

**ARTÍCULO 2.3.2.1.6. PRESUPUESTACIÓN DE LOS RECURSOS POR PARTE DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES.** Los departamentos, municipios y distritos deberán incorporar en los proyectos de presupuesto para la siguiente vigencia fiscal, los recursos propios destinados al régimen subsidiado, los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga, una vez les hayan sido comunicados por el Ministerio de Salud y Protección Social, y los recursos del régimen subsidiado financiados a través del Sistema General de Participaciones en Salud, con base en la información remitida por el Departamento Nacional de Planeación (DNP).

(Artículo 6o del Decreto 50 de 2003)

**ARTÍCULO 2.3.2.1.7. PROHIBICIÓN DE LA UNIDAD DE CAJA DE LOS RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO CON OTROS RECURSOS.** Los recursos del Régimen Subsidiado se manejarán en los fondos departamentales, distritales o municipales de salud, según el caso, de acuerdo con lo establecido en el artículo [57](#) de la Ley 715 de 2001, las normas que lo desarrollen, adicionen o modifiquen y no podrán hacer unidad de caja con ningún otro recurso de la entidad territorial.

(Artículo 7o del Decreto 50 de 2003)

**ARTÍCULO 2.3.2.1.8. GIRO DE LOS RECURSOS DEL PUNTO DE COTIZACIÓN DE SOLIDARIDAD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.** Las Entidades exceptuadas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y todos los obligados a efectuar este aporte, deberán girar mensualmente a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), el valor correspondiente a 1,5 puntos de solidaridad, a más tardar dentro de los cinco (5) primeros días del mes siguiente al pago de la nómina.

**PARÁGRAFO.** Sin perjuicio de las acciones de carácter penal, administrativo, disciplinario y fiscal, cuando se registre mora en el giro de los recursos a que se refiere el presente artículo, se causarán intereses moratorios equivalentes a la tasa de interés moratorio establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).

(Artículo 10 del Decreto 50 de 2003)

**ARTÍCULO 2.3.2.1.9. RECURSOS DEL RECAUDO DEL SUBSIDIO FAMILIAR DESTINADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO QUE NO ADMINISTRAN DIRECTAMENTE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR.** Los recursos correspondientes al recaudo del subsidio familiar destinados al Régimen Subsidiado del Sistema General Seguridad Social en Salud que no sean administrados directamente por las Cajas de Compensación Familiar, deberán ser girados a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), a más tardar el tercer (3) día hábil siguiente a la fecha límite establecida en las normas para el giro de los aportes del subsidio familiar por parte de los empleadores.

Los recursos a que se refiere el presente artículo, correspondientes a recaudos efectuados con posterioridad a la fecha límite mensual establecida para que los empleadores efectúen los aportes y hasta el último día del mes, se transferirán junto con sus rendimientos el mes siguiente al del recaudo, en la misma fecha indicada en el inciso anterior, identificando el período al cual corresponden.

La información sobre los depósitos a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), se presentará al administrador fiduciario de este en las fechas establecidas para el giro, debidamente certificada por el representante legal y por el revisor fiscal de la entidad, manifestando expresamente que no existen recursos pendientes de giro.

PARÁGRAFO. El giro extemporáneo de los recursos a que se refiere el presente artículo, ocasionará intereses moratorios a cargo de la Caja de Compensación Familiar respectiva, liquidados a la tasa de interés moratorio, aplicable a los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), con sujeción a lo establecido en el Decreto-ley 1281 de 2002, sin perjuicio de las demás acciones a que hubiere lugar.

(Artículo 11 del Decreto 50 de 2003)

ARTÍCULO 2.3.2.1.10. RECURSOS DEL RECAUDO DEL SUBSIDIO FAMILIAR QUE SE DESTINAN AL RÉGIMEN SUBSIDIADO ADMINISTRADOS DIRECTAMENTE POR LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR. Las Cajas de Compensación Familiar que administren directamente los recursos correspondientes al recaudo del subsidio familiar destinados al Régimen de Subsidios en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud informarán sobre su recaudo al administrador fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), a más tardar el tercer (3) día hábil siguiente a la fecha límite mensual establecida en las normas para el giro de los aportes del subsidio familiar por parte de los empleadores. Los recursos de que trata el presente artículo deberán ser manejados en cuentas contables y bancarias separadas del resto de los recursos y no podrán hacer unidad de caja con los demás recursos que maneja la Caja de Compensación Familiar.

La información a que se refiere el presente artículo, correspondiente a recaudos efectuados con posterioridad a la fecha límite mensual establecida para que los empleadores efectúen los aportes y hasta el último día del mes, se reportará el mes siguiente al del recaudo, en la misma fecha indicada en el inciso anterior, identificando el período al cual corresponden.

Cuando al cierre de la vigencia fiscal, el recaudo de los recursos a que hace referencia este artículo y los rendimientos financieros de los mismos, supere el monto de las Unidades de Pago por Capitalización (UPC) reconocidas en el respectivo año, teniendo en cuenta sus afiliados durante el mismo, el excedente deberá ser girado al Fosyga –Subcuenta de Solidaridad– durante el mes de enero del año siguiente al que corresponda el recaudo junto con la información respectiva.

Los recursos de excedentes que se generen a partir de la vigencia 2011, se usarán en la cofinanciación del Régimen de Subsidios en Salud a cargo del Fosyga.

De resultar saldos a favor de las Cajas de Compensación Familiar al cierre de la vigencia fiscal, el Fosyga previa verificación, reconocerá los recursos que correspondan directamente a estas.

La información de los excedentes o saldos a favor de las Cajas de Compensación Familiar de que trata este artículo, deberá ser certificada por el representante legal y por el revisor fiscal de la respectiva Caja de Compensación.

El Ministerio de Salud y Protección Social, adoptará los formularios y mecanismos operativos que se requieran para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

(Artículo 12 del Decreto 50 de 2003, modificado por el artículo 1o del Decreto 3136 de 2011)



**ARTÍCULO 2.3.2.1.11. REVISIÓN DEL PRESUPUESTO INICIAL DE LOS RECURSOS DEL SUBSIDIO FAMILIAR QUE SE DEBEN DESTINAR AL RÉGIMEN SUBSIDIADO.**

Durante el mes de febrero de cada año, una vez definido el cálculo del cociente de recaudo de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo [67](#) de la Ley 49 de 1990, el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), deberá determinar con base en la información que suministre la Superintendencia de Subsidio Familiar o la entidad que haga sus veces y la reportada directamente por las Cajas de Compensación Familiar, si se prevé una disminución real de los recursos en la siguiente vigencia, que las Cajas de Compensación Familiar deben destinar al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que los administran directamente.

(Artículo 13 del Decreto 50 de 2003)



**ARTÍCULO 2.3.2.1.12. RENDIMIENTOS FINANCIEROS.** Los rendimientos financieros generados por la inversión de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), son parte de los recursos del régimen subsidiado. Así mismo, los rendimientos financieros de la inversión de los ingresos derivados de la enajenación de las acciones y participaciones de la Nación en las empresas públicas o mixtas que se destinen a este fin por el Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes).

(Artículo 15 del Decreto 50 de 2003)



**ARTÍCULO 2.3.2.1.13. INFORME A LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.** En aquellos casos en los cuales el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), encuentre que se incumplió con el giro de los recursos incluidos en este capítulo por parte de las Entidades Promotoras de Salud, las demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), las Cajas de Compensación Familiar, las EPS del régimen subsidiado, las entidades exceptuadas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las entidades territoriales y todos los obligados al giro de los recursos a la subcuenta de solidaridad, deberá informar este hecho de manera precisa y con las pruebas correspondientes a la Superintendencia Nacional de Salud para que aplique las acciones correctivas pertinentes e imponga las sanciones a que hubiere lugar.

Así mismo, dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud, cuando se encuentre que las mencionadas entidades, no remitieron la información oportunamente, la hubieren suministrado de manera inconsistente o hayan incumplido alguna de las normas contenidas en este Capítulo, para que esa entidad de control, adopte las acciones correctivas pertinentes e imponga las sanciones a que hubiere lugar.

(Artículo 18 del Decreto 50 de 2003)



**ARTÍCULO 2.3.2.1.14. CONTRATOS DE CAPITACIÓN Y CORRECTA APLICACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.** Los contratos por capitación que celebren las EPS del régimen subsidiado y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con las instituciones prestadoras de servicios de salud, no las relevan de la responsabilidad de garantizar la adecuada prestación del servicio en su función de aseguramiento, frente al usuario y frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los terceros contratados para la prestación de servicios deberán ser entidades o personas

debidamente habilitadas para cumplir estas funciones conforme al Decreto 1011 de 2007 y demás normas vigentes. En la contratación se señalarán expresamente los servicios que serán prestados en forma directa por el contratista y aquellos que de manera excepcional se prestarán por remisión a terceros.

Se considera práctica insegura, la contratación que realice una EPS del régimen subsidiado o una Entidad Promotora de Salud (EPS) con una institución o persona natural o jurídica para que esta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios.

Será solidariamente responsable la EPS del régimen subsidiado y la Entidad Promotora de Salud (EPS) de los incumplimientos en que incurra la entidad que adelantó la subcontratación, cuando haya sido autorizada para el efecto.

PARÁGRAFO 1o. Las entidades EPS del régimen subsidiado y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que realicen contratos de capitación deberán requerir, con la periodicidad que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, la información sobre los servicios prestados en cuanto a patologías y frecuencias. En todo caso, deberán requerirla con la misma periodicidad con la que procesa su información cuando contrata por servicio prestado. Las EPS del régimen subsidiado y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) se abstendrán de celebrar o renovar contratos con las entidades que no cumplan lo previsto en materia de información.

PARÁGRAFO 2o. Ninguna Entidad Promotora de Salud (EPS) ni EPS del régimen subsidiado podrá contratar por capitación la totalidad de los servicios de más de dos niveles de atención con una misma institución prestadora de servicios de salud.

(Artículo 41 del Decreto 50 de 2003)



ARTÍCULO 2.3.2.1.15. TRANSPARENCIA EN LA INFORMACIÓN DEL SISTEMA. La Superintendencia Nacional de Salud impondrá sanciones personales a los representantes legales de las instituciones prestadoras de servicios de salud, EPS del régimen subsidiado y Entidades Promotoras de Salud (EPS), cuando incurran en aquellas conductas encaminadas a ocultar a la autoridad de supervisión la situación real de acreencias en la relación entre la EPS del régimen subsidiado y la institución encargada de la prestación del servicio.

(Artículo 44 del Decreto 50 de 2003)



ARTÍCULO 2.3.2.1.16. OPERACIONES CON ENTIDADES SUBORDINADAS. Las entidades que administren el régimen subsidiado, conforme a las disposiciones legales, se deberán abstener de realizar operaciones que deriven en una desviación de recursos de la seguridad social.

Se entiende como desviación de recursos de la seguridad social, la celebración de un contrato en condiciones de pérdida para las entidades que administren el régimen subsidiado con una entidad subordinada, tales como, la entrega por capitación de usuarios a la red de prestadoras, en condiciones de desventaja frente al mercado, llevando a la entidad EPS del régimen subsidiado a una situación de pérdida en la operación al no permitir un margen positivo. Las entidades que realicen esta clase de conductas serán intervenidas para su correspondiente liquidación.

PARÁGRAFO. Para efectos del presente Capítulo se entiende que la Entidad EPS del régimen subsidiado tiene una relación de subordinación, cuando se cumplan cualquiera de las hipótesis

previstas en el artículo [261](#) del Código de Comercio bien frente a la entidad administradora o bien frente a la red de instituciones prestadoras de servicios y demás personas con las cuales se celebren otro tipo de contratos.

(Artículo 45 del Decreto 50 de 2003)



**ARTÍCULO 2.3.2.1.17. OBLIGACIÓN DE COBRAR COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS.** Los valores correspondientes a los copagos que sean fijados por el Ministerio de Salud y Protección Social serán cobrados en forma obligatoria por parte de todas las EPS del régimen subsidiado y Entidades Promotoras de Salud (EPS), sin que haya lugar por dichas entidades a la modificación de dicho monto. Esta disposición aplicará frente a las cuotas moderadoras que sean fijadas en los regímenes contributivo y subsidiado por el Ministerio de Salud y Protección Social. En consecuencia todas las entidades promotoras de salud y EPS del régimen subsidiado estarán obligadas a cobrar el mismo monto de copago y el mismo monto de cuota moderadora, conforme los niveles de ingreso de los afiliados que se determinen por el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Artículo 48 del Decreto 50 de 2003)

## CAPÍTULO 2.

### ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.



**ARTÍCULO 2.3.2.2.1. OBJETO.** En este Capítulo se define el instrumento jurídico y técnico para efectuar el giro directo a las EPS e IPS de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado y para el seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados a dicho régimen.

(Artículo 1o del Decreto 971 de 2011)



**ARTÍCULO 2.3.2.2.2. PRESUPUESTACIÓN Y ORDENACIÓN DEL GASTO DE LOS RECURSOS QUE FINANCIAN Y COFINANCIAN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO.** La responsabilidad en la presupuestación y la ordenación del gasto de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado, mediante la determinación de los beneficiarios de los subsidios, es de la entidad territorial.

Para tal efecto, las entidades territoriales deberán informar al Ministerio de Salud y Protección Social antes del 1o de septiembre de cada año, los recursos de esfuerzo propio destinados a financiar el Régimen Subsidiado, incluyendo las rentas cedidas departamentales y distritales, incorporados en sus anteproyectos de presupuesto para la siguiente vigencia fiscal. Para la presupuestación de estos recursos, los distritos y departamentos deberán sujetarse a lo establecido en el numeral 1 del artículo [44](#) de la Ley 1438 de 2011 que modifica el artículo [214](#) de la Ley 100 de 1993.

Tomando como base la información a que alude el inciso anterior, la población afiliada y por afiliar en la siguiente vigencia fiscal, así como el porcentaje de transformación de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP), previsto en los planes financieros del Régimen Subsidiado, el Ministerio de Salud y Protección Social informará a cada entidad territorial, antes del 1o de octubre de cada año, el estimativo de los recursos del SGP, de los que administran

directamente las Cajas de Compensación Familiar, los del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y los del Presupuesto General de la Nación destinados al Régimen Subsidiado, para su incorporación en el presupuesto de la entidad territorial para la siguiente vigencia fiscal.

PARÁGRAFO. En virtud de la Ley [1438](#) de 2011, cuando el recaudo de los recursos de esfuerzo propio que deban destinarse a la financiación del Régimen Subsidiado, supere el monto inicialmente presupuestado por las entidades territoriales, estas deberán incorporarlos en la siguiente vigencia fiscal conservando su destinación y reportarlos en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. Para la vigencia 2012 y siguientes, la capacidad de afiliación se determinará con base en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Artículo 3o del Decreto 971 de 2011)



ARTÍCULO 2.3.2.2.3. INSTRUMENTO JURÍDICO PARA DEFINIR EL COMPROMISO PRESUPUESTAL DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES. En los primeros quince (15) días hábiles del mes de enero de cada año, las entidades territoriales emitirán un acto administrativo mediante el cual se realizará el compromiso presupuestal del total de los recursos del Régimen Subsidiado en su jurisdicción, para la vigencia fiscal comprendida entre el 1o de enero y el 31 de diciembre del respectivo año, basado en la información de la Base de Datos Única de Afiliados y el monto de recursos incorporado en su presupuesto.

El acto administrativo establecerá como mínimo:

- a) El costo del aseguramiento de la población afiliada en cada entidad territorial y los potenciales beneficiarios de subsidios en salud;
- b) El total de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado discriminados por fuente.

PARÁGRAFO. Las entidades territoriales ejecutarán y registrarán el compromiso presupuestal sin situación de fondos de los recursos de giro directo, con base en la información contenida en la "Liquidación Mensual de Afiliados" de que trata el artículo [2.3.2.2.6](#) del presente decreto.

(Artículo 4o del Decreto 971 de 2011)

Concordancias

Decreto Único 780 de 2016; Art. [2.3.2.4.2](#)



ARTÍCULO 2.3.2.2.4. CUENTAS MAESTRAS. Las cuentas bancarias registradas por las EPS ante el Ministerio de Salud y Protección Social para el recaudo y giro de los recursos que financian el Régimen Subsidiado de que trata el presente Capítulo, se considerarán CUENTAS MAESTRAS.

(Artículo 5o del Decreto 971 de 2011)



ARTÍCULO 2.3.2.2.5. REPORTE DE INFORMACIÓN DE RECURSOS CONTRATADOS

POR CAPITACIÓN. Mensualmente las Entidades Promotoras de Salud remitirán al Ministerio de Salud y Protección Social, según el mecanismo que se defina, la información del monto a pagar anticipadamente a su red prestadora por los contratos por capitación de acuerdo con lo establecido en el literal d) del artículo [13](#) de la Ley 1122 de 2007. Dicho reporte será denominado "Reporte de Información de Recursos Contratados por Capitación.

Las novedades de la información con las que se suscriban nuevos contratos de capitación deberán ser reportadas al Ministerio de Salud y Protección Social durante el mes siguiente a la modificación.

En caso de que la EPS no tenga contratos de capitación vigentes, deberá reportar esta información al Ministerio de Salud y Protección Social mediante certificación firmada por el Representante legal de la Entidad Promotora de Salud.

(Artículo 6o del Decreto 971 de 2011)



ARTÍCULO 2.3.2.2.6. LIQUIDACIÓN MENSUAL DE AFILIADOS. Para efectos del giro directo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social de la Unidad de Pago por Capitación a las EPS en nombre de las Entidades Territoriales y a los prestadores de servicios de salud, este generará la Liquidación Mensual de Afiliados con fundamento en la información de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), del mes inmediatamente anterior, suministrada por las EPS y validada por las entidades territoriales.

La Liquidación Mensual de Afiliados determinará el número de afiliados por los que se liquida la Unidad de Pago por Capitación; el detalle de los descuentos a realizar por aplicación de las novedades registradas en la Base de Datos Única de Afiliados; las deducciones por los giros de lo no debido, conforme al artículo [2.6.1.2.1.3](#) del presente decreto y el monto a girar a cada EPS por fuente de financiación para cada entidad territorial.

La información de la Liquidación Mensual de Afiliados se pondrá en conocimiento de las Entidades Territoriales y de las Entidades Promotoras de Salud, una vez realizado el giro de los recursos. De igual forma, se dispondrá la información de los giros a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud realizados de acuerdo con la autorización de las Entidades Promotoras de Salud. En todo caso, las entidades territoriales como responsables de financiar el aseguramiento de su población afiliada, deberán revisar la Liquidación Mensual de Afiliados remitida por el Ministerio de Salud y Protección Social y realizar los ajustes a que haya lugar en la BDUA de acuerdo con los procedimientos establecidos para ello, e informar al Ministerio de Salud y Protección o quien haga sus veces, sobre las inconsistencias no relacionadas con la BDUA, para que en los giros posteriores esto sea tenido en cuenta, haciendo los ajustes a que haya lugar.

PARÁGRAFO 1o. Si la Entidad Territorial o el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec) como responsables de la actualización de la información de afiliación al Régimen Subsidiado de la población carcelaria, no realizan la validación de la Base de Datos Única de Afiliados dentro de los plazos establecidos para el reporte de actualización de novedades, el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, realizará la Liquidación Mensual de Afiliados con fundamento en la información del último corte disponible. Lo anterior, sin perjuicio de las responsabilidades que por omisión, inexactitud o reporte inoportuno correspondan a las Entidades Territoriales, Entidades Promotoras de Salud o al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec).

PARÁGRAFO 2o. Podrán reconocerse novedades de afiliación retroactivas generadas después del 1o de abril de 2011 y registradas en la BDUA, hasta un año después de la generación de las mismas.

(Artículo 7o del Decreto 971 de 2011 modificado por el artículo 1o del Decreto 3830 de 2011)



ARTÍCULO 2.3.2.2.7. GIRO DIRECTO DE LOS RECURSOS INCORPORADOS EN EL PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACIÓN, EN EL FOSYGA Y DEMÁS RECURSOS DISPONIBLES EN EL NIVEL CENTRAL, DESTINADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO. Con base en la Liquidación Mensual de Afiliados, el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, girará a las cuentas maestras de las Entidades Promotoras de Salud, en nombre de las entidades territoriales, los recursos del Sistema General de Participaciones en su componente de subsidios a la demanda y los del Presupuesto General de la Nación y autorizará al administrador fiduciario de los recursos del Fosyga el giro que corresponda, descontando los montos reportados por la Dirección de la Cuenta de Alto Costo.

El giro directo de los recursos se realizará dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes al que corresponda la Liquidación Mensual de Afiliados.

PARÁGRAFO 1o. El mecanismo financiero señalado en el artículo [31](#) de la Ley 1438 de 2011 para la realización del giro establecido en el presente Capítulo, podrá ser contratado por el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces.

PARÁGRAFO 2o. En ningún caso las entidades territoriales podrán imputar los recursos girados en los términos del presente artículo, al pago de cartera originada en contratos de aseguramiento.

PARÁGRAFO 3o. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado que en cumplimiento de las normas correspondientes deban girar recursos a la Cuenta de Alto Costo, lo harán mensualmente con cargo a los recursos que gira la Nación o los distritos o municipios que continúan administrando los recursos del Régimen Subsidiado, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al recibo de los recursos del aseguramiento provenientes de la Nación.

Aquellas Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado que incumplan dicho plazo, serán reportadas por la Dirección de la Cuenta de Alto Costo al Ministerio de Salud y Protección Social o a quien haga sus veces, quien a su vez procederá a informar al Fosyga para que realice el descuento de los montos correspondientes a las EPS o a las Entidades Territoriales que de forma transitoria continúen administrando los recursos del Régimen Subsidiado; descuento que se realizará en el siguiente giro que efectúe el Fosyga, de conformidad con lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces.

La Dirección de la Cuenta de Alto Costo también reportará tal incumplimiento a la Superintendencia Nacional de Salud para que proceda según sus facultades legales.

(Artículo 8o del Decreto 971 de 2011, modificado por el artículo 2o del Decreto 3830 de 2011)



ARTÍCULO 2.3.2.2.8. FLUJO DE LOS RECURSOS A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud efectuarán desde la cuenta maestra, los pagos a la red prestadora contratada dentro de los plazos establecidos en el Literal d) del artículo [13](#) de la Ley 1122 de 2007 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

En caso de evidencia de incumplimiento a los plazos contemplados en la precitada disposición para el pago a la red prestadora de servicios de salud, la Superintendencia Nacional de Salud dará aplicación a lo previsto en el artículo [133](#) de la Ley 1438 de 2011, además de las medidas que establezca el Gobierno nacional para girar directamente a los prestadores del Sistema con base en lo definido en el artículo [2.6.1.2.1.2](#) del presente decreto.

(Artículo 9o del Decreto 971 de 2011, modificado por el artículo 3o Decreto 1700 de 2011)



**ARTÍCULO 2.3.2.2.9. GIRO Y FLUJO DE LOS RECURSOS DE ESFUERZO PROPIO.** Las entidades territoriales procederán a girar, dentro de los diez (10) primeros días hábiles de cada mes, los recursos de esfuerzo propio a las Entidades Promotoras de Salud por el monto definido en la Liquidación Mensual de Afiliados.

Las Entidades Promotoras de Salud y las entidades territoriales deberán acordar el giro directo a la red prestadora pública contratada por la EPS con cargo a los recursos del esfuerzo propio. Dicho monto será descontado del valor a girar a las EPS por UPC.

Los departamentos, en nombre de los municipios, podrán girar directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los recursos destinados a la financiación del Régimen Subsidiado de que tratan los numerales 2 al 5 del artículo [44](#) de la Ley 1438 de 2011, modificatorio del artículo [214](#) de la Ley 100 de 1993. Este giro se hará dentro de los diez (10) primeros días hábiles de cada mes, con base en la información que para el efecto deberá reportar la respectiva Entidad Promotora de Salud y aplicando el procedimiento que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los departamentos que no se acojan al mecanismo de giro directo a que alude el inciso anterior, deberán girar dichos recursos durante los cinco (5) primeros días hábiles del mes a la cuenta maestra del municipio.

**PARÁGRAFO.** Los municipios ejecutarán y registrarán sin situación de fondos los recursos que giren directamente los departamentos para la financiación del Régimen Subsidiado de salud, con base en la información que estos les reporten, conforme a lo previsto en el presente Capítulo.

(Artículo 10 del Decreto 971 de 2011, modificado por el artículo 1o del Decreto 1713 de 2012)



**ARTÍCULO 2.3.2.2.10. GIRO DIRECTO DE LOS RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá un plan para la implementación progresiva del giro directo a los prestadores de servicios de salud de naturaleza pública y privada.

Para el diseño del plan, se adelantará una prueba piloto. Con base en los resultados de la prueba piloto, se establecerán los criterios técnicos y operativos que deberán cumplir las EPS y los prestadores de servicios de salud para ser sujetos de giro directo. En todo caso, el giro directo a los prestadores de naturaleza pública se iniciará antes del 31 de diciembre de 2011.

El Ministerio de Salud y Protección Social no realizará verificaciones de los valores a girar, salvo lo relativo a la consistencia entre el valor total de los giros a las IPS y el valor total a girar a la respectiva EPS por reconocimiento de UPC. Los giros que realiza el Ministerio de Salud y Protección Social en virtud del presente Capítulo no modifican las obligaciones contractuales entre Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, y por ello

no exoneran a las Entidades Promotoras de Salud del pago de sus obligaciones a su red de prestadores por los montos no cubiertos mediante el giro directo. Tampoco exime a las instituciones prestadoras de servicios de salud de sus obligaciones contractuales, en particular en lo relacionado con la facturación.

Las posibles inconsistencias o errores en el reporte realizado por la Entidad Promotora de Salud de los montos a girar a los prestadores, son responsabilidad exclusiva de la Entidad Promotora de Salud y para subsanarse, deberán utilizar los procedimientos acordados entre Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En ningún caso, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá descontar a las IPS recursos para ser transferidos a otras EPS o IPS".

(Artículo 12 del Decreto 971 de 2011 modificado por el artículo 4o del Decreto 1700 de 2011)



**ARTÍCULO 2.3.2.2.11. ENTREGA DE INFORMACIÓN.** Las Entidades Promotoras de Salud, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la recepción del giro directo por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), proveniente de recursos de la Liquidación Mensual de Afiliados establecida en las normas vigentes o los que a cualquiera otro título sean girados directamente a las IPS en nombre de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a través del mecanismo creado por el artículo [31](#) de la Ley 1438 de 2011, o por las Entidades Territoriales, deberán remitir a las IPS la información de las facturas y los valores del giro directo autorizado que deben aplicar a cada factura.

En el evento que las Entidades Promotoras de Salud no atiendan esta obligación, en el término aquí establecido, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud podrán aplicar los valores del giro directo a las facturas aceptadas y no pagadas por la Entidad Promotora de Salud, priorizando la facturación más antigua.

La información de la aplicación de los recursos, deberá ser suministrada por la IPS al responsable del pago dentro de los 15 días siguientes a la recepción de los giros, con el fin de que se efectúen los ajustes presupuestales y contables correspondientes.

(Artículo 2o del Decreto 1095 de 2013)

### CAPÍTULO 3.

#### REGLAS PARA LAS ENTIDADES TERRITORIALES PARA EL GIRO DE RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.



**ARTÍCULO 2.3.2.3.1. OBJETO.** El presente Capítulo tiene por objeto dictar medidas que permitan asegurar el flujo ágil y efectivo de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud y controlar el manejo y destinación de los mismos.

(Artículo 1o del Decreto 1965 de 2010)



**ARTÍCULO 2.3.2.3.2. ETAPAS DEL PROCESO DE PAGO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL A LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO (EPS-S), PARA EL PERÍODO DE CONTRATACIÓN QUE TERMINA EL 31 DE MARZO DE 2011.** El proceso de giro y pago de los recursos del Régimen Subsidiado

comprenderá las siguientes etapas:

1. El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá en el FTP la guía para la liquidación de pagos, la cual se elaborará con la información de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) que recibe, administra y con solida el administrador fiduciario de los recursos del Fosyga y la UPC-S vigente para cada período y municipio.
2. Cada entidad territorial revisará la guía para la liquidación de pagos dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social para cada Municipio, a través del mecanismo definido por este último.
3. Cada entidad territorial enviará al administrador fiduciario de los recursos del Fosyga las novedades de retiro de afiliados que no deben hacer parte de la guía para la liquidación de pagos, para actualizar la BDUA conforme a lo establecido en la Resolución 1345 de 2012 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.
4. El Ministerio de Salud y Protección Social y/o el administrador fiduciario de los recursos del Fosyga, dispondrá la guía definitiva para la liquidación de las UPC-S a las entidades territoriales, que servirá de base para efectuar los pagos correspondientes a las EPS del Régimen Subsidiado, pagos que en todo caso, deberán realizarse a través de las cuentas maestras territoriales y en los términos señalados en las normas vigentes.

Los Municipios que se encuentren incursos en la medida de giro directo deberán cumplir con las obligaciones establecidas en el presente artículo, sin embargo, si llegada la fecha de giro establecida en las normas vigentes, la entidad territorial no ha cumplido con las mismas, el Ministerio de Salud y Protección Social liquidará el valor de las UPC-S con base en la información contenida en la guía para la liquidación de pagos inicial.

PARÁGRAFO 1o. La entidad territorial con la información de los afiliados que soporta los pagos efectivos de UPC-S, conformará una base de datos que será el histórico de afiliados del régimen subsidiado pagados por la entidad territorial.

El Ministerio de Salud y Protección Social consolidará a nivel nacional, la información de la liquidación a que hace referencia el numeral cuatro de este artículo, con el propósito de que los organismos de inspección, vigilancia y control, puedan efectuar los cruces de esta información con la información del histórico de afiliados pagados por cada entidad territorial y con la información registrada en su cuenta maestra.

PARÁGRAFO 2o. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la estructura de datos para la conformación de las bases de datos del histórico de afiliados pagados en las entidades territoriales".

(Artículo 3o del Decreto 1965 de 2010 modificado por el artículo 1o del Decreto 415 de 2011)

#### CAPÍTULO 4.

#### PAGO DE DEUDAS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.



ARTÍCULO 2.3.2.4.1. OBJETO. El presente Capítulo tiene por objeto establecer el procedimiento que deben aplicar los departamentos, distritos y municipios para el pago de las deudas que tengan con las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, por contratos

de aseguramiento suscritos hasta marzo 31 de 2011.

(Artículo [1o](#) del Decreto 1080 de 2012)



**ARTÍCULO 2.3.2.4.2. APLICACIÓN DE LAS FUENTES PARA EL PAGO DE LAS DEUDAS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD.** Los departamentos, distritos y municipios para el pago de las deudas por concepto de contratos de aseguramiento con vigencia hasta el 31 de marzo de 2011, determinadas conforme al artículo anterior, deberán aplicar los siguientes recursos:

a) Recursos depositados en las Cuentas Maestras del Régimen Subsidiado de Salud. Las entidades territoriales deberán pagar dentro de los cuarenta (40) días hábiles siguientes al 23 de mayo de 2012, las deudas determinadas de conformidad con lo previsto en el artículo anterior, utilizando los recursos depositados en sus cuentas maestras, previo descuento de aquellos recursos definidos en el compromiso presupuestal de que trata el artículo [2.3.2.2.3](#) del presente decreto, para respaldar el aseguramiento a partir de abril de 2011.

Los recursos de cofinanciación de esfuerzo propio que debía aportar el municipio, distrito o departamento para la cofinanciación del aseguramiento y que no se hayan transferido por dichas entidades territoriales a las cuentas maestras del Régimen Subsidiado, deberán ser girados dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes al 23 de mayo de 2012, hasta el monto de la cofinanciación que corresponda efectuar a cada entidad territorial.

La utilización de los recursos disponibles en la cuenta maestra del Régimen Subsidiado se hará independientemente de la vigencia en la cual se hayan recaudado y de las fuentes que cofinanciaron el respectivo contrato de aseguramiento. Lo anterior, sin perjuicio de los trámites y ajustes presupuestales a que haya lugar.

Las entidades territoriales que tengan procesos judiciales iniciados por las EPS para el pago de obligaciones generadas con ocasión de los contratos de aseguramiento y que no hayan sido objeto de su reconocimiento, deberán determinar el capital que consta en las pretensiones, cuyo valor sea objeto de litigio, con miras a efectuar la provisión respectiva, la cual deberá estar respaldada con los recursos de su cuenta maestra;

b) Recursos previstos por el artículo [275](#) de la Ley 1450 de 2011. De persistir deudas después de la aplicación de los recursos de que trata el literal anterior, las Entidades Territoriales y las Entidades Promotoras de Salud reportarán a la Dirección de Financiamiento Sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los cinco (5) días siguientes al vencimiento del plazo definido en el inciso primero del literal a) de este artículo, el saldo de la deuda no pagada.

Una vez aplicados los recursos a que hace referencia el literal anterior, los saldos de la deuda se pagarán por las entidades territoriales con cargo a los recursos que correspondan a saldos del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP), Sistema General de Participaciones – Propósito General de libre inversión del municipio y los provenientes de regalías.

Para el efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social pondrá en conocimiento de la entidad territorial a través de la página web, previo al giro, de acuerdo con la información suministrada el menor valor del saldo pendiente de pago y las fuentes señaladas en el inciso anterior, de las que se descontarán dichos montos, con el objeto de que aquella, dentro de los diez (10) días hábiles

siguientes a la publicación de la información ratifique o modifique las fuentes a los que refiere el presente literal.

En el evento en que la entidad territorial no se pronuncie respecto de las fuentes a afectar, el Ministerio de Salud y Protección Social procederá a adelantar el procedimiento de afectación de las fuentes a que se refiere este literal.

Para el efecto, dicho Ministerio informará al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, cuando se trate de recursos del Sistema General de Participaciones – Propósito General, el monto a transferir, el número de identificación tributaria, el nombre de cada entidad territorial por cuenta de quien se efectuará el giro, así como el nombre de la entidad financiera, el número y tipo de la cuenta bancaria del mecanismo financiero previsto en los artículos [2.6.1.2.2](#), [2.6.1.2.5](#), y [2.6.1.2.7](#) o la norma que los modifique, adicione o sustituya, al cual se deberán consignar los recursos.

Lo anterior, con el objeto de que a través de dicho mecanismo financiero se proceda al giro a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública, que informen las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Cuando los recursos a girar provenientes de las fuentes a que se refiere el presente literal sean superiores a los recursos adeudados por las EPS a las IPS públicas, se procederá con dicho saldo al giro directo a las demás Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud hasta el agotamiento de tales recursos. El Ministerio de Salud y Protección Social informará a las entidades territoriales sobre los giros efectuados, con el fin de que tales entidades realicen los registros presupuestales y contables del caso.

El valor que se descuenta a cada una de las fuentes de la entidad territorial deberá tener en cuenta el valor mensual que de acuerdo con la ley y los reglamentos aplican al giro periódico de dichas fuentes, hasta completar el valor informado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Tratándose de los recursos provenientes de regalías y FAEP, se deberá tener en cuenta la normatividad que sobre el manejo de estos recursos se expida.

PARÁGRAFO 1o. En el pago de las deudas a las EPS, se privilegiarán las que correspondan a los periodos contractuales más antiguos y se girará en forma directa a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), públicas y privadas.

PARÁGRAFO 2o. Los recursos disponibles en las cuentas maestras después de efectuar el pago de las deudas de conformidad con el procedimiento establecido en el presente Capítulo, previo descuento de aquellos recursos definidos en el compromiso presupuestal de que trata el artículo [2.3.2.2.3](#) del presente decreto, para respaldar el aseguramiento a partir de abril de 2011, así como la provisión señalada en el último inciso del literal a) del presente artículo, podrán destinarse al pago de las obligaciones por servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, a cargo del departamento, distrito o municipio, conforme con lo establecido en el artículo [89](#) de la Ley 1485 de 2011.

PARÁGRAFO 3o. La deuda determinada en actos diferentes a actas de liquidación por mutuo acuerdo o liquidación unilateral, no excluye la obligación de que posteriormente se adelante el procedimiento de liquidación del contrato en el marco de las normas legales vigentes, evento en el cual, se deberán tener en cuenta los pagos realizados, incluyendo los que se deriven de la aplicación de este Capítulo.

En caso de que una vez liquidado el contrato correspondiente, resulten diferencias a favor de la

entidad territorial, esta deberá adelantar las actuaciones administrativas, para tales efectos las EPS, deberán autorizar a la entidad territorial y/o al Fosyga, cuando fuere el caso, los descuentos con cargo a los giros que deban realizarse a su nombre. Igualmente, las entidades territoriales podrán adelantar las acciones legales correspondientes tendientes a la recuperación de la diferencia. La Superintendencia Nacional de Salud solicitará a las EPS la información sobre el cumplimiento de lo previsto en el presente Parágrafo.

Lo anterior, sin perjuicio de las responsabilidades penales, fiscales, administrativas y disciplinarias que pudieren derivarse a cargo de la entidad territorial.

(Artículo [3o](#) del Decreto 1080 de 2012)



ARTÍCULO 2.3.2.4.3. REPORTE DE INFORMACIÓN DE GIRO A LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud, informarán a las entidades territoriales o al mecanismo financiero de que tratan los artículos [2.6.1.2.2](#), [2.6.1.2.5](#), y [2.6.1.2.7](#) del presente decreto, según corresponda, el monto de los recursos a girar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de acuerdo con lo establecido en el literal b) del artículo [2.3.2.4.2](#), independientemente de la fecha de causación de las obligaciones de las EPS respecto de las IPS.

(Artículo [4o](#) del Decreto 1080 de 2012)



ARTÍCULO 2.3.2.4.4. VALORES DEL ASEGURAMIENTO NO RECONOCIDOS POR LAS ENTIDADES TERRITORIALES. Los valores no reconocidos por los contratos de aseguramiento que las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado reclamen a las entidades territoriales y que no sean reconocidos por estas, deberán ser reportados por las EPS, tanto al Ministerio de Salud y Protección Social para su cuantificación total, como a la Superintendencia Nacional de Salud.

Recibida dicha información, la Superintendencia Nacional de Salud solicitará a las entidades territoriales informar las razones que motivaron el no reconocimiento de esos valores y las circunstancias para no liquidar los contratos de aseguramiento dentro del término previsto en la normatividad vigente. Esta información deberá ser reportada en el formato y términos que para el efecto defina dicha Entidad.

(Artículo [5o](#) del Decreto 1080 de 2012)

Concordancias

Decreto Único 780 de 2016; Art. [2.3.2.4.14](#)



ARTÍCULO 2.3.2.4.5. SANEAMIENTO CONTABLE. Las entidades territoriales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, una vez recibidos los pagos o giros, deberán reflejar en su contabilidad las cuentas por cobrar y pagar debidamente conciliadas y depuradas, de acuerdo con los procedimientos contables definidos en las normas vigentes aplicables a cada entidad, de lo cual informarán a la Superintendencia Nacional de Salud.

(Artículo [6o](#) del Decreto 1080 de 2012)

ARTÍCULO 2.3.2.4.6. NO REPORTE E INCONSISTENCIAS EN LA INFORMACIÓN. De conformidad con lo establecido en el artículo [116](#) de la Ley 1438 de 2011, el incumplimiento en el reporte de información que soporta el procedimiento a que hace referencia este Capítulo y/o la evidencia de inconsistencias en la misma, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud, para que adelante las investigaciones a que haya lugar, quien de considerarlo pertinente, dará traslado a la Fiscalía General de la Nación y a los organismos de control, para lo de su competencia.

(Artículo [7](#)o del Decreto 1080 de 2012)

ARTÍCULO 2.3.2.4.7. OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN. Las entidades territoriales que dejaron de reportar la información de las deudas de contratos de régimen subsidiado hasta marzo de 2011 reconocidas y no pagadas con recursos de cuentas maestras o que habiendo reportado al Ministerio de Salud y Protección Social evidenciaron diferencias en los valores reportados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), o que aclararon, reconocieron y conciliaron deudas con Entidades Promotoras de Salud (EPS) con posterioridad al 23 de mayo de 2012, deberán adelantar el procedimiento de que trata el presente Capítulo.

(Artículo 1o del Decreto 58 de 2015)

Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.

Normograma del Ministerio de Relaciones Exteriores

ISSN 2256-1633

Última actualización: 31 de julio de 2019

