informa a la Superintendencia Nacional de Salud el ingreso al nuevo municipio de CUMARIBO en el departamento del VICHADA.

Se anexan documentos de soporte de los cuales la Dirección de Calidad evaluará los siguientes:

Listado de la red de prestadores para garantizar la atención en salud a la población del municipio de Cumaribo (Vichada).

Copia de los contratos suscritos con las IPS

4.3. RELACIÓN DE LA RED POTENCIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR MUNICIPIO

La entidad HUMANAVIVIR S. A. EPS-S mediante oficio NURC 1-2011-038056 del 19/05/2011 presenta la red de prestadores de servicios de salud para la población del municipio de Cumaribo (Vichada) y copias de 4 minutas de contratos con las IPS.

4.3.1. ANÁLISIS DEL LISTADO DE RED

En el folio N° 6 se envía cuadro denominado "Listado de la red de prestadores para garantizar la atención en salud" se relacionan las siguientes instituciones:

INSTITUCIÓN	NIVEL	SERVICIO	MODALIDAD
PALAMALEKU	I CAPITACIÓN	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	AMBULATORIO
			HOSPITALARIO
		PRIMER NIVEL	AMBULATORIO
			HOSPITALARIO
UBA SEÑORA DEL CARMEN	I, II y III EVENTO		AMBULATORIO
			HOSPITALARIO
LLANOS Y ORINOQUIA			ALBERGUE DE PASO
RED A NIVEL NACIONAL			

En este listado se observa que se presenta red de prestadores de baja complejidad ubicada en el municipio de Cumaribo, mediana y alta complejidad (II y III Nivel) en la UBA NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN institución que tiene su sede principal en Puerto Carreño y unas sedes de baja complejidad 1 hospital, 3 centros de salud y p 11 puestos de salud de baja complejidad como se observa en la impresión del reporte del REPS del Ministerio Anexo 1 en 3 folios.

Respecto de los servicios de alta complejidad POS-S, en la tabla se enuncia "Red a nivel nacional", pero no se envía listado de IPS, ni documentos de soporte que permitan verificar dicha red.

Una vez verificado el Registro especial de prestadores de servicios de salud se evidencia que la institución PALAMEKU está ubicada en el municipio de Cumaribo, presentó declaración de habilitación y aparece en el Registro Especial de Prestadores del Ministerio de la Protección Social REPS como una institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad que oferta servicios de consulta externa, intramural ambulatoria de la siguiente manera:

NOMBRE IPS	SERVICIO	COMPLEJIDAD	GRUPO	MODALIDAD
IPS PALAMEKU	ENFERMERÍA	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
IPS PALAMEKU	MEDICINA GENERAL	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
IPS PALAMEKU	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
IPS PALAMEKU	ODONTOLOGÍA GENERAL	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
IPS PALAMEKU	OPTOMETRÍA	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
IPS PALAMEKU	CONSULTA PRIORITARIA	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
IPS PALAMEKU	SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
IPS PALAMEKU	VACUNACIÓN	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
IPS PALAMEKU	ATENCIÓN PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
IPS PALAMEKU	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
IPS PALAMEKU	PROMOCIÓN EN SALUD	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio

La institución no tiene habilitado ningún servicio Hospitalario, por lo tanto, no se puede considerar válida dicha PROPUESTA de prestación de servicios hospitalarios como se observa en la impresión del reporte del REPS del Ministerio Anexo 2 en 2 folios.

Una vez verificado el Registro especial de prestadores de servicios de salud se evidencia que la institución UBA NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN es ESE que está ubicada en la ciudad de Puerto Carreño y tiene como sede el Hospital local de Cumaribo el cual está habilitado y aparece en el Registro Especial de Prestadores del Ministerio de la Protección Social REPS como una institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad que oferta servicios de consulta Externa, Intramural ambulatorio, cuentan con Hospitalización día como único servicio hospitalario y declaran consulta de neurología y psiquiatría de mediana complejidad a través de telemedicina, de la siguiente manera:

NOMBRE IPS	SERVICIO	COMPLEJIDAD	GRUPO	MODALIDAD
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	GENERAL PEDIÁTRICA	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	OBSTETRICIA	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	HOSPITALIZACIÓN DÍA	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	CIRUGÍA ORAL	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	ENDODONCIA	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	ENFERMERÍA	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	MEDICINA GENERAL	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	NEUROLOGÍA	Mediana	Consulta externa	Telemedicina
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	ODONTOLOGÍA GENERAL	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	PSIQUIATRÍA	Mediana	Consulta externa	Telemedicina
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	CONSULTA PRIORITARIA	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	SERVICIO DE URGENCIAS	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	LABORATORIO CLÍNICO	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓST.	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	TOMA DE MUESTRAS DE LAB. CLÍNICO	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	SERVICIO FARMACÉUTICO	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	TOMA DE MUESTRAS CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	ESTERILIZACIÓN	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	TOMA E INTERPR. RADIOLOGÍAS ODONTOLÓGICAS	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	VACUNACIÓN	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	ATENCIÓN PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio
HOSPITAL LOCAL CUMARIBO	PROMOCIÓN EN SALUD	Baja	Consulta externa	Intramural Ambulatorio

Una vez verificado el REPS la institución aparece habilitada como una IPS de primer nivel, que solo cuenta con hospitalización día de baja complejidad, por lo tanto, no se puede considerar válida la oferta de servicios de segundo y tercer nivel planteada por la EPS en la tabla de red, como consta en la impresión del reporte del REPS del Ministerio Anexo 3 en 2 folios.

4.3.2. ANÁLISIS MINUTAS DE CONTRATOS

Se envían las minutas de contrato con la IPS PALAMEKU para I nivel ambulatorio y otro para Promoción y prevención y un contrato con la UBA NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN ESE para I nivel ambulatorio y hospitalario, y con el Albergue LLANOS Y ORINOQUIA para hospedaje, alimentación transporte urbano y acompañamiento.

De análisis de los contratos se observa que se presenta la propuesta de contratación de prestadores de servicios de salud de baja complejidad, pero no se envía nada respecto de los servicios POS-S de mediana y alta complejidad.

5. CONCLUSIÓN

La Red de prestadores de servicios de salud presentada por HUMANAVIVIR S.A. EPS-S, Mediante oficio NURC 1-2011-038056 del 19/05/2011, no garantiza el acceso a todos los servicios de salud incluidos en el plan de beneficios del Régimen subsidiado POS-S para la población del municipio de CUMARIBO - VICHADA.

4. CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

Recreado el escenario de hecho y de derecho correspondiente al asunto sub exámine, es menester de este Despacho decidir lo que en derecho corresponda, para lo cual, se tomarán en consideración los temas abordados por HUMANAVIVIR S.A. EPS-S, así:

A) INGRESO DE HUMANAVIVIR S.A. EPS-S EN EL MUNICIPIO DE CUMARIBO

El Acuerdo 415 del CNSSS, estableció en el inciso 1° del artículo 75, que la autorización regional delimita los mercados donde puede ofertar una EPS-S, con el propósito de especializar sus servicios de acuerdo a las características de la demanda poblacional asegurada, y la red de servicios entre otros factores, a fin de lograr una mejor administración del riesgo en salud.

Del mismo modo el inciso 2° del artículo 75 en comento, establece que de acuerdo con la autorización, **los municipios solo podrán contratar el Régimen Subsidiado con las EPS-S HABILITADAS QUE HAYAN SIDO SELECCIONADAS PARA OPERAR EN LA RESPECTIVA REGIÓN y los beneficiarios del subsidio solo podrán escoger una EPS-S entre aquellas seleccionadas en la región.**

Por otro lado, el artículo 81 del Acuerdo 415 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud establece que las EPS-S que deseen ingresar al mercado municipal, distrital deberán inscribirse, conforme a las siguientes condiciones, siempre que cumplan con todos los requisitos legales y reglamentarios para funcionar y no estar impedidas para celebrar contratos con el Estado conforme lo señalado por el artículo 2° de la Ley 901 de 2004 y el Decreto 3361 de 2004:

“1. **La EPS-S que pretenda inscribirse en cualquier municipio deberá estar debidamente habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud, autorizada para la operación regional conforme a las condiciones fijadas en el Acuerdo 415 del CNSSS y Resolución por parte del municipio donde pretenda operar.**

2. La EPS-S se podrá inscribir en cualquier tiempo presentando únicamente una comunicación dirigida al alcalde o al director de salud con anterioridad al inicio de la vigencia contractual en la que vaya a afiliarse, en la cual manifiesta su intención de participar en la administración del Régimen Subsidiado de Salud en la respectiva Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado, sin sujeción a la presentación de ningún otro requisito.

3. Las EPS-S que se encuentren inscritas en un municipio no deberán realizar nuevamente el proceso de inscripción siempre y cuando cumpla con las condiciones del primer inciso de este numeral.

4. La entidad territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado formalizará la inscripción mediante comunicación, la cual deberá darse dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la radicación de la solicitud”.

Ahora bien, conforme a lo anterior citado, este Despacho precisa que para que pueda entrar a operar la EPS-S HUMANAVIVIR en el municipio de Cumaribo, esta entidad debía cumplir con las siguientes condiciones a saber, conforme a lo establecido por el artículo 81 del Acuerdo 415 del CNSSS:

1. Estar debidamente habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud para ingresar al respectivo municipio.

2. Estar autorizada para operar en la Región de la que hace parte el municipio.

3. Estar inscrita en el respectivo municipio.

Conforme a lo establecido por el inciso 2° del artículo 75 del Acuerdo 415 del CNSSS, de acuerdo con la autorización, **el municipio de Cumaribo** solo podrá inscribir para la operación del Régimen Subsidiado en este, a las EPS-S habilitadas que hayan sido seleccionadas para operar en la respectiva región y los beneficiarios del subsidio de dicho municipio, solo podrán escoger una EPS-S entre aquellas seleccionadas en la región de la cual hace parte el municipio.

Teniendo en cuenta que la Superintendencia Nacional de Salud tuvo conocimiento que HUMANAVIVIR EPS S.A. pretendía administrar y operar los recursos del Régimen Subsidiado en Salud en el municipio de Cumaribo, la Superintendencia Nacional de Salud por intermedio de la Superintendencia Delegada de Atención en Salud y de la Oficina Asesora Jurídica, se vio en la obligación de aclarar, que al no encontrarse la EPS-S, habilitada por parte de la Superintendencia Nacional de Salud en el departamento del Vichada, y por ende en el municipio de Cumaribo, el municipio de Cumaribo no podía inscribir para la operación del Régimen Subsidiado en el mismo a la EPS-S HUMANAVIVIR EPS S.A., y los beneficiarios del subsidio del municipio de Cumaribo no podían escogerla para su afiliación, los cuales tan solo podrían escoger una EPS-S entre aquellas habilitadas y seleccionadas para operar en la región de la cual hace parte el municipio de Cumaribo y que se encontraran por este evento inscritas en el respectivo municipio.

HUMANAVIVIR S.A. EPS, no se encontraba habilitada por parte de esta Superintendencia Nacional de Salud para operar el Régimen Subsidiado en el departamento del Vichada, municipio de Cumaribo, pero sí contaba con la autorización regional otorgada por el Ministerio de la Protección Social, de manera que dicha EPS-S al no encontrarse habilitada por parte de la Superintendencia Nacional de Salud en el departamento del Vichada y en el municipio de Cumaribo, la misma para poder ingresar a municipios nuevos, esto es a los municipios del mencionado departamento, debía cumplir con lo dispuesto en el Decreto 1357 de 2008, el cual a la letra establece que:

(...)

Artículo 1°. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, que de conformidad con las normas vigentes, se encuentren al día con sus proveedores de bienes

y prestadores de servicios, se entenderán autorizadas sin necesidad de requisito previo o trámite especial, para aumentar su capacidad de afiliación en los municipios de la región para la cual fueron seleccionadas, siempre que mantengan esta condición en su relación de pagos.

Igualmente podrán operar sin necesidad de requisito previo o trámite especial en nuevos municipios, siempre que estos se encuentren ubicados en la región o departamento en los cuales hubieren sido aceptadas en el proceso de regionalización del Régimen Subsidiado establecido en los Acuerdos 294 y 298 de 2005 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS, y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan y con la condición de que estén al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios.

No obstante las EPS-S deberán informar de tal hecho a la Superintendencia Nacional de Salud dentro de los treinta (30) días siguientes al aumento de su capacidad de afiliación y/o ingreso al nuevo municipio, así como la red con la cual garantizarán el acceso a los servicios de salud de la nueva población.

Parágrafo. Las EPS-S que incumplan las normas sobre margen de solvencia, no pueden realizar nuevas afiliaciones, debiendo proceder a la correcta y efectiva aplicación de la restricción de la afiliación, dentro de los quince (15) días siguientes a la verificación de la conducta, sin perjuicio de las medidas que deba adoptar la Superintendencia Nacional de Salud y demás sanciones a que hubiere lugar. (Subrayado y negrilla fuera de texto).

(...)

Nótese, que el caso de la operación de la EPS-S HUMANAVIVIR en el municipio de Cumaribo, se ajusta a lo contemplado en el inciso 2° del artículo 1° del Decreto 1357 de 2008, y no en el inciso 1° del mencionado artículo, como se ha discutido por parte de la EPSS, ya que se trata del ingreso de la EPSS **a UN MUNICIPIO NUEVO sin necesidad de requisito previo o trámite especial, de habilitación de la Superintendencia Nacional de Salud para operar en él, y no del aumento en su capacidad de afiliación en los municipios en los cuales ya opera, esto es, no nuevos, de la región o regiones para la cual fue seleccionada.**

De esta manera, para que una EPSS pueda ingresar a operar en un MUNICIPIO NUEVO, se es requerido:

i) Que la EPSS se encuentre ubicada en la región o departamento en los cuales hubiere sido aceptada en el proceso de regionalización del Régimen Subsidiado, que en el caso que nos ocupa, es la región centrooriental, de la que hace parte el departamento de Vichada y el municipio de Cumaribo. Región para la cual, HUMANAVIVIR EPS S.A. fue autorizada, conforme a lo establecido en la Resolución 3734 de 2005 del Ministerio de la Protección Social, cumpliendo dicha EPSS así, una de las premisas contempladas en el inciso 2° del artículo 1° del Decreto 1357 de 2008.

ii) Que esté al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios, condición esta que corresponde no a proveedores de bienes y prestadores de servicios del municipio o departamento nuevo, sino a proveedores de bienes y prestadores de servicios de municipios y departamentos donde actúa HUMANAVIVIR EPS S.A. como Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado. Mal se haría en exigirse y tenerse en cuenta, para que la EPSS pueda operar en un municipio nuevo, que esta esté al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios del municipio o departamento nuevo, ya que ni estaría al día ni no estaría al día con los proveedores de bienes y prestadores de servicios del municipio o departamento nuevo, debido esto a que no opera, no funciona como EPSS en dicha localidad o departamento nuevo, y mal haría pretender demostrarlo la EPSS, ya que si ello fuera así, estaría operando en dicho municipio nuevo y departamento nuevo en forma ilegal, esto es, sin el cumplimiento de los requisitos contemplados en la norma en comento para ello. Por lo que, la condición adicional requerida para que la EPSS pueda operar en el NUEVO MUNICIPIO, sin necesidad de requisito previo o trámite especial de habilitación de la Superintendencia Nacional de Salud, es que la EPSS se encuentre al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios de los municipios y departamentos donde actúa HUMANAVIVIR EPS S.A. como Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, premisa esta que conforme a lo anotado a lo largo de este proveído HUMANAVIVIR EPS S.A. no cumple.

Así las cosas, se advirtió, que para que HUMANAVIVIR EPS S.A. ingresara al municipio de Cumaribo, como nuevo municipio, sin tener la habilitación para ingresar al departamento de Vichada y al municipio de Cumaribo, la Alcaldía de Cumaribo – Vichada debía verificar:

I. Que el municipio de Cumaribo se encontraba ubicado en la región o departamento en los cuales hubiere sido aceptada HUMANAVIVIR EPS S.A., en el proceso de regionalización del Régimen Subsidiado.

II. Que HUMANAVIVIR EPS S.A., se encontraba al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios en cada uno de los departamentos en que opera como EPSS.

III. Que HUMANAVIVIR EPS S.A., cumplía con las normas sobre margen de solvencia.

De verificarse que el municipio de Cumaribo no se encontraba ubicado en la región o departamento en los cuales hubiere sido aceptada HUMANAVIVIR EPS S.A., en el proceso de regionalización del Régimen Subsidiado, que HUMANAVIVIR EPS S.A., no se encontraba al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios en cada uno de los departamentos en que opera como EPSS, y no cumplía con las normas sobre margen de solvencia, dicha EPSS, **no podría entrar a operar en el departamento del Vichada y consecuente con ello en el municipio de Cumaribo, y por ende, no podría ser escogida por la población beneficiaria del Régimen Subsidiado de este municipio, ya sea por ampliación de afiliados, o fruto del traslado de los mismos en los procesos y períodos de traslado en el Régimen Subsidiado. De ingresar HUMANAVIVIR EPS S.A., al municipio de Cumaribo, sin el lleno de los requisitos aquí anotados, y obtener afiliados al Régimen Subsidiado en este municipio, HUMANAVIVIR EPS S.A., tendría que devolver los afiliados, que hubiere obtenido por ampliación o que se trasladaron a la misma en dicho municipio,** situación que además, no sería óbice para que esta Superintendencia, no adelante las investigaciones administrativas pertinentes e imponga las sanciones a que hubiere lugar.

Lo antes expuesto se soporta documentalmente en los oficios que libró esta Superintendencia por intermedio de la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud y la Oficina Asesora Jurídica, que a continuación se relacionan y que además, reflejan que esta Entidad de IVC advirtió a HUMANA VIVIR S.A. EPS-S respecto a la conducta que se encontraba desplegando y su presunto incumplimiento frente a la normatividad pertinente, recordándole sus deberes frente al espectro jurídico de rigor:

– Oficio signado con NURC 2-2011-026480 de fecha 5 de mayo de 2011, mediante el cual, la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, le informó a la doctora Luz Stella Guerrero Higuera, Directora Nacional del Régimen Subsidiado de HUMANA S.A. EPS-S, que se encontraba verificando que efectivamente la EPS-S esté al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios en cada uno de los departamentos en que opera, cumpla las normas sobre margen de solvencia y cuente con la red con la cual garantizará el acceso a los servicios de salud de la nueva población, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 1357 de 2008 y que en caso de no cumplirse con todos y cada uno de los requisitos referidos, HUMANA VIVIR S.A. EPS-S tendrá que devolver los afiliados que se trasladaron a la misma, situación que además no será óbice para el adelantamiento de las investigaciones administrativas y la imposición de sanciones a que haya lugar.

– Oficio radicado con NURC 2-2011-026476 de fecha 5 de mayo de 2011, con el cual, la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud requirió al doctor Aldemar Gómez González Alcalde Municipal de Cumaribo - Vichada, en los siguientes términos:

“La Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, le recuerda que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 81 del Acuerdo 415 de 2009, *“las EPS-S que ingresan al mercado municipal, distrital deberán inscribirse, conforme a las siguientes condiciones, siempre que cumplan con todos los requisitos legales y reglamentarios para funcionar y no estar impedidas para celebrar contratos con el Estado conforme lo señalado por el artículo 2° de la Ley 901 de 2004 y el Decreto 3361 de 2004:*

1. La EPS-S que pretenda inscribirse en cualquier municipio deberá estar debidamente habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud y autorizada para la operación regional conforme a las condiciones fijadas en el presente Acuerdo. (Subrayado y negrilla fuera de texto).

2. La EPS-S se podrá inscribir en cualquier tiempo presentando únicamente una comunicación dirigida al alcalde o al director de salud con anterioridad al inicio de la vigencia contractual en el que vaya a afiliarse, en la cual manifiesta su intención de participar en la administración del Régimen Subsidiado de Salud en la respectiva Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado, sin sujeción a la presentación de ningún otro requisito.

3. Las EPS-S que se encuentren inscritas en un municipio no deberán realizar nuevamente el proceso de inscripción siempre y cuando cumpla con las condiciones del primer inciso de este numeral.

4. La entidad territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado formalizará la inscripción mediante comunicación, la cual deberá darse dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la radicación de la solicitud.”

Ahora bien, teniendo en cuenta que la Superintendencia Nacional de Salud tuvo conocimiento que HUMANA VIVIR EPS S.A. pretende administrar y operar los recursos del Régimen Subsidiado en Salud en el municipio de Cumaribo, este Despacho se ve en la obligación de aclarar, que al no encontrarse la EPS-S en mención, habilitada por parte de esta Entidad en el departamento del Vichada, la misma para poder ingresar a municipios de dicho departamento, debe cumplir con lo dispuesto en el Decreto 1357 de 2008, el cual a la letra establece que:

(...)

Así las cosas, este Despacho ADVIERTE a la Alcaldía de Cumaribo – Vichada, QUE EN CASO de verificarse que HUMANA VIVIR EPS S.A. no se encuentre al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios en cada uno de los departamentos en que opera, y/o no cumpla las normas sobre margen de solvencia, y/o no cuente con la red con la cual garantizará el acceso a los servicios de salud de la nueva población, dicha EPS-S **tendrá que devolver los afiliados que se trasladaron a la misma.** Situación que además no será óbice para que esta Superintendencia adelante las investigaciones administrativas e imponga las sanciones a que haya lugar”.

– La Oficina Asesora Jurídica de esta Superintendencia, por medio del oficio radicado con NURC 2-2011-028088 de fecha 11 de mayo de 2011 rindió concepto sobre la operación de HUMANA VIVIR S.A. EPS-S en el municipio de Cumaribo - Vichada, de cuyo contenido se trae a colación lo siguiente:

(...)

Ahora bien, una vez hechas las anteriores precisiones la Oficina Asesora Jurídica de la Superintendencia Nacional de salud precisa que para que pueda entrar a operar la EPSS HUMANA VIVIR en el municipio de Cumaribo, debe cumplir con las siguientes condiciones a saber, conforme a lo establecido por el artículo 81 del Acuerdo 415 del CNSSS:

1. Estar debidamente habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud para ingresar al respectivo municipio.
2. Estar autorizada para operar en la Región de la que hace parte el municipio.
3. Estar inscrita en el respectivo municipio.

Del mismo modo y conforme a lo establecido por el inciso 2° del artículo 75 del Acuerdo 415 del CNSSS, de acuerdo con la autorización, **el municipio de Cumaribo solo podrá inscribir para la operación del Régimen Subsidiado en este, a las EPS-S habilitadas que hayan sido seleccionadas para operar en la respectiva región y los beneficiarios del subsidio solo podrán escoger una EPS-S entre aquellas seleccionadas en la región.**

Ahora bien, teniendo en cuenta que la Superintendencia Nacional de Salud tuvo conocimiento que HUMANA VIVIR EPS S.A. pretende administrar y operar los recursos del Régimen Subsidiado en Salud en el municipio de Cumaribo, este Despacho se ve en la obligación de aclarar, que al no encontrarse la EPS-S, habilitada por parte de la Superintendencia Nacional de Salud en el departamento del Vichada, y por ende en el municipio de Cumaribo, el municipio de Cumaribo no podrá inscribir para la operación del Régimen Subsidiado en el mismo a la EPS-S HUMANA VIVIR EPS S.A. y los beneficiarios del subsidio del municipio de Cumaribo no podrán escogerla para su afiliación, estos, solo podrán escoger una EPS-S entre aquellas habilitadas y seleccionadas para operar en la región de la cual hace parte el municipio de Cumaribo y que se encuentre por este evento inscrita en el respectivo municipio.

De otra parte, este Despacho se ve en la obligación de aclarar, que al no encontrarse la EPS-S HUMANA VIVIR EPS S.A., habilitada por parte de la Superintendencia Nacional de Salud en el departamento del Vichada y en el municipio de Cumaribo, la misma para poder ingresar a municipios de dicho departamento, debe cumplir con lo dispuesto en el Decreto 1357 de 2008, el cual a la letra establece que:

(...)

Así las cosas, esta Oficina Asesora advierte, que para que HUMANA VIVIR EPS S.A. ingrese al municipio de Cumaribo, sin tener habilitación para ingresar al departamento de Vichada y al municipio de Cumaribo, la Alcaldía de Cumaribo - Vichada debe verificar que HUMANA VIVIR EPS S.A., se encuentre al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios en cada uno de los departamentos en que opera, cumpla las normas sobre margen de solvencia, y cuente con la red con la cual garantizará el acceso a los servicios de salud de la nueva población.

De esta manera, de verificarse que HUMANA VIVIR EPS S.A., no se encuentre al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios en cada uno de los departamentos en que opera, no cumple con las normas sobre margen de solvencia, y no cuente con la red con la cual garantizará el acceso a los servicios de salud de la nueva población, dicha EPS-S, **no podrá entrar a operar en el departamento del Vichada y consecuente con ello en el municipio de Cumaribo, y por ende, no podrá ser escogida por la población beneficiaria del Régimen Subsidiado de este municipio, ya sea por ampliación de afiliados, o fruto del traslado de los mismos en los procesos y períodos de traslado en el Régimen Subsidiado. De ingresar HUMANA VIVIR EPS S.A. al municipio de Cumaribo, sin el lleno de los requisitos aquí anotados, y obtener afiliados al Régimen Subsidiado en este municipio, HUMANA VIVIR EPS S.A., tendrá que devolver los afiliados, que obtenga por ampliación o que se trasladaron a la misma en dicho municipio,** situación que además, no será óbice para que esta Superintendencia, adelante las investigaciones administrativas e imponga las sanciones a que haya lugar”.

De esta manera, verificado que el municipio de Cumaribo se encuentra ubicado en la región o departamento en el cual hubiere sido aceptada HUMANA VIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO “HUMANA S.A. EPS-S” en el proceso de regionalización del Régimen Subsidiado, esto es en la Región Centroriente conforme a la Resolución 3734 de 2005 del Ministerio de la Protección Social, que HUMANA VIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO “HUMANA S.A. EPS-S”, no se encontraba al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios en cada uno de los departamentos en que opera como EPSS, esta EPSS, no podía entrar a operar en el departamento del Vichada y consecuente con ello en el municipio de Cumaribo, y por ende, no podía ser escogida por la población beneficiaria del Régimen Subsidiado de este municipio, ya sea por ampliación de afiliados, o fruto del traslado de los mismos en el proceso y períodos de traslado en el Régimen Subsidiado.

Por lo que, al ingresar HUMANA VIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO “HUMANA S.A. EPS-S” al municipio de Cumaribo, sin el lleno de los requisitos aquí anotados, y obtener afiliados al Régimen Subsidiado en este municipio, HUMANA VIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO “HUMANA S.A. EPS-S” tendrá que devolver los afiliados que hubiere obtenido por ampliación o que hubiere logrado por traslados a la misma en dicho municipio, situación que conlleva a que la Superintendencia Nacional de Salud, adelante las investigaciones administrativas pertinentes e imponga las sanciones a que haya lugar.

De lo anterior se concluye, que HUMANA VIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO “HUMANA S.A. EPS-S” no cumplió con los lineamientos normativos aplicables a su ingreso como Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado en el municipio de Cumaribo - Vichada.

B) DEL PRINCIPIO DE LA CONFIANZA LEGÍTIMA Y DE LA BUENA FE

En otro sentido, debe indicarse que la EPS-S de autos por intermedio de su Representante legal insiste en la buena fe y la confianza legítima de su prohijada en todas las actuaciones surtidas en el municipio de Cumaribo, demandando de esta autoridad administrativa su reconocimiento en la actuación que nos ocupa, no obstante, este Despacho aclara este principio ha sido principalmente utilizado por la jurisprudencia de la Corte Constitucional como un mecanismo para armonizar y conciliar casos en que la administración en su condición de autoridad, por acción o por omisión ha creado expectativas favorables a los administrados y de forma abrupta elimina esas condiciones, evento que no es llamado a prosperar en la conducta realizada por HUMANA VIVIR S.A. EPS-S, toda vez que como ha quedado indicado, la vigilada incurrió con su comportamiento en prácticas irregulares que quebrantan las disposiciones legales y reglamentarias del Sistema General de Seguridad Social en Salud, razón por la cual, ***esta Superintendencia debe adoptar medidas efectivas para contrarrestar los efectos legales y sociales adversos.***

Nótese entonces cómo el principio de la confianza legítima puede aplicarse en distintas coyunturas, aportando una solución basada en la proporcionalidad y otros criterios, sin desconocer con ello la prevalencia del interés general. Esta modalidad permite gradualmente que los sujetos implicados en una situación irregular ajusten su condición en el marco del ordenamiento jurídico y dentro del respeto de sus derechos fundamentales; en otras palabras, por lo que se apuesta es por lograr un equilibrio digno y consecuente con un Estado Social de Derecho.

La organización administrativa del Estado reposa sobre el principio del interés general. ***Es claro que la contraposición entre los intereses puramente particulares de los individuos aisladamente considerados, y los intereses generales, ha de resolverse necesariamente a favor de los intereses generales, pues lo colectivo debe primar sobre lo individual, y lo público sobre lo privado.*** Así lo consagran de manera expresa los artículos 1° y 63 de la Constitución Política de Colombia. El principio del interés general a su vez determina el contenido y campo de aplicación del principio de la confianza legítima. Pues en él, la confianza legítima encuentra su más claro límite.

Dentro del alcance y límites es relevante tener en cuenta, según el caso concreto: i) que no libera a la administración del deber de enderezar sus actos u omisiones irregulares, sino que le impone la obligación de hacerlo de manera tal que no se atropellen los derechos fundamentales de los asociados, para lo cual será preciso examinar cautelosamente el impacto de su proceder y diseñar estrategias de solución; ii) que no se trata de un derecho absoluto y por tanto su ponderación debe efectuarse bajo el criterio de proporcionalidad; iii) que no puede estar enfocado a obtener el pago de indemnización, resarcimiento, reparación, donación o semejantes, y iv) que no recae sobre derechos adquiridos, sino de situaciones jurídicas anómalas susceptibles de modificación.

Es pertinente traer a colación el artículo 209 de la Constitución que establece: “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.

La jurisprudencia colombiana se ha ocupado sobre el particular, en diversos pronunciamientos, de los cuales se traen a colación los siguientes:

– Sentencias T-475 y T-526 de 1992, T-1014 de 1999, T-980/03, entre otras. [ii] Al respecto en la Sentencia T-021 de 2008, la Corte precisó que si bien el principio “se deriva directamente de los principios de seguridad jurídica (artículos 1° y 4° de la C.P.), de respeto al acto propio y buena fe (artículo 83 de la C.P.), adquiere una identidad propia en virtud de las especiales reglas que se imponen en la relación entre administración y administrado”.

– En la reciente Sentencia T-200 de 2009 proferida por esta Sala de revisión, se estudió un caso que ostenta similitud fáctica con los hechos revisados en la Sentencia T-617/95 y cuya protección se otorgó aplicando el principio de la confianza legítima. De otra parte, y relacionado con el principio de confianza legítima para la protección del derecho a la vivienda, se pueden ver las Sentencias T-614/05, T-403/06, T-079/08, entre otras.

– Relativo al tema puede consultarse la Sentencia C-131/04, en la que la Corte Constitucional manifestó: “*De igual manera, como cualquier otro principio, la confianza legítima debe ser ponderada, en el caso concreto, con los otros, en especial, con la salvaguarda del interés general y el principio democrático.*”

– La Corte Suprema de Justicia, en Sentencia de diciembre 12 de 1994, consideró “(...) el derecho adquirido es la ventaja o el beneficio cuya conservación o integridad está garantizada a favor del titular del derecho, por una acción o por una excepción. Ajusta mejor con la técnica denominar “situación jurídica concreta o subjetiva, al derecho adquirido o constituido (...)”. Puntualizando con el tiempo, en Sentencia del 17 de marzo de 1977, respecto de su finalidad, que: “*por derechos adquiridos, ha dicho la Corte, se tienen aquellas situaciones individuales y subjetivas que se han creado y definido bajo el imperio de una ley, y que por lo mismo han creado a favor de sus titulares un cierto derecho que debe ser respetado.*”

Consecuencia de lo expuesto, no es de recibo la argumentación expuesta por la doctora María Isabell Martínez Umoa en beneficio de su representada.

C) PRINCIPIO DE LA BUENA FE

Este principio se encuentra consagrado expresamente en el artículo 83 de la Carta Política “Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante estas”. La circunstancia de que el principio de la buena fe tenga un claro fundamento constitucional –que algunos consideran que su única función dentro de la Carta es de garantía– es de gran trascendencia en el área del derecho público. “*De un lado, por cuanto permite su aplicación directa y no subsidiaria en el espectro de las actuaciones administrativas y, del otro, por cuanto contribuye a establecer límites claros al poder del Estado, buscando impedir el ejercicio arbitrario de las competencias públicas, y a humanizar las relaciones que surgen entre la Administración y los administrados.*” Esto, claro está, visto desde un punto de vista preferentemente público.

Mientras que desde el punto de vista privado se mira como conducta en cuanto a las actuaciones de los particulares, y como presunción, entre otras. Además de estos dos puntos de vista, “este principio tiene la función de mantener el orden constitucional y la convivencia pacífica”. Por lo tanto, cuando se hable del principio de la *bona fides* elevado al ámbito constitucional, no solo se estará mencionando su presencia como tal, sino, que también se estaría refiriendo a su notable importancia e imprescindibilidad dentro de este contexto; así, la Corte Constitucional afirma que “*El principio de la buena fe se erige en arco total de las instituciones colombianas dado el especial énfasis que en esta materia introdujo la Carta del 91, a tal punto que las relaciones jurídicas que surjan a su amparo no podrán partir de supuestos que lo desconozcan.*”

Y por otra parte, más allá de indagar por su importancia, es fundamental enmarcar su funcionalidad, ya que como es obvio, la teleología de un principio es correlativa a la importancia que este tenga, puesto que si este no prestase una función directa dentro del ordenamiento jurídico carecería de total importancia.

Así las cosas, la buena fe como principio general del derecho aplicable al comportamiento humano no es otra cosa que una serie de normas éticas, por cuanto comportan una esencia axiológica; y normas sociales, por cuanto se hacen imprescindibles a la hora de la convivencia en sociedad; recogidas por el ordenamiento jurídico (no se limitan a ser unos meros enunciados teóricos y filosóficos) que “informan la constitución, desenvolvimiento y extinción de las relaciones jurídicas”.

En síntesis, respecto de los efectos o funciones de la buena fe como principio, puede afirmarse que sirve para corregir, suplir y ayudar ágilmente en la creación, interpretación y aplicación de normas jurídicas generales y abstractas e individuales y concretas, tanto en el derecho privado como en el derecho público. Y es precisamente en este punto donde surge imprescindible profundizar en esta dicotomía derecho privado-derecho público, ya que es ciertamente en estas dos ramas en que tal principio adquiere mayor arraigo práctico en el momento de su aplicación.

Así, los principios generales del derecho contienen un valor relevante en el derecho, pues han precedido su formación y constituyen la vía para introducir las exigencias de la justicia en las relaciones entre la administración y los administrados.

Ciertamente, esta disciplina jurídica es un desarrollo de los principios de legalidad y de separación de los poderes públicos que dominan la configuración de Estado a partir de la revolución liberal del siglo 18, como técnica de garantía de la libertad; tiene pues su fuente en unos postulados de justicia material y no en una complicación de normas positivas, y esta precisamente es la clave que ha de orientar su desarrollo posterior, principalmente por la vía jurisprudencial, en los países a los que les correspondió la fortuna de tener un tribunal de justicia como el *Conseil d’Etat*, que en su prodigiosa labor creadora acudió a los principios generales del derecho para la construcción de sus más brillantes instituciones jurídicas, no solo para suplir las lagunas por vía de integración normativa, sino también para tutelar la libertad de los ciudadanos frente a los excesos del Poder Público.

Consecuencia de lo expuesto, no puede aceptarse como argumento de defensa por parte de la EPS-S que su actuar estuvo enmarcado en el principio de la buena fe, toda vez que se vulneró la normatividad relacionada en el presente proveído para su ingreso legal y en debida forma en el municipio de Cumaribo – Vichada, más aún, cuando fue advertida de ello.

D) DE LAS PRUEBAS SOLICITADAS POR HUMANAVIVIR S.A. EPS-S

Sobre el particular es menester de este Despacho señalar que mediante Auto número 00312 del 1° de julio de 2011, esta Superintendencia dispuso dar impulso a la actuación administrativa adelantada contra HUMANA VIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO “HUMANA S.A. EPS-S”, con NIT 830006404-0, concediendo para el efecto, de conformidad con lo dispuesto en el inciso 1° del artículo 5° del Decreto 506 de 2005, el término de cinco (5) días hábiles contados a partir del día siguiente al recibo de la comunicación del Auto, a HUMANA VIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO “HUMANA S.A. EPS-S”, para que ejerciera el derecho de contradicción que le asiste, así como también para que aportara las pruebas que considere pertinentes.

El Auto Administrativo en cita fue notificado por comunicación al doctor Fabio Romero Sosa, Representante legal de HUMANAVIVIR S.A. EPS-S, por medio del oficio signado con NURC 2-2011-045027 de fecha 5 de julio de 2011.

El Representante legal de la EPS-S, con oficio radicado con NURC 1-2011-056379 de fecha 12 de julio de 2011, dio respuesta al Auto número 00312 del 1° de julio de 2011, solicitando su revocatoria directa, escrito en el cual solicitó el **decreto y práctica de pruebas**, las cuales no prosperaron, teniendo en cuenta que el acto del cual se solicitaba la revocatoria, no decide de fondo una situación jurídica, sin embargo, se indicó que las aportadas con su escrito serían tenidas en cuenta al momento de resolver de fondo la presente actuación.

Así las cosas se despachan desfavorablemente la solicitud de la pluricitada EPS-S en el sentido de que se decreten y se reciban los testimonios de las siguientes personas:

- Señor José Villamil, Veedor Nacional.
- Gerente Regional de Comfamiliar Huila EPS-S con sede en Cumaribo.
- Señor Aldemar Gómez, Alcalde Municipal de Cumaribo.
- A los doctores Jaime Alvarado Silva, José Hebert Jaime Rivera Díaz y José Enrique Torres Herrera, funcionarios de la Superintendencia Nacional de Salud.

Más aun cuando no es el momento procesal para ello y los términos en la actuación administrativa resultan improrrogables y no les está permitido a las partes o sujetos procesales adecuarlos o cambiarlos en beneficio propio.

E) CONCLUSIÓN

Hemos de destacar, que el servicio público de salud es inherente al Estado Social de Derecho, y en consecuencia, su labor consiste en asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional y el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida, concretamente en relación con salud, educación, saneamiento ambiental y agua potable, tal y como lo establecen los artículos 49 y 365 de la Constitución Política Colombiana.

Si lo que se pretende es salvaguardar los derechos fundamentales, es preciso que la actividad del Estado, tenga las facultades necesarias para lograr su preservación y evitar el riesgo, cuando ello sea posible sin perjuicio de los deberes correccionales.

Toda conducta que contraviene un deber legal debe sufrir el reproche del organismo que ejerce funciones de inspección, vigilancia y control.

La determinación de las funciones a cargo de quienes desarrollan actividades de EPSS corresponde a una regulación que se encuentra en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

A nivel de los sujetos que se habilitan para cumplir una determinada labor no puede ser otro el razonamiento. La habilitación determina los límites en el actuar de las EPS. La actuación se encuentra reglada para tales operadores **quienes solo pueden hacer lo que les está permitido por la ley**. Cuando una entidad actúa por fuera de estos linderos, se producen dos consecuencias principales, que tiene que ver con el carácter de las funciones asignadas al ente de inspección, vigilancia y control, a saber, las tendientes a prevenir una conducta o la continuación de la misma, y **aquellas que están destinadas a sancionarlas**.

Conforme al artículo 1° del Decreto 1663 de 1994, el Estado garantiza a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, y a todas las personas naturales o jurídicas que participen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el derecho a la libre y leal competencia en el mercado de los servicios de salud, en igualdad de condiciones, dentro de los límites impuestos por la ley conforme a lo descrito por el Decreto en comento, con la finalidad de:

1. Mejorar la eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

2. Garantizar la efectividad del principio de la libre escogencia de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3. Permitir la participación de las distintas personas naturales o jurídicas que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y la vigilancia del Estado.

4. Garantizar que en el mercado de servicios de salud exista variedad de precios y calidades de bienes y servicios.

Cualquier conducta que tergiversar el actuar de las EPS, es reprochable, por la conducta en sí, y por las consecuencias y responsabilidad que se producen en la atención en salud, teniendo en cuenta que el ciudadano, se le debe brindar la máxima confianza y seguridad respecto de los actores en el SGSSS.

Respecto al suministro de servicios que realiza una EPS, deberá tenerse en cuenta que el ofrecimiento y prestación de los servicios que se contemplan, debe enmarcarse dentro de lo dispuesto por las normas, advirtiendo, que el desconocer la normatividad vigente sobre el particular, y estar operando sin el cumplimiento de los requisitos allí dispuestos, determina que la entidad puede incurrir en la violación del derecho a la libre y leal competencia en el mercado de los servicios de salud previstos en la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011 y el Decreto 1663 de 1994, que regulan los aspectos de la competencia en el sector, ser objeto de las investigaciones por parte de la Superintendencia de Industria y Comercio, de la Superintendencia Nacional de Salud, y de las sanciones a que haya lugar.

En consecuencia, si existen disposiciones en virtud de las cuales se construye un deber legal de funcionamiento de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y por ende, se definen las prácticas que no pueden realizar.

En la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011 y demás normatividad que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud, está perfectamente claro que para operar dentro de este Sistema las personas jurídicas y naturales deberán previamente reunir los requisitos que la Ley establece y solicitar su autorización legal.

En materia de salud, debe tenerse en cuenta que la realización del servicio público de carácter obligatorio de la Seguridad Social en Salud 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, no pueden hacer sino lo que expresamente ha determinado la Ley**.

De esta manera, para las Entidades Promotoras de Salud (EPS), rige el principio de los funcionarios públicos, que únicamente pueden hacer lo que les esté expresamente permitido.

Es por esto que, la Seguridad Social en Salud **no puede ser operada, prestada por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), sino en la forma establecida en la Ley 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1348 de 2011,** y las normas que las desarrollan.

De conformidad con lo previsto en la Ley 155 de 1959, el Decreto 2153 de 1992, y el artículo 3° del Decreto 1663 de 1994, están prohibidos todos los **acuerdos, actos o convenios, así como las prácticas y las decisiones concertadas** que, directa o indirectamente tengan por objeto o como efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de los servicios de salud; abusar de una posición de dominio sobre el mismo; o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud. Dichas conductas tendrán objeto ilícito.

Por orden del artículo 12 del Decreto en comento, quedan prohibidos los actos de competencia desleal en el mercado de los servicios de salud. Además de lo previsto en las normas del Código de Comercio, se considera que constituye competencia desleal en el mercado de los servicios de salud, todo acto o hecho contrario a la buena fe comercial y al normal desenvolvimiento de las actividades propias de dicho mercado.

Así mismo, y conforme al artículo 11 del Decreto 1663 de 1994, Serán aplicables a las actividades de las Entidades Promotoras de Salud, a los promotores de estas, y a las de todas las personas naturales o jurídicas que participen en el sector, las normas sobre competencia desleal contenidas en el Código de Comercio y las normas que las reglamenten, así como aquellas que las modifiquen, sustituyan o complementen.

Por lo anterior, en caso de presentarse una situación de ejercicio irregular de una actividad del sector salud, la propia Superintendencia Nacional de Salud está facultada para adoptar las decisiones que a su juicio mejor consulten el propósito explícito en la normatividad de defender el interés público tutelado, lo cual ha de traducirse necesariamente en el restablecimiento del orden jurídico perturbado con la conducta ilegal.

Es por esto que, 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.

Lo anterior, sin olvidar que:

I. 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.

II. A las EPS-S que aseguran servicios de salud y prestan los servicios de salud les rige el principio de los funcionarios públicos, que únicamente pueden hacer lo que les esté expresamente permitido.

III. La Seguridad Social en Salud no puede ser prestada por las EPS-S sino en la forma establecida en la Ley 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011 y las normas que las desarrollan.

De lo expuesto se concluye que de conformidad con las condiciones y bajo los parámetros en que ha actuado la **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO HUMANA VIVIR S.A. EPS**, dicha entidad genera un riesgo inminente, no sólo en la prestación de los servicios de salud ofertados a su población usuaria, sino también al 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 conductas que vulneran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Derecho a la salud, configurándose por ende, la causal de revocatoria de la habilitación a que se refieren los numerales 4, 6 y 7 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011.

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 la **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO HUMANA VIVIR S.A. EPS**, entidad que por lo expuesto a lo largo del presente proveído, ha incurrido en causal de revocatoria de su habilitación, conforme a las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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 la debida observancia de las normas que rigen el SGSSS, el respeto debido a estas, para con ello en consecuencia, contrarrestar los hechos y circunstancias que ponen en peligro y lesionan el orden jurídico que se protege.

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 conductas que vulneran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el derecho a la salud que deben observarse en el marco constitucional y legal pertinente a la naturaleza de la vigilada de autos, y de circunstancias que ponen en riesgo no sólo los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sino también la cobertura de la prestación de los servicios de salud a las personas que bajo engaños, esto es, sin tener COMPETENCIA PARA HACERLO la **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO HUMANA VIVIR S.A. EPS**, realizó su afiliación o traslado en el Régimen Subsidiado.

La Superintendencia Nacional de Salud, como máximo órgano de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en el marco de su competencia, propugna para que los actores del Sistema sobre los cuales ejerce las funciones señaladas, cumplan a cabalidad y con respeto las normas que regulan el SGSSS, motivo por el cual, esta Superintendencia no puede permitir, ni tolerar que ninguna ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD adelante prácticas irregulares que vayan en contravía de las disposiciones legales y reglamentarias del sistema, de los derechos de la población usuaria, así como de su derecho a la libre escogencia, motivos por los cuales, las medidas a adoptar deben tener el carácter de ejemplarizantes y contundentes a fin de que no se vuelvan a presentar esta clase de hechos.

Teniendo en cuenta que con las conductas definidas a lo largo de este proveído:

- i) Se violan las disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- ii) Se incumplen las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud.
- iii) Se impide, se atenta contra el derecho a la afiliación y selección de EPSS.
- iv) Se pone en riesgo la vida de las personas de especial protección constitucional, esto es, de los afiliados al Régimen Subsidiado en salud.
- v) Se configura la causal de REVOCATORIA DE LA HABILITACIÓN DE LA EPSS HUMANA VIVIR S.A. EPS, contemplada por el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011.
- vi) En virtud del artículo 5° del Decreto 506 de 2005, se faculta a la Superintendencia Nacional de Salud para que, como consecuencia de la revocatoria del certificado de la habilitación de la EPSS HUMANA VIVIR S.A. EPS, efectúe la toma de posesión de bienes, haberes y negocios, y adopte las medidas cautelares.

vii) La toma de posesión de bienes haberes y negocios se podrá adoptar como consecuencia de la revocatoria del certificado de la habilitación, por la ocurrencia de las causales de revocatoria, **cuando esté en riesgo el manejo de los recursos públicos de la Seguridad Social en Salud o la prestación del servicio a sus afiliados**, según lo contemplado por el inciso 2° del artículo 6° del Decreto 506 de 2005.

viii) El inciso 3° del artículo 6° del Decreto 506 de 2005 establece que las medidas cautelares y de toma de posesión, que en ejercicio de sus funciones adopte la Superintendencia Nacional de Salud, **serán de aplicación inmediata. En consecuencia, el recurso de reposición que proceda contra las mismas no suspenderá la ejecutoriedad del acto administrativo.**

ix) La revocatoria de la habilitación puede adoptarse simultáneamente o de manera independiente con la toma de posesión, **cuando esas mismas causales que la originan puedan poner en peligro los recursos de la Seguridad Social en Salud o la atención de la población afiliada,** según el inciso 4° del artículo 6° del Decreto 506 de 2005.

x) Cuando la revocatoria sea simultánea con la toma de posesión, el procedimiento, los recursos, las reglas y los efectos serán los de la toma de posesión.³¹

La Superintendencia, en uso de las funciones de inspección, vigilancia y control, acatando sus cometidos constitucionales y legales, se ve avocada ante la situación presentada 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 124 de la Ley 1438 de 2011, el artículo 116 del Decreto-ley 663 de 1993, el artículo 1° del Decreto 1015 de 2002, los artículos 5° y 6° del Decreto 506 de 2005, el artículo 1° del Decreto 736 de 2005, 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, los artículos 4° y 5° del Decreto 3556 de 2008, los artículos 9.1.1.1.1 al 9.5.1.1.1 del Decreto 2555 de 2010, el artículo 50 del Acuerdo 415 de 2009, a revocar del certificado de habilitación para la operación y administración del Régimen Subsidiado, a la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios, y a la intervención forzosa administrativa para administrar y liquidar el programa de Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado en Salud de HUMANA VIVIR S.A. EPS identificada con el NIT 830006404-0.

La toma de posesión de bienes, haberes y negocios se adopta como consecuencia de la revocatoria del certificado de la habilitación de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado en Salud de HUMANA VIVIR S.A. EPS, por la ocurrencia de las causales aquí establecidas de revocatoria, teniendo en cuenta el riesgo que por esta medida se configure en el manejo de los recursos públicos de la seguridad social en salud que esta entidad administra en el Régimen Subsidiado y en la prestación del servicio a sus afiliados.

La medida de toma de posesión, que en ejercicio de sus funciones adopta la Superintendencia Nacional de Salud, serán de aplicación inmediata, y en consecuencia, el recurso de reposición que proceda contra la misma no suspenderá la ejecutoriedad del acto administrativo.

La revocatoria de la habilitación que aquí se establece, se adopta simultáneamente con la toma de posesión, **ya que las causales que la originan ponen en peligro, los recursos de la seguridad social en salud que administra esta entidad en el Régimen Subsidiado, y la atención de la población afiliada.**

De esta manera, como la revocatoria de la habilitación es simultánea con la toma de posesión, el procedimiento, los recursos, las reglas y los efectos serán los de la toma de posesión.³²

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.

Con respecto al Revisor Fiscal se tiene en cuenta que el Consejo de Estado, en Sentencia 15730 de 2007, expresó lo siguiente:

“(...) la institución de la revisoría fiscal ofrece credibilidad de la situación financiera, de un adecuado sistema de control interno, del manejo de la contabilidad y del cumplimiento de las disposiciones estatutarias y legales, lo que preserva la protección de terceros e incluso del mismo Estado (...).”

De acuerdo con lo anterior, el artículo 22 de la Ley 510 de 1999 dispuso lo siguiente:

“La toma de posesión conlleva: (...) 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 e Instituciones Financieras (...).”

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 del programa de Régimen Subsidiado de HUMANA VIVIR S.A. EPS, 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.

No obstante lo anterior, cuando la intervención para liquidar 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.

³¹ Inciso 4°, artículo 6° Decreto 506 de 2005.

³² Inciso 4°, artículo 6° Decreto 506 de 2005.

De otro lado, y según lo dispuesto en el artículo tercero de la Resolución número 000237 del 28 de enero de 2010, expedida por esta Superintendencia, los honorarios de los Contralores o Revisores Fiscales equivaldrán al cincuenta por ciento (50%) del monto de los honorarios fijados al interventor o al liquidador.

Igualmente, el Agente Especial designado, en virtud de las facultades conferidas en el artículo 291 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificado por el artículo 24 de la Ley 510 de 1999 y siguientes, ejerce funciones públicas transitorias; en consecuencia, el nombramiento y desempeño, no constituye ni establecen relación laboral alguna entre el designado y la entidad objeto de intervención, ni entre aquel y la Superintendencia Nacional de Salud.

En mérito de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

Artículo 1°. **Revocar** de forma total el certificado de habilitación para la operación y administración del Régimen Subsidiado **HUMANA VIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO “HUMANA S.A. EPS-S”**, con NIT 830006404-0, representada legalmente por el doctor Fabio Romero Sosa o quien haga sus veces, con domicilio en la avenida calle 26 número 82-54 en Bogotá, otorgada mediante la Resolución número 1370 del 22 de diciembre de 2008, por las razones expuestas en la parte motiva del presente proveído.

Artículo 2°. **Ordenar** la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios, como consecuencia de la revocatoria adoptada, y la intervención forzosa administrativa para administrar **HUMANA VIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO “HUMANA S.A. EPS-S”**, mientras se da lugar a la ejecutoria de los actos administrativos que establecen la medida y se lleve a cabo el traslado de los afiliados a esta entidad de conformidad con las disposiciones legales vigentes, esto es, el artículo 50 del Acuerdo 415 del CNSSS mediante el cual se garantice la continuidad del aseguramiento de la población afiliada al Régimen Subsidiado de Salud, lo anterior, 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.

Parágrafo 1°. Los efectos de la intervención forzosa administrativa para administrar a **HUMANA VIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO “HUMANA S.A. EPS-S”**, 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.

g) La prevención 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 liquidador. Así mismo, deberán abstenerse de registrar cualquier acto que afecte el dominio de bienes de propiedad de la intervenida salvo que dicho acto haya sido realizado por el funcionario mencionado.

Parágrafo 2°. El agente especial en calidad de interventor deberá garantizar la prestación del servicio de salud a la población beneficiaria del Régimen Subsidiado, hasta tanto, no se lleve a cabo el traslado de los afiliados, de conformidad con las disposiciones legales vigentes, esto es, el artículo 50 del Acuerdo 415 del CNSSS mediante el cual se establece que se garantizará la continuidad del aseguramiento de la población afiliada al Régimen Subsidiado de Salud, en caso de Revocatoria de la autorización o de la habilitación para operar el Régimen Subsidiado, y que una vez los actos administrativos que la hayan ordenado se encuentren debidamente ejecutoriados se aplicará el siguiente procedimiento:

“1. Las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado informarán de forma inmediata a la Entidad Territorial Departamental y a la Superintendencia Nacional de Salud de ser necesario, la ocurrencia de cualquiera de las circunstancias enunciadas, hasta tanto no se realice esta comunicación la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado en el territorio asumirá todos los costos que se generen, por la atención de los afiliados.

2. Las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado informarán a los afiliados a través de medios de amplia circulación y difusión, el día siguiente a la ocurrencia de cualquiera de las circunstancias enunciadas, que la EPS-S a la que se encuentran afiliados no continuará operando.

3. La asignación de los afiliados será realizada por la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado con presencia de un delegado de la Dirección Departamental de Salud el mismo día a las EPS-S restantes que operan así: 50% en pro-

porción al número de afiliados que tenga cada EPS-S en los respectivos municipios donde operaba la EPS-S saliente y el 50% restante distribuido por igual entre todas las EPS-S que se encuentren inscritas en el municipio. Con los afiliados que tengan enfermedades de alto costo se conformará un grupo aparte y se distribuirán aleatoriamente, en proporción al número de afiliados incluidos los asignados que tenga cada EPS-S.

Para efecto de la asignación de usuarios a que hace referencia el inciso anterior, la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado no podrá estar intervenida por la Superintendencia Nacional de Salud, no debe presentar mora con su red de prestadores de servicios de acuerdo con la normatividad vigente y deberá estar cumpliendo oportunamente con los reportes y envío de información.

4. La Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado y las EPS-S con afiliados asignados informarán a los mismos sobre la EPS-S que les correspondió y la posibilidad de libre elección para el siguiente periodo de contratación. En caso de que el afiliado manifieste su decisión de traslado, este se hará efectivo en los términos establecidos en el presente Acuerdo.

5. Las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado y EPS-S procederán a adicionar los contratos vigentes por el periodo del año que falte, según el número de afiliados asignados. La prestación de los servicios y el pago de las UPC-S se garantizarán durante este periodo, mediante la entrega del listado de afiliados o las bases de datos, por parte de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado a la red prestadora contratada, indicándole que el afiliado puede acceder a los servicios con el carné de la anterior EPS-S. La EPS-S deberá contratar inmediatamente con las IPS los servicios que garanticen el plan de beneficios correspondiente a estos afiliados.

La póliza para el cubrimiento de las enfermedades catastróficas así como la contratación por capitación, se hará exclusivamente por los afiliados que se encontraban registrados en la BDUA por la anterior EPS-S.

6. La EPS-S deberá entregar un nuevo carné a los afiliados asignados, dentro de los treinta (30) días calendario, siguientes a la adición del contrato siempre que a la fecha de esta adición falten más de cuatro meses para que se termine la vigencia contractual.

La EPS-S deberá informar a los afiliados que mientras obtengan el nuevo carné podrán acceder a los servicios de salud con la presentación del carné de la anterior EPS-S.

7. Las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado reportarán la novedad a las Entidades Promotoras de Salud del Subsidiado del Régimen Salud y procederán a la adición del contrato en ejecución dentro de los dos (2) días siguientes al reporte de la novedad.

Tratándose de afiliados de las comunidades indígenas, las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado solicitarán a la autoridad tradicional que seleccione la EPS-S a la cual se trasladarán de manera colectiva”.

Parágrafo 3°. El Agente Especial Interventor 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. Hará un inventario preliminar de los activos y pasivos de la intervenida.

Parágrafo 4°. El Agente Especial Interventor 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 3°. **Ordenar** la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios, como consecuencia de la revocatoria adoptada, y la intervención forzosa administrativa para liquidar **HUMANA VIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO “HUMANAS.A. EPS-S”**, una vez ejecutoriados los actos administrativos que establecen la medida y siempre que se haya llevado a cabo el traslado de los afiliados de esta entidad bajo las disposiciones legales vigentes, esto es, el artículo 50 del Acuerdo 415 del CNSSS y con el cual se garantice la continuidad del aseguramiento de la población afiliada al Régimen Subsidiado de Salud, lo anterior, 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, y cuyos efectos de conformidad con el artículo 23 de la Ley 510 de 1999, son los siguientes:

“a) La disolución de la entidad;

b) La exigibilidad de todas las obligaciones a plazo a cargo de la intervenida, sean comerciales o civiles, estén o no caucionadas, lo anterior sin perjuicio de lo que dispongan las normas que regulen las operaciones de futuros, opciones y otros derivados;

c) La formación de la masa de bienes;

d) La terminación automática al vencimiento de un plazo de dos (2) meses siguientes a la ejecutoria del acto administrativo, de los contratos de seguros vigentes, cualquiera que sea su clase, celebrados por una entidad aseguradora respecto de la cual la Superintendencia Bancaria disponga la liquidación. La Superintendencia Bancaria podrá ampliar este plazo hasta en seis meses en el caso de seguros de cumplimiento y de vida. En el acto administrativo que ordene la liquidación de una entidad aseguradora se advertirá la consecuencia de la terminación automática antes mencionada. Lo anterior salvo que la entidad objeto de la toma de posesión ceda los contratos correspondientes, lo cual deberá hacerse en todo caso cuando se trate de contratos de seguros que otorguen las coberturas de la seguridad social previstas en la Ley 100 de 1993 y en el Decreto-ley 1295 de 1994 y los de seguros obligatorios de accidentes de tránsito. Para este efecto se tendrán en cuenta las reservas matemáticas correspondientes que constituyen ahorro previsional del asegurado y si es del caso los derechos derivados de la garantía de la Nación, de conformidad con la Ley 100 de 1993;

e) Los derechos laborales de los trabajadores gozarán de la correspondiente protección legal, en los procesos de liquidación”.

Parágrafo 1°. Decretada la intervención forzosa para liquidar **HUMANAVIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO “HUMANA S.A. EPS-S”**, se comprende que la unidad empresarial y económica inicia su etapa de extinción total y definitiva, respecto al mismo.

Parágrafo 2°. La decisión de intervenir forzosamente para liquidar **HUMANAVIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO “HUMANA S.A. EPS-S”**, implica los efectos propios de la toma de posesión. Con el inicio del proceso liquidatorio, **HUMANAVIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO “HUMANA S.A. EPS-S”**, necesariamente debe abandonar las actividades propias de su objeto social para dedicarse exclusivamente a la realización de operaciones conducentes a hacer líquidos sus activos y cancelar sus pasivos para luego conseguir la extinción total del ente.

Parágrafo 3°. Como consecuencia de la toma de posesión de bienes, haberes y negocios se dispone de conformidad con lo establecido en el artículo 292 del Estatuto Orgánico Financiero las medidas preventivas que a continuación se relacionan:

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.

g) La prevención 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 liquidador. Así mismo, deberán abstenerse de registrar cualquier acto que afecte el dominio de bienes de propiedad de la intervenida salvo que dicho acto haya sido realizado por el funcionario mencionado.

Parágrafo 4°. De conformidad con lo previsto el numeral 6 del artículo 295 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el liquidador ejercerá funciones públicas transitorias, previa posesión, lo cual no constituye ni establece relación laboral alguna con la entidad objeto de intervención ni con la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 5°. El liquidador 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.

Artículo 4°. 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 los artículos 9.1.1.1.1 al 9.1.2.1.3 y el artículo 12.2.1.1.4. del Decreto 2555 de 2010, de conformidad con lo establecido en el artículo 1° del 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, 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 5°. **Solicitar** a la Junta Directiva de **HUMANAVIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO “HUMANA S.A. EPS-S”**, que en forma inmediata proceda a remover al Representante Legal y al Revisor Fiscal de **HUMANAVIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO “HUMANA S.A. EPS-S”**, entidad intervenida, doctor Fabio Romero Sosa, portador de la cédula de ciudadanía número 11.335.962, y la firma PROYECCIÓN GERENCIAL LIMITADA con NIT 830.051.307-5 representada para dicho efecto por Gladys Stella Amézquita Pulido portadora de la cédula de ciudadanía número 51.629.878, como Revisora Fiscal principal, o a quienes hagan sus veces, y designe su reemplazo en forma inmediata, en virtud de lo dispuesto en el artículo 2° del Decreto 3023 de 2002, teniendo en cuenta que los antes citados presuntamente incurrieron en violaciones a las disposiciones legales, e incumplieron las órdenes e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud, en el ejercicio de sus funciones.

Parágrafo 1°. **De la remoción y designación del representante legal y el revisor fiscal aquí dispuesta, deberá informarse a esta Superintendencia a más tardar dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la misma, con la indicación del domicilio y/o lugar de residencia de quienes resultaren designados.**

Parágrafo 2°. De no atenderse por la Junta Directiva de **HUMANAVIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO “HUMANA S.A. EPS-S”**, la orden impartida en el presente artículo, la Superintendencia Nacional de Salud procederá a designar en forma temporal al Agente Especial Interventor y Liquidador y al Contralor.

Parágrafo 3°. La persona designada como Contralor acorde a lo dispuesto en el artículo 28 de la Ley 510 de 1999, así como lo indicado en la Circular Única expedida por esta Superintendencia Título IX Medidas Especiales - Capítulo Segundo Intervención Forzosa Administrativa para administrar, numeral 3 informes que debe reportar el Contralor y/o Revisor Fiscal, inciso primero, ejercerá funciones propias del revisor fiscal conforme al Código de Comercio y demás normas aplicables a la revisoría fiscal y responderá de acuerdo a ellas.

Artículo 6°. **Ordenar** al Superintendente Delegado para Medidas Especiales de la Superintendencia Nacional de Salud dar cumplimiento a lo estipulado en el artículo 21 del Decreto 1018 de 2007.

Artículo 7°. **Disponer** que los gastos que ocasione la intervención ordenada serán a cargo de la entidad intervenida en los términos de ley.

Artículo 8°. **Notificar personalmente** el contenido del presente acto administrativo a **HUMANAVIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO "HUMANA S.A. EPS-S"**, con NIT 830006404-0, representada legalmente por el doctor Fabio Romero Sosa, o a quien haga sus veces, o a quien se designe para tal fin en la avenida calle 26 número 82- 54 en Bogotá, haciéndole saber que contra la misma procede el recurso de reposición, el cual podrá hacer uso 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, haciéndole saber que el mismo no suspende la intervención en los términos del artículo 6° del Decreto 506 de 2005.

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 9°. **Comunicar** a la Junta Directiva de **HUMANAVIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO "HUMANA S.A. EPS-S"**, por intermedio de la doctora LILIANA MILENA CLAVIJO VERGARA, primer Suplente del presidente, con el fin de que se dé cumplimiento al contenido del artículo quinto de la presente Resolución, para lo cual se librará comunicación a la avenida calle 26 número 82-54 en Bogotá D.C.

Artículo 10. Una vez designado el representante legal y el revisor fiscal de **HUMANAVIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO "HUMANA S.A. EPS-S"**, por parte de la junta directiva de la misma, ordénase **notificar** personalmente el contenido de la presente Resolución a quienes fueren designados para dichos cargos, con el fin de que se presenten ante el Superintendente Delegado para Medidas Especiales, a tomar posesión como Agente Especial interventor y liquidador, y Contralor dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación del presente Acto Administrativo, para el efecto, la Junta Directiva de **HUMANAVIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO "HUMANA S.A. EPS-S"**, por intermedio de la doctora Liliانا Milena Clavijo Vergara, primer Suplente del presidente, informará el domicilio y/o lugar de residencia de los mismos, una vez notificado el presente Acto Administrativo.

Artículo 11. **Comunicar** el contenido del presente Acto Administrativo al Ministerio de la Protección Social, a la Comisión de Regulación en Salud, a la Cuenta de Alto Costo, y a los Gobernadores de los departamentos donde **HUMANAVIVIR S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO "HUMANA S.A. EPS-S"** tenga cobertura geográfica, esto es Atlántico, Bolívar, Guajira, Magdalena, Tolima, Casanare, Bogotá, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Caquetá y Cauca.

Artículo 12. **Publicar** la presente resolución en el *Diario Oficial*.

Artículo 13. La presente resolución rige a partir de la fecha de su ejecutoria.

Artículo 14. **Comunicar** el contenido de la presente resolución por Secretaría General, a las Superintendencias Delegadas para la Atención en Salud y para las Medidas Especiales de la Superintendencia Nacional de Salud, para lo de su competencia.

Notifíquese, comuníquese, publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 23 de agosto de 2011.

El Superintendente Nacional de Salud,

Conrado Adolfo Gómez Vélez.

(C. F.).

Superintendencia del Subsidio Familiar

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 0468 DE 2011

(julio 27)

por la cual se aclara el parágrafo del artículo sexto (6°) de la Resolución número 0318 del 26 de mayo de 2011 que certificó el Cuociente Nacional y Particular de Recaudos correspondiente a las Cajas de Compensación Familiar, para determinar la transferencia al Fondo Obligatorio de Vivienda de Interés Social - Fovis, Fondo de Solidaridad y Garantía - Fosyga y a las Acciones de Promoción y Prevención de la Atención Primaria en Salud, Fondo para el Fomento del Empleo y Protección al Desempleo - Fonede y Fondo para la Atención Integral a la Niñez y Jornada Escolar Complementaria - Foniñez para el año 2011.

El Superintendente del Subsidio Familiar, en ejercicio de las atribuciones legales y especial de las que le confiere el Decreto-ley 2150 del 30 de diciembre de 1992, la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, el Código Contencioso Administrativo, y

CONSIDERANDO:

1. Antecedentes

• Resolución 0318 del 26 de mayo de 2011

Esta Superintendencia expidió la Resolución número 0318 del 26 de mayo de 2011, con la cual se resuelven los Recursos de Reposición interpuestos contra la Resolución número 0053 del 28 de enero de 2011, que certificó el Cuociente Nacional y Particular de Recaudos correspondiente a las Cajas de Compensación Familiar, para determinar la transferencia al Fondo Obligatorio de Vivienda de Interés Social - Fovis, Fondo de Solidaridad y Garantía - Fosyga y a las Acciones de Promoción y Prevención de la Atención Primaria en Salud, Fondo para el Fomento del Empleo y Protección al Desempleo - Fonede y Fondo para la Atención Integral a la Niñez y Jornada Escolar Complementaria - Foniñez para el año 2011.

El parágrafo del artículo 6° de dicha resolución quedó así:

"Parágrafo. De acuerdo con lo dispuesto en la Ley 633 de 2000 artículo 63, parágrafo 3°, no estarán obligadas a la destinación de recursos para el Fovis en el componente vivienda de interés social los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y la Región de Urabá, con excepción de las ciudades de Riohacha, Sincelejo, Villavicencio, Yopal y sus respectivas áreas de influencia".

Solicitud

Comcaja, mediante Escrito número 2011-241-004879 y radicado en la Superintendencia del Subsidio Familiar con el número 2011-004599-5539 en junio 3 de 2011, solicita aclaración del parágrafo del artículo sexto (6°) de la Resolución número 0318 de 2011, por cuanto se excluye dentro de los departamentos que no están obligados a la destinación de recursos Fovis al departamento de Guaviare, el cual se encuentra señalado en el parágrafo 3° del artículo 63 de la Ley 633 de 2000 como uno de los departamentos no obligados a la destinación de recursos Fovis.

Consideraciones de la Superintendencia

Revisando el parágrafo 3° del artículo 63 de la Ley 633 de 2000, que expresa textualmente:

"Parágrafo 3°. No estarán obligadas a la destinación de recursos para el Fovis en el componente de vivienda de interés social, las Cajas de Compensación Familiar que operen al tenor del inciso 2° del artículo 43 del Decreto 341 de 1988, en las áreas que a continuación se enuncia y respecto de los recaudos provenientes de las mismas:

Departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y la región de Urabá, con excepción de las ciudades de Riohacha, Sincelejo, Villavicencio, Yopal, y sus respectivas áreas de influencia en estas áreas; las Cajas podrán adelantar libremente programas de vivienda, incluidos subsidios para los beneficiarios adjudicatarios de los mismos. La autoridad de inspección y vigilancia competente evaluará las situaciones de excepción de este parágrafo".

Con base en lo anterior, se concluye que efectivamente se omitió al departamento de Guaviare en el parágrafo del artículo 6° de la Resolución número 0318 del 26 de mayo de 2011.

Por lo antes expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. Aclarar el parágrafo del artículo sexto (6°) de la Resolución número 0318 del 26 de mayo de 2011, el cual queda así:

"Parágrafo. De acuerdo con lo dispuesto en la Ley 633 de 2000 artículo 63, parágrafo 3°, no estarán obligadas a la destinación de recursos para el Fovis en el componente vivienda de interés social los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y la Región de Urabá, con excepción de las ciudades de Riohacha, Sincelejo, Villavicencio, Yopal y sus respectivas áreas de influencia".

Artículo 2°. Los demás aspectos de la Resolución número 0318 del 26 de mayo de 2011 quedan en firme.

Notifíquese, publíquese, y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 27 de julio de 2011.

El Superintendente del Subsidio Familiar,

Eduardo Augusto Benítez Maldonado.

(C. F.).

ENTES UNIVERSITARIOS AUTÓNOMOS

Universidad Surcolombiana

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 153 DE 2011

(agosto 17)

por la cual se fija nueva fecha para llevar a cabo la Asamblea General de los ex rectores de la Universidad Surcolombiana para elegir a su representante ante el Consejo Superior Universitario.

El Rector de la Universidad Surcolombiana, en uso de sus atribuciones legales y estatutarias, y en especial las consagradas en el artículo 23 del Acuerdo 075 de 1994 -Estatuto General, y