

ARTÍCULO 2.6.1.4.3.5. CONTENIDO DE LA EPICRISIS. Para los efectos del presente Capítulo la epicrisis debe contener como mínimo los siguientes datos:

1. Primer nombre y primer apellido del paciente.
2. Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica.
3. Servicio de ingreso.
4. Hora y fecha de ingreso.
5. Servicio de egreso.
6. Hora y fecha de egreso.
7. Motivo de consulta.
8. Enfermedad actual, información que debe contener:
  - 8.1. La relación con el evento que originó la atención.
  - 8.2. Relación de recibido del paciente en caso de ingreso por remisión de otra IPS.
9. Antecedentes.
10. Revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó el servicio.
11. Hallazgos del examen físico.
12. Diagnóstico de ingreso.
13. Conducta: incluye la solicitud de procedimientos diagnósticos y el plan de manejo terapéutico.
14. Cambios en el estado del paciente que conlleven a modificar la conducta o el manejo.
15. Resultados de la totalidad de procedimientos diagnósticos y todos aquellos que justifiquen los cambios en el manejo o en el diagnóstico.
16. Justificación de indicaciones terapéuticas cuando estas lo ameriten.
17. Diagnósticos de egreso.
18. Condiciones generales a la salida del paciente que incluya incapacidad si la hubiere.
19. Plan de manejo ambulatorio.
20. En caso que el paciente sea remitido a otra IPS, relación de la remisión.
21. Primer nombre y primer apellido, firma y número de registro del médico que diligencie el documento.

PARÁGRAFO 1o. Los requisitos contenidos en el presente artículo aplican solamente a las epicrisis que se presenten como soporte de las reclamaciones por servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo y las Instituciones Prestadoras de

Servicios de Salud deberán cumplir con su contenido obligatoriamente para el pago de los servicios de salud correspondientes

PARÁGRAFO 2o. El Ministerio de Salud y Protección Social revisará el contenido de la epicrisis aquí señalado y lo modificará en caso de considerarlo necesario.

(Artículo 31 del Decreto 56 de 2015)



ARTÍCULO 2.6.1.4.3.6. CONTENIDO DEL RESUMEN CLÍNICO DE ATENCIÓN. Para los efectos del presente Capítulo el resumen clínico de atención se diligenciará para servicios de salud ambulatorios y debe contener como mínimo los siguientes datos:

1. Primer nombre y primer apellido del paciente.
2. Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica.
3. Edad y sexo del paciente.
4. Servicio de ingreso.
5. Fecha de atención.
6. Motivo de consulta.
7. Enfermedad actual en donde debe indicarse:
  - 7.1. La relación con el evento que originó la atención.
  - 7.2. Si se trata de la prestación de servicios de ayudas diagnósticas, interpretación médica del paraclínico facturado.
8. Revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó la atención.
9. Antecedentes.
10. Examen físico.
11. Diagnóstico.
12. Plan de tratamiento.
13. Primer nombre y primer apellido, firma y número de registro del médico que diligencie el documento.
14. Cuando se hayan suministrado medicamentos deberá indicarse presentación, dosificación, frecuencia y tiempo de tratamiento.

PARÁGRAFO 1o. Los requisitos contenidos en el presente artículo aplican solamente a los resúmenes clínicos de atención que se presenten como soporte de las reclamaciones por servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán cumplir con su contenido obligatoriamente para el pago de los servicios de salud correspondientes.

PARÁGRAFO 2o. El Ministerio de Salud y Protección Social revisará el contenido de la

epicrisis aquí señalado y lo modificará en caso de considerarlo necesario.

(Artículo 32 del Decreto 56 de 2015)



**ARTÍCULO 2.6.1.4.3.7. REQUISITOS DE LA FACTURA POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD O DOCUMENTO EQUIVALENTE.** La factura o documento equivalente, presentada por los Prestadores de Servicios de Salud, debe cumplir con los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias vigentes.

(Artículo 33 del Decreto 56 de 2015)



**ARTÍCULO 2.6.1.4.3.8. OBLIGACIÓN DE EMITIR CERTIFICACIONES DE PÓLIZAS NO EXPEDIDAS.** Las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT, cuando identifiquen que la póliza con cargo a la cual una persona natural o jurídica reclama el reconocimiento de las indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo, no fue expedida por la aseguradora, esta deberá emitir una certificación en tal sentido.

(Artículo 34 del Decreto 56 de 2015)



**ARTÍCULO 2.6.1.4.3.9. CENSO DE VÍCTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS DE ORIGEN NATURAL Y DE EVENTOS TERRORISTAS.** Dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la ocurrencia de un evento catastrófico de origen natural o de un evento terrorista, el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres del municipio en donde este ocurrió, elaborará un censo con la población que resultó víctima y lo remitirá al Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto. El censo deberá especificar como mínimo, el nombre e identificación de la víctima y las circunstancias de modo, tiempo y lugar de la ocurrencia del evento.

La remisión del mencionado censo o de la certificación en la que conste que la víctima hace parte del censo, constituirá condición indispensable para la acreditación de la calidad de víctima y el consecuente pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo.

(Artículo 35 del Decreto 56 de 2015)



**ARTÍCULO 2.6.1.4.3.10. VERIFICACIÓN DE REQUISITOS.** <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 1500 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> Presentada la reclamación, las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT y el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, según corresponda, estudiarán su procedencia, para lo cual, deberán verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima o del beneficiario, según sea el caso, la cuantía de la reclamación, su presentación dentro del término a que refiere este capítulo y si esta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad.

Con el objeto de evitar duplicidad de pagos, dichas entidades podrán cruzar los datos que consten en las reclamaciones presentadas, con aquellos disponibles en la base de datos SII ECAT, la base de pólizas expedidas y pagos realizados por las aseguradoras, y la base de datos de indemnizaciones de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, entre otras.

**PARÁGRAFO 1o.** Las instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán adoptar

mecanismos tendientes a garantizar la adecuada recopilación y diligenciamiento de la información requerida y demás datos necesarios para el pago. La Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias, vigilará que las precitadas instituciones den cumplimiento a lo ordenado en esta disposición, so pena de la imposición de las sanciones correspondientes.

PARÁGRAFO 2o. El Fosyga y las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, en cuanto detecten pólizas sin cobertura, deberán informar los datos conocidos de vehículos no asegurados implicados en un accidente de tránsito, a los organismos de tránsito enunciados en el artículo [6o](#) de la Ley 769 de 2002 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, para efectos de la aplicación de las multas de que trata el artículo [131](#) de la citada ley.

PARÁGRAFO 3o. Cuando un evento de los que trata el presente capítulo afecte a un grupo étnico que en razón de sus condiciones socioculturales manifieste la imposibilidad de acreditar los documentos de que tratan los artículos [2.6.1.4.2.20](#) a [2.6.1.4.3.3](#) de este acto administrativo, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, o quien haga sus veces, en atención a dichas condiciones, podrá establecer los documentos equivalentes a estos para la verificación de los requisitos previstos en el inciso primero del presente artículo.

#### Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 1500 de 2016, 'por el cual se modifica el artículo [2.6.1.4.3.10](#) de la sección 3 del Capítulo 4 del título 1 de la parte 6 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con la verificación de requisitos para el reconocimiento de los gastos e indemnizaciones cubiertos por la Subcuenta ECAT del Fosyga', publicado en el Diario Oficial No. 49.997 de 15 de septiembre de 2016.

#### Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

ARTÍCULO 2.6.1.4.3.10. Presentada la reclamación, las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT y el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, según corresponda, estudiarán su procedencia, para lo cual, deberán verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima o del beneficiario, según sea el caso, la cuantía de la reclamación, su presentación dentro del término a que refiere este Capítulo y si esta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad.

Con el objeto de evitar duplicidad de pagos, dichas entidades podrán cruzar los datos que consten en las reclamaciones presentadas, con aquellos disponibles en la base de datos SII ECAT, la base de pólizas expedidas y pagos realizados por las aseguradoras, y la base de datos de indemnizaciones de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, entre otras.

PARÁGRAFO 1o. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán adoptar mecanismos tendientes a garantizar la adecuada recopilación y diligenciamiento de la información requerida y demás datos necesarios para el pago. La Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias, vigilará que las precitadas instituciones den cumplimiento a lo ordenado en esta disposición, so pena de la imposición de las sanciones

correspondientes.

PARÁGRAFO 2o. El Fosyga y las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, en cuanto detecten pólizas sin cobertura, deberán informar los datos conocidos de vehículos no asegurados implicados en un accidente de tránsito, a los organismos de tránsito enunciados en el artículo [6o](#) de la Ley 769 de 2002 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, para efectos de la aplicación de las multas de que trata el artículo [131](#) de la citada ley.

(Artículo 36 del Decreto 56 de 2015)



ARTÍCULO 2.6.1.4.3.11. IMPOSIBILIDAD DE RECIBIR DOBLE BENEFICIO. En caso de que el beneficiario de las indemnizaciones a reconocer como consecuencia de un evento terrorista, haya recibido indemnización por muerte y gastos funerarios o por incapacidad, por parte de la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, el valor reconocido por dicha entidad se descontará de la indemnización a reconocer por parte de la Subcuenta ECAT del Fosyga y se pagará la diferencia, con el propósito de evitar que se genere un doble pago por el mismo hecho.

Para el reconocimiento de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos, las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT, el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, con el objeto de evitar dobles pagos, deberán cruzar los datos que consten en las reclamaciones presentadas a cada una con aquellas disponibles sobre pagos ya efectuados por el mismo concepto.

(Artículo 37 del Decreto 56 de 2015)



ARTÍCULO 2.6.1.4.3.12. TÉRMINO PARA RESOLVER Y PAGAR LAS RECLAMACIONES. Las reclamaciones presentadas con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga a que refiere el presente Capítulo, se auditarán integralmente dentro de los dos (2) meses siguientes al cierre de cada periodo de radicación, los cuales serán establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Si hubo lugar a la imposición de glosas como consecuencia de la auditoría integral a la reclamación, el Ministerio de Salud y Protección Social comunicará la totalidad de ellas al reclamante, quien deberá subsanarlas u objetarlas, dentro de los dos (2) meses siguientes a la comunicación de su imposición. Si transcurrido dicho término no se recibe información por parte del reclamante, se entenderá que aceptó la glosa impuesta.

El Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, pagará las reclamaciones que no hubiesen sido glosadas, dentro del mes siguiente a la fecha del cierre efectivo y certificación del proceso de auditoría integral, so pena del pago de intereses moratoria en los términos del artículo [1080](#) del Código de Comercio.

Las reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT se pagarán dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo [1077](#) del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al reclamante, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratoria igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad.

(Artículo 38 del Decreto 56 de 2015)



ARTÍCULO 2.6.1.4.3.13. ADOPCIÓN DE REQUISITOS Y CONDICIONES. El Ministerio de Salud y Protección Social adoptará los requisitos, criterios y condiciones para la presentación de las reclamaciones, la realización de la auditoría integral y el pago de las mismas con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga.

(Artículo 39 del Decreto 56 de 2015)



ARTÍCULO 2.6.1.4.3.14. REPETICIÓN. Se podrá repetir el pago realizado a las víctimas de accidentes de tránsito, así:

1. Las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, podrán repetir en acción judicial contra la Subcuenta ECAT del Fosyga, el valor de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos cancelados a la víctima o a los beneficiarios, cuando judicialmente se demuestre que la póliza que ampara el vehículo que ocasionó el accidente de tránsito, es falsa.

2. Las compañías aseguradoras podrán repetir contra el tomador del seguro por cualquier suma que hayan pagado como indemnización, cuando quien esté conduciendo el vehículo en el momento del accidente haya actuado con autorización del tomador y con dolo, culpa grave o dentro de aquellas circunstancias en que el seguro adolece de vicios o defectos coetáneos a su contratación, de conformidad con lo establecido en el numeral 4 del artículo 194 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

3. El Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, podrá repetir contra la compañía aseguradora autorizada para expedir el SOAT, cuando con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga se hayan pagado servicios de salud, indemnizaciones y gastos a las víctimas de accidentes de tránsito, y se compruebe que él o cualquiera de los vehículos involucrados en el accidente de tránsito estaban amparados por una póliza SOAT a la fecha de ocurrencia del mismo.

4. Las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) que reconozcan y paguen servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo, originados en accidentes de tránsito, podrán repetir contra las compañías de seguros cuando los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo no fueron pagadas con cargo a la póliza SOAT legal y vigente al momento del accidente. Para tales efectos, las aseguradoras deberán manejar mecanismos que permitan el cruce de información que impidan la duplicidad de pagos por los mismos conceptos.

PARÁGRAFO. De conformidad con lo previsto en el artículo [1668](#) del Código Civil, el Fosyga se entiende subrogado en los derechos de quien hubiere recibido cualquier suma de la Subcuenta ECAT de dicho Fondo por concepto de pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo, con ocasión del incumplimiento del propietario del vehículo de la obligación de adquirir el SOAT. No obstante, la persona que conducía el vehículo no asegurado al momento del accidente, será solidaria por todo concepto de responsabilidad que le asista al propietario del vehículo por cuenta del incumplimiento de la obligación de adquirir el SOAT. En estos casos, el Fosyga adelantará las acciones pertinentes contra el propietario del vehículo para la fecha del accidente, encaminadas a recuperar las sumas que haya pagado por los

servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo y contra el conductor si lo estima pertinente.

(Artículo 40 del Decreto 56 de 2015)

#### SECCIÓN 4.

#### OTRAS CONDICIONES GENERALES DEL SOAT.



ARTÍCULO 2.6.1.4.4.1. CONDICIONES DEL SOAT. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente Capítulo, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes:

1. Pago de reclamaciones. Para tal efecto, las instituciones prestadoras de servicios de salud o las personas beneficiarias, según sea el caso, deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo [1081](#) del Código de Comercio, contado a partir de:

1.1. La fecha en que la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud con ocasión de la atención médica que se le haya prestado, tratándose de reclamaciones por gastos de servicios de salud.

1.2. La fecha de defunción de la víctima para indemnizaciones por muerte y gastos funerarios.

1.3. La fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, tratándose de indemnizaciones por incapacidad.

1.4. La fecha en que se prestó el servicio de transporte, tratándose de gastos relacionados con el transporte y movilización de la víctima.

El pago por parte de dichas compañías, deberá efectuarse dentro del término establecido en el artículo [1080](#) del Código de Comercio o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará a la institución prestadora de servicio de salud o beneficiario según sea el caso, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera de Colombia, aumentado en la mitad.

2. Concurrencia de vehículos. En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores asegurados, cada entidad aseguradora correrá con el importe de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo, a los ocupantes de aquel que tenga asegurado. En el caso de los terceros no ocupantes se podrá formular la reclamación a cualquiera de estas entidades; aquella a quien se dirija la reclamación estará obligada al pago de la totalidad de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos, sin perjuicio del derecho de repetición, a prorrata, de las compañías entre sí.

3. Inoponibilidad de excepciones a los beneficiarios. A las víctimas de los accidentes de tránsito, a los beneficiarios o a quienes tengan derecho al pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo, no les serán oponibles excepciones derivadas de vicios o defectos relativos a la celebración del contrato o al incumplimiento de obligaciones propias del tomador. Por lo tanto, solo serán oponibles excepciones propias de la reclamación tales como

pago, compensación, prescripción o transacción.

4. Subordinación de la entrega de la póliza al pago de la prima. La entrega de la póliza del SOAT al tomador estará condicionada al previo pago de la prima, excepto cuando se encuentre a cargo de entidades de derecho público. La compañía de seguros deberá entregar al tomador las condiciones generales y el correspondiente certificado de seguro.

5. Irrevocabilidad. La póliza del SOAT no podrá ser revocada por ninguna de las partes intervinientes.

6. Cambio de utilización de vehículo y de cilindraje. El tomador de la póliza del SOAT deberá notificar por escrito a la compañía de seguros, el cambio en la utilización del vehículo y las variaciones de su cilindraje. La notificación deberá hacerse a más tardar dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha del cambio, evento en el cual, la compañía de seguros y el tomador, exigirán el reajuste o la devolución a que hubiere lugar en el valor de la prima.

7. Transferencia del vehículo. La transferencia de la propiedad del vehículo descrito en la póliza, no generará la terminación del contrato de seguro, el cual seguirá vigente hasta su expiración. No obstante, el nuevo propietario deberá informar por escrito de tal situación a la respectiva aseguradora, dentro de los diez (10) días siguientes a la transferencia de dominio, con el objeto de que esta realice el cambio de la póliza y actualice sus sistemas de información.

8. Régimen legal. En lo no regulado en el presente Capítulo para el SOAT, se aplicarán las disposiciones previstas para las aseguradoras y el contrato de seguro, establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes.

9. Exclusiones. Salvo las excepciones previstas en este Capítulo, el SOAT no estará sujeto a exclusión alguna y por ende, amparará todos los eventos y circunstancias bajo las cuales se produzca un accidente de tránsito.

(Artículo 41 del Decreto 56 de 2015)



ARTÍCULO 2.6.1.4.4.2. TRANSITORIO. A partir del 14 de enero de 2015, cuando un prestador de servicios de salud reclame ante una compañía aseguradora el pago de los servicios de salud brindados con anterioridad al 10 de mayo de 2012 a una víctima de accidente de tránsito, se entenderá agotada la cobertura de la póliza SOAT cuando:

a) Se hayan pagado en su integridad los quinientos (500) salarios mínimos legales diarios vigentes;

b) Luego de surtido el proceso establecido para adelantar la reclamación ante las compañías aseguradoras, quede un saldo por pagar igual o inferior a cuarenta (40) salarios mínimos legales diarios vigentes, por encontrarse pendiente de decisión sobre la procedencia o no de la(s) glosa(s) aplicada(s) por la compañía aseguradora.

Las compañías aseguradoras, emitirán el certificado de agotamiento de cobertura indicando el pago integral de los quinientos (500) salarios mínimos legales diarios vigentes o el valor pagado y el valor glosado, cuando este último no supere los cuarenta (40) salarios mínimos legales diarios vigentes.



PARÁGRAFO 1o. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el procedimiento a seguir y la documentación requerida para que los Prestadores de Servicios de Salud tramiten una reclamación ante el Fosyga, cuando el agotamiento de la cobertura se haya presentado en los casos previstos en el literal b) del presente artículo. Los reclamantes autorizarán al Ministerio de Salud y Protección Social o a quien este delegue, el descuento del valor no pagado y glosado por parte de las compañías aseguradoras, de aquellas sumas que resultaren a su favor producto de la reclamación ante el Fosyga.

PARÁGRAFO 2o. Las compañías aseguradoras deberán indicar en la certificación, las facturas presentadas por las entidades reclamantes y el monto glosado o el(los) ítem(s) objeto de glosa.

PARÁGRAFO 3o. Lo previsto en el presente artículo no constituirá una renuncia de los derechos de los prestadores de servicios de salud frente a la aseguradora responsable del reconocimiento y pago de la cobertura correspondiente.

PARÁGRAFO 4. Lo dispuesto en el presente artículo también aplicará a aquellas reclamaciones que al 14 de enero de 2015 se encuentren en trámite en la compañía aseguradora o hayan sido objeto de glosa y la misma esté pendiente de decisión.

(Artículo 42 del Decreto 56 de 2015)



ARTÍCULO 2.6.1.4.4.3. REPORTE DE INFORMACIÓN. Las compañías aseguradoras que expidan el seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito - SOAT, adicional a la información que deben suministrar en su condición de sujetos de vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, deberán reportar a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, la información de pólizas expedidas y siniestros pagados, en los formatos que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social.

De igual modo, la Subcuenta ECAT del Fosyga, reportará a través de las entidades que designen las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, la información relacionada con las reclamaciones canceladas respecto de vehículos no asegurados.

Los prestadores de servicios de salud que suministren los servicios de salud de que trata este Capítulo, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la atención, deberán informar de ello a la Entidad Promotora de Salud (EPS) y a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) a la cual se encuentre afiliada la víctima, y a la compañía aseguradora autorizada para operar el SOAT.

(Artículo 43 del Decreto 56 de 2015)



ARTÍCULO 2.6.1.4.4.4. DESTINACIÓN DE LOS RECURSOS DEL SOAT PARA PREVENCIÓN VIAL. De conformidad con lo establecido en el inciso 2o del artículo 7o de la Ley 1702 de 2013, las entidades aseguradoras girarán el tres por ciento (3%) de las primas que anualmente se recauden al Fondo Nacional de Seguridad Vial, en los términos y condiciones que para el efecto establezca el Gobierno nacional.

(Artículo 44 del Decreto 56 de 2015)

ARTÍCULO 2.6.1.4.4.5. FORMATOS. Hasta tanto sean adoptados los nuevos formatos y formularios por parte de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, se continuarán utilizando los formatos y formularios vigentes al 14 de enero de 2015.

(Artículo 45 del Decreto 56 de 2015)

## CAPÍTULO 5.

### CUENTA DE ALTO COSTO.

ARTÍCULO 2.6.1.5.1. CUENTA DE ALTO COSTO. Las Entidades Promotoras de Salud, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) administrarán financieramente los recursos destinados al cubrimiento de la atención de las enfermedades ruinosas y catastróficas -alto costo- y de los correspondientes a las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con el alto costo, que en sendos casos determine el Ministerio de Salud y Protección Social, en una cuenta denominada "cuenta de alto costo" que tendrá dos subcuentas correspondientes a los recursos anteriormente mencionados.

(Artículo 1 del Decreto 2699 de 2007)

ARTÍCULO 2.6.1.5.2. ADMINISTRACIÓN DE LA CUENTA DE ALTO COSTO. La administración de la "cuenta de alto costo" se hará de manera conjunta por la totalidad de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y las demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC).

La "cuenta de alto costo" se podrá manejar a través de encargo fiduciario o por el mecanismo que determinen el conjunto de las Entidades Promotoras de Salud y las demás entidades obligadas a compensar en entidades autorizadas por la Superintendencia Financiera y deberá ser aprobada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las Entidades Promotoras de Salud y las demás entidades obligadas a compensar definirán los mecanismos de administración y auditoría, de lo cual darán cuenta al Ministerio de Salud y Protección Social. Cualquier modificación en los anteriores mecanismos deberá ser tramitada en igual forma.

(Artículo 2 del Decreto 2699 de 2007)

ARTÍCULO 2.6.1.5.3. PORCENTAJE MÁXIMO PARA LA OPERACIÓN, ADMINISTRACIÓN, Y AUDITORÍA Y USO DE LOS RENDIMIENTOS FINANCIEROS. <Artículo sustituido por el artículo 1 del Decreto 1370 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo (EPS) y del Régimen Subsidiado (EPS-S) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), a través del organismo de administración conjunta que ellas conformen, fijarán anualmente el monto total de los recursos para el funcionamiento de la Cuenta de Alto Costo, con los cuales se financiará la operación, administración y auditoría que conjuntamente definan las mencionadas entidades. Para efectos presupuestales y de giro, este monto será del cuatro por ciento (4%) de la totalidad de los

recursos que sean girados a la Cuenta de Alto Costo y se distribuirán de acuerdo a como lo defina el organismo de administración conjunta de la Cuenta de Alto Costo.

En caso de que la entidad sea beneficiaria de la Cuenta, el costo neto de administración se descontará de los giros que se le hagan. En caso de que la entidad esté obligada a girar, adicionará el costo neto de administración al valor total del giro que deba realizar a la Cuenta de Alto Costo. Si la entidad no debe girar ni recibir, pagará a la Cuenta únicamente el costo neto de administración. En todos los casos, el valor que financia el costo neto de administración deberá pagarse en los plazos estipulados para que las EPS y EOC realicen los giros a la Cuenta de Alto Costo y su incumplimiento generará las consecuencias previstas en el artículo 2.6.1.5.13 del presente decreto.

Los rendimientos financieros que se obtengan de los recursos de la Cuenta de Alto Costo, podrán destinarse a financiar los gastos de administración y auditoría dentro de los límites señalados en el presente artículo.

#### Notas de Vigencia

- Artículo sustituido por el artículo 1 del Decreto 1370 de 2016, 'por medio del cual se sustituye un artículo y se adiciona al Capítulo [V](#) del Título I de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud una disposición, en relación con la operación de la Cuenta de Alto Costo', publicado en el Diario Oficial No. 49.973 de 22 de agosto de 2016.

#### Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

ARTÍCULO 2.6.1.5.3. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo (EPS) y del Régimen Subsidiado (EPS-S) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), a través del organismo de administración conjunta que ellas conformen, fijarán anualmente el monto total de los recursos para el funcionamiento de la Cuenta de Alto Costo, con los cuales se financiará la operación, administración y auditoría que conjuntamente definan las mencionadas entidades. Para efectos presupuestales y de giro, este monto en ningún caso superará el dos por ciento (2%) de la totalidad de los recursos que sean girados a la Cuenta de Alto Costo y se distribuirán de acuerdo a como lo defina el organismo de administración conjunta de la Cuenta de Alto Costo.

En caso de que la entidad sea beneficiaria de la Cuenta, el costo neto de administración se descontará de los giros que se le hagan. En caso de que la entidad esté obligada a girar, adicionará el costo neto de administración al valor total del giro que deba realizar a la Cuenta de Alto Costo. Si la entidad no debe girar ni recibir, pagará a la Cuenta únicamente el costo neto de administración. En todos los casos, el valor que financia el costo neto de administración deberá pagarse en los plazos estipulados para que las EPS y EOC realicen los giros a la Cuenta de Alto Costo y su incumplimiento generará las consecuencias previstas en el artículo [2.6.1.5.13](#) del presente decreto.

Los rendimientos financieros que se obtengan de los recursos de la Cuenta de Alto Costo, podrán destinarse a financiar los gastos de administración y auditoría dentro de los límites señalados en el presente artículo.

(Artículo 6 del Decreto 3511 de 2009)



**ARTÍCULO 2.6.1.5.4. RESPONSABILIDAD DE LOS REPRESENTANTES LEGALES.**

Por tratarse del manejo de recursos públicos, los representantes legales de las diferentes Entidades Promotoras de Salud y demás entidades obligadas a compensar serán responsables del debido giro a la cuenta, del adecuado manejo de los recursos, de la oportuna y debida distribución y posterior situación de recursos a las cuentas individuales de las EPS, así como de la oportunidad y calidad de la información.

(Artículo 3o del Decreto 2699 de 2007)



**ARTÍCULO 2.6.1.5.5. MONTO DE RECURSOS Y MECANISMOS DE DISTRIBUCIÓN.**

El monto de recursos que corresponda girar a cada Entidad Promotora de Salud tanto del Régimen Contributivo (EPS), como del Régimen Subsidiado (EPS-S), y a las demás entidades obligadas a compensar (EOC), y el monto mensual que le corresponda a cada una en la distribución será el que resulte de aplicar el mecanismo de distribución que se establezca a través de resolución conjunta, expedida por los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de Salud y Protección Social, para cada tipo de enfermedad de alto costo y de actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con las enfermedades de alto costo que se seleccionen. Para el efecto, se podrán tener en cuenta, entre otros, los siguientes factores:

- a) Tasas de Prevalencia de cada una de las Enfermedades de Alto Costo y/o de Interés en Salud Pública Individual en cada EPS, EPS-S y EOC;
- b) Tasas de Incidencia de cada una de las Enfermedades de Alto Costo y/o de Interés en Salud Pública Individual en cada EPS, EPS-S y EOC;
- c) Costo de la atención de cada una de las Enfermedades de Alto Costo y/o de Interés en Salud Pública;
- d) Población en cada EPS, EPS-S y EOC.

La periodicidad, la forma y el contenido de la información que deben reportar cada una de las entidades obligadas a girar recursos a la Cuenta de Alto Costo, EPS, EPS-S y EOC, será definida por el Ministerio de Salud y Protección Social".

**PARÁGRAFO.** Las EPS oEOCa las cuales se distribuyan recursos desde la Cuenta de Alto Costo podrán determinar los montos a su favor que se girarán a terceros con los cuales tengan una relación contractual, crediticia o bajo cualquier otro título legalmente válido que le haya servido en la financiación de obligaciones".

(Artículo 4o del Decreto 2699 de 2007 modificado por el artículo 1o del Decreto 3511 de 2009, párrafo adicionado por el artículo 1o del Decreto 1186 de 2010)



**ARTÍCULO 2.6.1.5.6. GIRO DE RECURSOS A LA CUENTA DE ALTO COSTO.** Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo (EPS), las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S) y las demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), girarán a la Cuenta de Alto Costo, el monto neto mensual de los recursos de acuerdo con los

resultados del mecanismo de distribución de que trata el artículo anterior.

En el caso de las EPS del Régimen Contributivo (EPS) y de las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), el giro se hará el siguiente día hábil de aprobado el primer proceso de compensación de cada mes.

<Inciso del texto compilado derogado por el artículo 5 de la Decreto 1700 de 2011>

#### Notas de Vigencia

- Inciso del texto compilado derogado por el artículo 5 de la Decreto 1700 de 2011, publicado en el Diario Oficial No. 48.078 de 23 de mayo de 2011.

#### Legislación Anterior

Texto modificado del Decreto 3511 de 2009:

<INCISO 3> En el caso de las EPS del Régimen Subsidiado -EPS-S, el giro se hará de los recursos recibidos en virtud del recaudo de las UPC-S, los cuales deben ser girados a la Cuenta de Alto Costo de manera anticipada y con una periodicidad bimestral, dentro de los diez (10) primeros días.

PARÁGRAFO. En ningún caso las EPS del Régimen Subsidiado (EPS-S) podrán alegar el no giro por parte de la Entidad Territorial como justificación para no girar los recursos a la Cuenta de Alto Costo, según lo dispuesto en la normativa vigente.

#### Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este párrafo. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 000-2010-00245-00 de 30 de julio de 2015, Consejera Ponente Dr. (E) María Elizabeth García González.

(Artículo 5o del Decreto 2699 de 2007 modificado por el artículo 2o del Decreto 3511 de 2009)



**ARTÍCULO 2.6.1.5.7. INCUMPLIMIENTO POR PARTE DE LAS ENTIDADES OBLIGADAS A GIRAR A LA CUENTA DE ALTO COSTO.** En el evento en que una Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo (EPS) o una Entidad Obligada a Compensar (EOC) no gire los recursos a que están obligadas a la Cuenta de Alto Costo dentro del plazo señalado en el presente Capítulo, el organismo de administración conjunta de la Cuenta de Alto Costo informará al Ministerio de Salud y Protección Social para que el Fosyga, de conformidad con lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, proceda a descontar tales valores en el segundo proceso de compensación del mismo mes, o en el siguiente proceso de compensación en caso de que no sea posible descontar la totalidad de los recursos en el segundo proceso de compensación del mismo mes. Los descuentos se aplicarán en los mencionados procesos de compensación, independientemente al periodo compensado. La EPS del Régimen Contributivo (EPS) o Entidad Obligada a Compensar (EOC) incumplida será reportada a la Superintendencia Nacional de Salud por el organismo de administración conjunta de la Cuenta de Alto Costo para que proceda según sus facultades legales.

El incumplimiento en el giro a la Cuenta de Alto Costo estará sujeto a las instrucciones y sanciones que competa imponer a la Superintendencia Nacional de Salud. La reiteración de este incumplimiento será considerada como una causal de Toma de Posesión en los términos establecidos en el literal a) del artículo 114 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

Si cualquiera de las EPS, EPS-S o EOC no suministra la información en la forma y dentro de los plazos señalados, le serán computados cero casos de enfermedades de alto costo. Adicionalmente la Superintendencia Nacional de Salud procederá en los términos establecidos en el inciso anterior si el incumplimiento conlleva el no giro a la Cuenta de Alto Costo, contra la entidad incumplida de conformidad con sus facultades legales. La entidad incumplida no será exonerada de la responsabilidad por la continuidad en la atención de salud de las enfermedades de alto costo de sus afiliados ni por la realización de las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con el alto costo.

(Artículo 6o del Decreto 2699 de 2007 modificado por el artículo 3o del Decreto 3511 de 2009)



**ARTÍCULO 2.6.1.5.8. ENTREGA DE LOS RECURSOS A LAS ENTIDADES BENEFICIARIAS DE LA CUENTA DE ALTO COSTO.** La entrega de los recursos de la Cuenta de Alto Costo se hará el último día hábil del mes respectivo a partir de la publicación de los resultados del mecanismo de distribución de que trata el artículo [2.6.1.5.5](#) del presente decreto, en proporción a la disponibilidad en la Tesorería de la Cuenta de Alto Costo.

(Artículo 7o del Decreto 2699 de 2007 modificado por el artículo 4o del Decreto 3511 de 2009)



**ARTÍCULO 2.6.1.5.9. REQUERIMIENTO Y REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN.** El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud podrán, en cualquier tiempo, requerir información relativa al manejo de la cuenta de alto costo y efectuar las revisiones a que haya lugar.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un sistema de información para enterar a la ciudadanía sobre la incidencia, prevalencia y costos de las enfermedades ruinosas y catastróficas –alto costo– y las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con el alto costo en el Sistema General de la Seguridad Social en Salud, preservando los lineamientos legales sobre el Hábeas Data.

(Artículo 8o del Decreto 2699 de 2007)



**ARTÍCULO 2.6.1.5.10. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA CUENTA DE ALTO COSTO.** Los Ministerios de Salud y Protección Social y de Hacienda y Crédito Público evaluarán semestralmente el funcionamiento de la cuenta de alto costo, para que el Gobierno nacional tome las medidas que considere.

(Artículo 9o del Decreto 2699 de 2007)



**ARTÍCULO 2.6.1.5.11. REVISIÓN DE INFORMACIÓN.** El Ministerio de Salud y Protección Social podrá revisar la información que reportaron las Empresas Promotoras de Salud

y entidades obligadas a compensar y que sirvió como base para el mecanismo de distribución, compensación o gestión y en caso de considerarlo necesario le dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud para que practique las verificaciones correspondientes y tome las medidas pertinentes.

(Artículo 11 del Decreto 2699 de 2007)



ARTÍCULO 2.6.1.5.12. DEDUCCIONES MARGEN DE SOLVENCIA. El mecanismo de transferencia de riesgo contemplado en el presente Capítulo, aplica a los mecanismos de transferencia de riesgos aceptables para reducir el monto requerido del margen de solvencia de conformidad con la normatividad vigente.

(Artículo 12 del Decreto 2699 de 2007)



ARTÍCULO 2.6.1.5.13. DEBER DE COLABORACIÓN. Para que las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo (EPS) y del Régimen Subsidiado (EPS-S) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) den cumplimiento a los artículos [2.6.1.5.1](#) a [2.6.1.5.12](#) del presente decreto o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, y para que se haga efectiva la administración conjunta de la Cuenta de Alto Costo, es obligatorio que todas las entidades obligadas suministren la información requerida, realicen los giros de que trata el presente Capítulo y suscriban los instrumentos y documentos legales necesarios para hacer efectivo el mecanismo de operación conjunta. La renuencia de las entidades obligadas a suministrar la información requerida, a efectuar los giros o a suscribir los instrumentos y documentos legales necesarios para la operación conjunta de que trata el artículo [2.6.1.5.2](#) del presente decreto, será objeto de las sanciones previstas en la normatividad vigente.

(Artículo 5o del Decreto 3511 de 2009)

ARTÍCULO 2.6.1.5.14. <Artículo adicionado por el artículo 2 del Decreto 1370 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> La Cuenta de Alto Costo podrá realizar actividades de evaluación y monitoreo, soportadas en los elementos, datos, insumos y demás instrumentos técnicos de que disponga, como resultado del cumplimiento de las funciones legalmente asignadas, para lo cual las EPS y EOC determinarán los actos jurídicos que podrá desarrollar la CAC, frente a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En todo caso, los recursos que perciba producto de tales actos, estarán sometidos a las condiciones establecidas en el artículo 2.6.1.5.3 del presente decreto.

Notas de Vigencia

- Artículo adicionado por el artículo 2 del Decreto 1370 de 2016, 'por medio del cual se sustituye un artículo y se adiciona al Capítulo [V](#) del Título I de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud una disposición, en relación con la operación de la Cuenta de Alto Costo', publicado en el Diario Oficial No. 49.973 de 22 de agosto de 2016.

CAPÍTULO 6.

DE LA FIRMEZA DE LOS RECONOCIMIENTOS Y GIROS DE LOS RECURSOS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD.

## Notas de Vigencia

- Capítulo adicionado por el artículo [1](#) del Decreto 1829 de 2016, 'por medio del cual se adiciona el Capítulo [6](#) al Título 1 de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud, en relación con la firmeza de los reconocimientos y giros de los recursos del aseguramiento en salud, el reintegro de recursos pagados por afiliación a prevención o cesión obligatoria, así como la corrección o ajuste a periodos compensados', publicado en el Diario Oficial No. 50.053 de 10 de noviembre de 2016



ARTÍCULO 2.6.1.6.1. DEFINICIONES. <Artículo adicionado por el artículo [1](#) del Decreto 1829 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> Para efectos del presente capítulo, adóptense las siguientes definiciones:

- a) Recursos del aseguramiento en salud: Corresponden a aquellos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconoce y paga por concepto de Unidades de Pago por Capitación (UPC), para garantizar la financiación del plan de beneficios a la población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado, así como el valor per cápita que se reconoce para el desarrollo de las actividades de promoción y prevención, el porcentaje del Ingreso Base de Cotización para garantizar el reconocimiento y pago de incapacidades por enfermedad general a los afiliados cotizantes con derecho y el valor de las licencias de maternidad y paternidad, en el régimen contributivo.
- b) Reconocimiento de recursos del aseguramiento en salud: Proceso por medio del cual el Fosyga o quien haga sus veces, determina la existencia de una obligación de pago de los recursos del aseguramiento en salud a su cargo, mediante la verificación del cumplimiento de los supuestos o requisitos establecidos legal o reglamentariamente y su liquidación.
- c) Giro de recursos del aseguramiento en salud: Acto mediante el cual el Fosyga o quien haga sus veces, desembolsa el monto de la obligación del aseguramiento en salud previamente reconocida, sin perjuicio de los descuentos a que haya lugar, con lo cual se extingue la respectiva obligación.
- d) Reclamación: <Definición adicionada por el artículo 1 del Decreto 969 de 2017. El nuevo texto es el siguiente:> Corresponde a la remisión de la solicitud de aclaración a los sujetos del procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, por parte del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces, con la cual se da inicio a dicho procedimiento y se interrumpe el plazo para que opere la firmeza sobre los reconocimientos y giros del aseguramiento en salud realizados a partir del 9 de junio de 2013.

## Notas de Vigencia

- Definición adicionada por el artículo 1 del Decreto 969 de 2017, 'por medio del cual se modifica el artículo [2.6.1.6.1](#) del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, adicionado mediante el Decreto [1829](#) de 2016', publicado en el Diario Oficial No. 50.258 de 8 de junio de 2017.

## Notas de Vigencia



- Artículo adicionado por el artículo [1](#) del Decreto 1829 de 2016, 'por medio del cual se adiciona el Capítulo [6](#) al Título 1 de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud, en relación con la firmeza de los reconocimientos y giros de los recursos del aseguramiento en salud, el reintegro de recursos pagados por afiliación a prevención o cesión obligatoria, así como la corrección o ajuste a periodos compensados', publicado en el Diario Oficial No. 50.053 de 10 de noviembre de 2016



ARTÍCULO 2.6.1.6.2. DE LA FIRMEZA DE LOS RECONOCIMIENTOS Y GIROS DE RECURSOS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD. <Artículo adicionado por el artículo [1](#) del Decreto 1829 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> En el marco de lo establecido en el artículo [73](#) de la Ley 1753 de 2015, los reconocimientos y giros de los recursos del aseguramiento en salud quedarán en firme transcurridos dos (2) años después de su realización; para aquellos efectuados entre el 9 de junio de 2013 y el 8 de junio de 2015, dicho término contará a partir de la entrada en vigencia de la ley en mención. Cumplido dicho plazo, no procederá reclamación alguna.

De conformidad con la Ley 1797 de 2016, a partir de su entrada en vigencia se predica la firmeza de los reconocimientos y giros de los recursos del aseguramiento en salud realizados con anterioridad al 9 de junio de 2013 y sobre estos no procede reclamación alguna.

PARÁGRAFO. El reporte de las novedades de afiliación y el pago de aportes por parte de las EPS se realizará conforme a las reglas y términos establecidos para cada uno de los regímenes.

#### Notas de Vigencia

- Artículo adicionado por el artículo [1](#) del Decreto 1829 de 2016, 'por medio del cual se adiciona el Capítulo [6](#) al Título 1 de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud, en relación con la firmeza de los reconocimientos y giros de los recursos del aseguramiento en salud, el reintegro de recursos pagados por afiliación a prevención o cesión obligatoria, así como la corrección o ajuste a periodos compensados', publicado en el Diario Oficial No. 50.053 de 10 de noviembre de 2016

#### TÍTULO 2.

#### RECURSOS DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR.



ARTÍCULO 2.6.2.1. OBJETO. El siguiente capítulo tiene por objeto reglamentar la destinación de los recursos de que trata el artículo [46](#) de la Ley 1438 de 2011, correspondiente a las vigencias 2012, 2013 y 2014.

(Compilación artículo 1o del Decreto 2562 de 2014 y artículo 1o del Decreto 3046 de 2013)



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.

Normograma del Ministerio de Relaciones Exteriores

ISSN 2256-1633

Última actualización: 31 de julio de 2019

