REPÚBLICA DE COLOMBIA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

I S S N 0 1 2 3 - 9 0 6

AÑO XXXV - Nº 962 | Bogotá, D. C., martes, 11 de agosto de 2026 | EDICIÓN DE 14 PÁGINAS

DIRECTORES: DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ VÁSQUEZ
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 16 DE 2026 SENADO

por medio de la cual se adoptan medidas para mejorarla situación financiera y de flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

NORMA HURTADO SÁNCHEZ
Senadora de la República

Partido de la Unión por la gente.

PROYECTO DE LEY No. 16 DE 2026 SENADO

Bogotá D.C., 21 de julio de 2026

Doctor
DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
Secretario General Senado de la República
Ciudad

Asunto: Radicación del Proyecto de Ley *"Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la situación financiera y de flujo de recursos del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones"*

Respetado doctor González.

En nuestra calidad de Congresistas de la República y en uso de las atribuciones que nos han sido conferidas constitucional y legalmente, respetuosamente nos permitimos radicar el Proyecto de Ley de la referencia y, en consecuencia, le solicitamos se sirva dar inicio al trámite legislativo respectivo.

Atentamente,

Los firmantes del proyecto de ley.

PROYECTO DE LEY No. 016 DE 2026 SENADO

"Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la situación financiera y de flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene por objeto adoptar medidas que permitan mejorar la situación financiera y de flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud de todos los habitantes del país.

Artículo 2º. Uso de los recursos excedentes de las cuentas maestras del régimen subsidiado. Los recursos excedentes de las cuentas maestras del régimen subsidiado de los municipios, distritos y departamentos que, validado el cumplimiento de metas, no se hayan destinado a alguno de los usos señalados en el artículo 2º de la ley 1608 de 2013, incluidos los recursos no comprometidos con corte a 31 de diciembre de la vigencia fiscal inmediatamente anterior a la expedición de la presente ley a que hace referencia el numeral i) literal b) del artículo 7º del Decreto 2154 de 2019, podrán usarse conforme a la siguiente prioridad, siempre y cuando no sean requeridos para garantizar los compromisos y contingencias actuales del Régimen Subsidiado de Salud:

1. Saneamiento fiscal y financiero, destinado a los programas de saneamiento de las ESE, donde igualmente se pagarán primero las deudas laborales del personal de salud.
2. Cofinanciación del esfuerzo propio para asumir el aporte a cargo de municipios y distritos para el Régimen Subsidiado, independiente de su vigencia de causación.
3. Atención a población pobre no asegurada y migrante, mediante el pago de servicios a población pobre no asegurada, servicios no incluidos en el Plan de Beneficios prestados hasta el 31 de diciembre de 2019, y atención de urgencias a la población migrante no asegurada.
4. Pago de pasivos de las Empresas Sociales del Estado (ESE), mediante pago de deudas a cargo de las entidades territoriales, priorizando obligatoriamente las deudas con el talento humano en salud.
6. Infraestructura y dotación, mediante la inversión para el mejoramiento de la red pública de prestadores, siempre que las inversiones estén incluidas en el Plan Maestro de Inversiones en Salud del respectivo departamento o distrito.

Parágrafo 1. Los recursos transferidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la ADRES para financiar programas de promoción de la salud o prevención de la enfermedad no comprometidos al 31 de

diciembre de la vigencia fiscal inmediatamente anterior, se podrán reincorporar por las entidades territoriales y destinar a los usos previstos en el presente artículo.

Parágrafo 2. Para aplicar los recursos en los usos de los numerales 1, 4 y 5, las entidades territoriales deberán tener garantizada previamente la cofinanciación del esfuerzo propio del Régimen Subsidiado y haber previsto la inversión para la población referida en el numeral 2 de este artículo.

Artículo 3º. Uso de los recursos de excedentes de aportes patronales no saneados. Los recursos excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales financiados con recursos del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones (SGP), de que trata el artículo 85 de la Ley 1438 de 2011, correspondientes a las vigencias 1994 a 2016, que no hayan sido aplicados ni saneados y que se encuentren en poder de las administradoras - sean estas EPS, EOC, ARL, Fondos de Pensiones y Cesantías -, de las Empresas Sociales del Estado (ESE) o de las Entidades Territoriales, deberán girarse a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) junto con los rendimientos financieros causados.

El giro de los recursos en poder de las administradoras se realizará a más tardar el último día de la mensualidad siguiente a la expedición de la presente ley. La ADRES distribuirá estos recursos entre los departamentos y distritos en función del número de afiliados al Régimen Subsidiado de cada entidad territorial.

Estos recursos se destinarán obligatoriamente a los siguientes usos:

1. Se destinarán al saneamiento de deudas laborales y del talento humano en salud de las Empresas Sociales del Estado, y otros pasivos que la entidad territorial defina como necesarios para garantizar su operación.
2. De no existir deudas por el numeral anterior, al pago de la deuda por concepto de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada y a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Parágrafo. Las entidades depositarias de estos recursos y sus revisorías fiscales certificarán el giro de la totalidad de los saldos que pertenecen a las entidades territoriales, bajo la auditoría de los órganos de control respectivos. Lo anterior, sin perjuicio de la responsabilidad de las ESE de responder por el pago de los aportes de seguridad social de sus empleados

Artículo 4º. Recursos de excedentes de rentas cedidas y del monopolio de juegos de suerte y azar. Los recursos de excedentes de rentas cedidas y del monopolio de juegos de suerte y azar de las vigencias 2022-2026 generados como saldos de la Liquidación Mensual de Afiliados, se podrán utilizar en la vigencia que corresponde a la expedición de la presente ley con destino al saneamiento fiscal y financiero de Empresas Sociales del Estado y al pago de pasivos de estas entidades. Los recursos que en las vigencias 2023-2026 que no se hayan estimado para la cofinanciación del régimen subsidiado de salud de estas vigencias, también podrán utilizarse para el saneamiento fiscal y financiero de Empresas Sociales del Estado y para el pago de pasivos y excedentes de facturación derivados de la atención de la población no afiliada al régimen subsidiado de salud.

Artículo 5º. Mecanismos para otorgar liquidez inmediata. En virtud de lo establecido en los artículos 66 y 67 de la Ley 1753 de 2015 y de lo establecido en el artículo 41 del Decreto Ley 4107 de 2011, la subcuenta de Garantías de la ADRES, deberá posibilitar con los recursos que el Ministerio de Salud y Protección Social le transfiera de los proyectos a su cargo, las siguientes medidas:

1. Compra de cartera a Instituciones Prestadoras de servicios de salud, priorizando a las entidades públicas. Esta compra de cartera deberá solicitarse a ADRES por las IPS públicas o privadas a través de los medios existentes. La cartera debe corresponder a reconocida no pagada. Esta condición la certificará el representante legal de la Institución solicitante, certificando la condición de las facturas junto con la Revisoría Fiscal cuando tengan revisor fiscal. Tendrán prioridad para la compra de cartera las Instituciones Públicas y las que deriven sus ingresos en más de un 70% de la atención a usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La ADRES definirá los criterios de asignación de los recursos entre las diferentes IPS solicitantes.

   La EPS deberá aceptar la operación y descargar la cuenta por pagar una vez le haya sido notificada la operación.

   La Superintendencia Nacional de Salud verificará que, en tiempo real con la operación, esta se vea reflejada en la Contabilidad de las Entidades involucradas.

   El pago de la operación se descontará a la EPS directamente del reconocimiento de la UPC y en ningún caso el pago de cada operación o acumulado de este tipo de operaciones podrá exceder el 3% de la UPC anualizada. La ADRES definirá la periodicidad de los descuentos que efectuará a las EPS.

2. Otorgar garantías para créditos con la Banca Comercial o la Banca de Segundo piso. Los potenciales beneficiarios de las operaciones que hayan efectuado el pago de cuotas para acceder a la garantía de conformidad con el reglamento del Gobierno nacional, podrán utilizar la garantía en las condiciones que hayan sido aprobadas y hasta la cuantía determinada.

3. Para los propósitos definidos en el artículo 33 de la Ley 2155 de 2021, los créditos que otorgue la banca de segundo piso, se podrán hacer de manera directa. La compensación de la tasa podrá realizarse con recursos de la ADRES o con recursos del Presupuesto General de la Nación de vigencias anteriores que no hayan sido comprometidos en estas líneas y que hubieren tenido la destinación inicial al sector salud o con otros recursos del Presupuesto General de la Nación.

4. Se estructurarán durante la vigencia líneas de crédito blando con tasas compensadas a través de la banca de segundo piso con el fin de otorgar liquidez al sector, Para el pago de estas obligaciones se podrán descontar de los recursos que a cualquier título reconozca la ADRES a los prestadores de servicios de salud públicos y privados.

Artículo 6º. Usos de los recursos territoriales excedentes del sector salud. Con el fin de priorizar las necesidades en el saneamiento del sector salud se podrá disponer de los siguientes recursos:

1. Los excedentes y saldos no comprometidos de recursos de oferta de salud del Sistema General de Participaciones con corte a 31 de diciembre de 2019, los cuales se destinarán al pago de deudas por prestación de servicios de salud de vigencias anteriores y al pago de la atención de urgencia de la población migrante no afiliada a cargo de departamentos y distritos. De no existir estas deudas, se usarán para el saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado (ESE).

   Si el municipio perdió la competencia para administrar salud o no tiene deudas pendientes, estos saldos se girarán al departamento para los mismos fines.

2. Los recursos de la estampilla de que trata la Ley 669 de 2001 podrán usarse para pagar deudas por servicios y tecnologías no cubiertas por la UPC - No PBS - prestados al régimen subsidiado hasta el 31 de diciembre de 2019. Los excedentes también podrán dirigirse al saneamiento de las ESE.

Artículo 7º. Recursos destinados para el régimen subsidiado por Entidades Territoriales. El monto de los recursos de esfuerzo propio aportado por las entidades territoriales para la cofinanciación del régimen subsidiado no podrá disminuir, salvo que la entidad acredite ante los Ministerios de Hacienda y Crédico Público y el Ministerio de Salud y Protección Social una insuficiencia de recursos provenientes de todas sus rentas, sean estas endógenas o exógenas.

El pago de la Unidad de Pago por Capitación de los afiliados al Régimen Subsidiado tendrá prioridad absoluta sobre cualquier otro gasto en salud de la entidad territorial.

Artículo 8º. Proyectos para el saneamiento con cargo a los recursos de regalías. El Gobierno nacional definirá un procedimiento expedito, para que se puedan establecer proyectos orientados al saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado, en el que el principal soporte serán las cuentas por pagar y las partidas contables del pasivo a talento humano o a proveedores de las Empresas Sociales del Estado o de Entidades Territoriales por la atención de la población no afiliada al régimen subsidiado de salud. La Entidad Territorial respectiva, deberá revisar la consistencia de las facturas y garantizar la correcta aplicación de los recursos, sin perjuicio de las revisiones que deban realizar los órganos de vigilancia y control del sector.

Los proyectos serán estructurados por las respectivas entidades territoriales. Para los efectos de este artículo los proyectos de saneamiento de pasivos se considerarán proyectos de inversión.

Artículo 9º. Reconocimiento y certificación de deudas. Los pagadores de servicios de salud, incluida la ADRES, deberán efectuar la auditoría de cuentas pendientes y certificar los recursos a pagar independientemente de la liquidez que exista para su pago. Las certificaciones se producirán con cortes trimestrales y durante el mes siguiente al vencimiento de cada trimestre. Estas certificaciones que deberán expedirse por el Representante Legal y el responsable de la auditoría de cuentas, podrán ser garantía para la generación de liquidez por parte del sistema financiero, la ADRES u otros mecanismos de financiamiento que existan. La certificación deberá generarse de oficio e involucrar todas las facturas que se encuentren en trámite y radicadas y que cumplan los requisitos mínimos de ser legalmente expedidas y que correspondan a servicios efectivamente prestados.

Artículo 10º. Uso de recursos de patrimonios autónomos. Los recursos de los patrimonios autónomos de activos remanentes de las liquidaciones de entidades del sector salud y de protección social, que no se requieran para pagar acreencias calificadas, se usarán en el saneamiento de pasivos derivados de la prestación de servicios de salud por parte de las IPS a las EPS liquidadas y que hayan sido reconocidos, pero no pagados dentro de los respectivos procesos de liquidación. La distribución se hará conforme a la información sobre facturas pendientes de pago que remita la Superintendencia Nacional de Salud y que estén debidamente incluidas en los saldos de las cuentas del Estado de Situación Financiera de la respectiva IPS.

Artículo 11°. Reconocimiento de reclamaciones SOAT. Para cubrir el pago de las indemnizaciones correspondientes al amparo de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios y el total de costos asociados al proceso de reconocimiento de las indemnizaciones de las víctimas asociadas a los vehículos de tarifa por riesgo diferencial establecidos en el Decreto 2497 de 2023 cuya cuantía exceda las doscientos sesenta y tres coma trece (263.13) UVT y hasta la cobertura que defina el Gobierno nacional, las aseguradoras que emitan la póliza SOAT deberán destinar un porcentaje de los recursos de la prima de que trata el numeral 1, literal a) del artículo 199 del Decreto Ley 663 de 1993 y el literal a) del artículo 223 de la Ley 100 de 1993, constituida por el 20% del valor de las primas emitidas en el bimestre inmediatamente anterior.

La diferencia entre el valor total de los recursos del 20% referido anteriormente y el porcentaje que deba destinar la aseguradora para financiar la cobertura que establezca el Gobierno Nacional, será transferida a la ADRES conforme a las normas vigentes.

Parágrafo 1. Corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Hacienda y

Superintendencia Financiera de Colombia definir anualmente el porcentaje de la prima del SOAT el cual deberá ser suficiente para el cubrimiento de la totalidad de los gastos asociados al reconocimiento de las indemnizaciones de que trata el presente artículo.

Parágrafo 2. Las víctimas de accidente de tránsito en los que se encuentre involucrado un vehículo sin póliza SOAT o no esté identificado, tendrán derecho a todos los servicios de salud que requieran, los cuales serán asumidos por la respectiva entidad administradora de planes de beneficios. Esta disposición se aplicará igualmente frente a los servicios de salud que excedan la cobertura total a cargo de la póliza.

Parágrafo 3. Para los efectos previstos en este artículo la certificación de agotamiento de cobertura se dispondrá por la aseguradora que emita la póliza SOAT, deberá atender a los principios de celeridad, oportunidad y calidad de la información para que la víctima no vea interrumpido su tratamiento una vez agotada la cobertura de la póliza.

Artículo 12º Utilización de recursos del FOSFEC para el saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar. Las Cajas de Compensación Familiar que desarrollan actividades de aseguramiento en salud, prestación de servicios de salud y/o gestión farmacéutica, o que tengan programas de salud en proceso de liquidación, o que estén liquidados con saldos insolutos, podrán destinar los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) hasta en un porcentaje del cuarenta por ciento (40%) de los recursos del artículo 46 de la ley 1438 de 2011 incorporados a dicho Fondo en virtud del numeral 2 del artículo 6 de la Ley 1636 de 2013, para los siguientes fines en el siguiente orden de prelación:

1. Saneamiento de pasivos asociados a la prestación de servicios de salud incluidos los pasivos laborales y de talento humano en salud, de los programas de salud de aseguramiento, prestación de servicios de salud y/o gestión farmacéutica de las Cajas de Compensación Familiar.
2. Reconocimiento y pago de las cuentas por cobrar de las IPS y/o gestores farmacéuticos que funcionen como programas de las Cajas de Compensación Familiar que registren con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en las cuales las Cajas tengan participación accionaria.

   Estas cuentas por cobrar deberán estar debidamente, radicadas, auditadas, conciliadas y reconocidas por parte de la Caja y la EPS respectiva. En estos casos será obligatorio por parte de la EPS deudora la ejecución de estos recursos sin situación de fondos para el saneamiento de los respectivos pasivos y el giro se realizará directamente desde el FOSFEC a los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar.
3. Fortalecimiento patrimonial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que funcionen como programas de salud de las Cajas y/o capitalización de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en las cuales las Cajas tengan participación accionaria.
4. Saneamiento de los pasivos, incluidos los pasivos netos de liquidación, de los programas de aseguramiento en Salud en el régimen contributivo y/o subsidiado liquidados o en proceso de liquidación de las Cajas de Compensación Familiar en favor de los demás programas autosostenibles de las Cajas de Compensación Familiar.
5. Saneamiento de pasivos asociados a la prestación de servicios de salud de los programas de salud de aseguramiento de las Cajas de Compensación Familiar, que hayan sido objeto de escisión y que se encuentren acumulados antes del perfeccionamiento de la misma.
6. El pago de los créditos excluidos de la masa reconocidos en el proceso de liquidación o escisión de los programas de salud de aseguramiento de las Cajas de Compensación Familiar que resulten a favor de ADRES, de la cuenta alto costo, los usuarios por prestaciones económicas y de otros que determine y reconozca el liquidador como créditos excluidos de la masa.
7. Los gastos de administración asociados a los procesos de liquidación o escisión de los programas de salud de aseguramiento de las Cajas de Compensación Familiar, contemplados en la normatividad vigente.
8. Fortalecimiento patrimonial de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que funcionen como programas de salud de las Cajas.

Parágrafo 1º. Para los fines previstos en el presente artículo, las Cajas de Compensación Familiar podrán adicionalmente, destinar los saldos no ejecutados del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante FOSFEC acumulados a 31 de diciembre de 2024 y en adelante utilizar los saldos no ejecutados en cada uno de los años calendario contemplados en el parágrafo transitorio, para ser utilizados en la vigencia anual siguiente a la cual se producen los saldos.

Parágrafo 2º. Lo dispuesto en el presente artículo, se aplicará sin perjuicio de la garantía de las prestaciones económicas de que trata el artículo 11 de la Ley 1636 de 2013 modificado por el artículo 3 de la Ley 2225 de 2022 o las normas que las modifiquen o complementen.

Parágrafo Transitorio. La modificación temporal de la destinación de recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) de que trata el presente artículo, será hasta por cinco (5) años calendario contados a partir del primero (1º) de enero de la vigencia fiscal siguiente a la expedición de la presente ley. Una vez cumplido este periodo, dichos recursos volverán a tener la destinación contemplada en el numeral 2 del artículo 6° de la Ley 1636 de 2013 o las normas que las modifiquen o complementen.

Artículo 13º. Giro directo de UPC. El giro directo para pagar la atención de servicios de salud desde la ADRES se dará en todos los casos sobre el 90% del valor total de la UPC, de acuerdo con la certificación de deuda emitida por la respectiva Entidad Promotora de Salud. Se sujetarán al mecanismo de giro directo los recursos de Presupuestos Máximos y los que a cualquier título reconozca la ADRES a las EPS.

La ADRES a su vez, registrará en sus pasivos, toda acreencia y reclamación que haya sido radicada y el Gobierno reglamentará el régimen de inversiones de la liquidez que ampare estas posibles obligaciones y contingencias.

Los recursos provenientes de eventuales reajustes de la UPC también se someterán a la regla de giro directo señalada en el presente artículo.

Artículo 14º. Auditoría Fiscal. La Contraloría General de la República realizará auditorías permanentes y aleatorias a los actores del sistema de salud beneficiarios, que permitan validar la veracidad de los pasivos reportados por los prestadores de servicios de salud, así como los pagos efectivamente realizados con los recursos y destinaciones establecidos en la presente ley. Lo anterior, sin perjuicio de las demás actuaciones a que hubiere lugar, y que resulten propias de las competencias del ente de Control.

Artículo 15º. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación deroga todas las normas que le sean contrarias.

Con toda atención,

Norma Hurtado Sánchez
Senadora de la República

Nombre:
Congresista de la República

Nombre:
Congresista de la República

Nombre:
Congresista de la República

SENADO DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA GENERAL

EL día 21 de Julio del año 2026
Ha sido presentado en este despacho el
Proyecto de ley X Acto legislativo ____
No. 016/26 Con su correspondiente
Exposición de Mot...
H.H.C.C.: Norma Hurtado, Victor Manuel Salcedo y Luis Alfonso Chaves

SECRETARIO GENERAL

PROYECTO DE LEY No 016 DE 2026 SENADO

"Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la situación financiera y de flujo de recursos del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones".

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. ANTECEDENTES

En el contexto nacional, el sistema de salud ha sido objeto de múltiples debates y reformas a lo largo de los años. Desde la promulgación de la Ley 100 de 1993, que sentó las bases para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), Colombia ha logrado avances significativos en la cobertura y en el acceso a los servicios de salud, mejorando así la calidad de vida de la población. Sin embargo, el modelo actual enfrenta grandes desafíos financieros y operativos, los cuales se han agudizado en los últimos años debido a la falta de consenso sobre reformas estructurales, la acumulación de deudas, y las barreras administrativas que dificultan la distribución oportuna de los recursos.

En este sentido, el presente proyecto de ley no pretende ser una reforma estructural; su enfoque está orientado hacia medidas prácticas y de corto plazo que permitan mejorar el flujo de recursos y fortalecer financieramente el sistema sin alterar su estructura básica. La urgencia de estas medidas radica en que el sistema de salud ha alcanzado niveles críticos de desfinanciamiento que afectan directamente a los diferentes actores: Entidades Territoriales, EPS, IPS, ESE, proveedores de medicamentos e insumos, así como al talento humano en salud, cuyos salarios y condiciones laborales han sufrido demoras y precarización debido a la crisis financiera. Además, esta situación impacta al eslabón más importante de la cadena, el usuario, quien enfrenta barreras en la atención y calidad de los servicios de salud, dificultando el cumplimiento efectivo del derecho fundamental a la salud.

2. JUSTIFICACIÓN DEL ARTICULADO

Con base en este panorama, se justifica la necesidad de implementar un conjunto de disposiciones orientadas a:

1. Aprovechamiento de recursos acumulados en cuentas maestras del régimen subsidiado

La Ley 100 de 1993 estableció el diseño institucional del régimen subsidiado mediante un flujo de recursos del nivel nacional (SGP, Fosyga y otros) a través de contratos entre las entidades territoriales y las EPS. Estos contratos solían estipular una cantidad determinada de afiliados, pero en muchos casos los recursos excedentes no eran utilizados en su totalidad, acumulándose en las denominadas "cuentas maestras". La falta de flexibilidad en la destinación de estos fondos limita su uso en otras áreas prioritarias del sistema de salud, perpetuando la crisis de liquidez. Este proyecto de ley plantea un cambio en la destinación de estos recursos, permitiendo que las entidades territoriales redirijan los excedentes hacia actividades que mejoren la atención en salud, especialmente en áreas de alto impacto social.

Si bien la Ley 1608 de 2013 y la Ley 1797 de 2016 habilitaron el uso de estos excedentes para el saneamiento de deudas del régimen subsidiado y la inversión en infraestructura, el marco normativo actual presenta dos limitaciones críticas que justifican esta intervención legislativa:. En primer lugar, persisten saldos significativos sin ejecutar; según cifras oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social, con corte a 2024, existen $105.884 millones de pesos programados en planes de aplicación de excedentes que requieren un flujo efectivo hacia los prestadores.

En segundo lugar, las disposiciones vigentes contemplan usos que han perdido relevancia o aplicación en el contexto actual, como la igualación de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) entre regímenes. Por tanto, este proyecto propone un ajuste integral para reorientar estos recursos hacia las necesidades más apremiantes del sector:

- Priorización del talento humano: Se establece que, en cualquier proceso de saneamiento de pasivos de las Empresas Sociales del Estado (ESE) financiado con estos saldos, el pago de las deudas laborales con los trabajadores de la salud es una prioridad absoluta e irrenunciable.
- Atención a población migrante: Se formaliza el uso de excedentes para cubrir las deudas derivadas de la atención de urgencias a la población migrante no asegurada, aliviando la carga financiera de los departamentos y distritos.
- Flexibilidad en la cofinanciación: Se permite cubrir el esfuerzo propio territorial independiente de su vigencia de causación, garantizando que las entidades territoriales puedan ponerse al día con sus aportes al sistema de aseguramiento.

Al eliminar las barreras administrativas para el uso de estos saldos, el proyecto busca inyectar liquidez inmediata a la red pública hospitalaria, asegurando que los recursos "atrapados" en las cuentas maestras cumplan su fin constitucional de garantizar el derecho fundamental a la salud.

2. Redistribución de recursos del Situado Fiscal y el Sistema General de Participaciones (SGP)

Históricamente, los recursos del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones han sido una fuente clave para la financiación del sistema de salud, específicamente para los aportes de seguridad social del personal de hospitales públicos. Sin embargo, la falta de una conciliación precisa entre los montos girados y los costos reales de nómina ha generado excedentes que permanecen sin ejecutar.

Este proyecto de ley propone una reorientación de estos saldos hacia la mejora de la cobertura y la calidad de los servicios de salud, priorizando a la población en situación de pobreza y vulnerabilidad, quienes presentan mayores riesgos de salud y limitaciones en el acceso.

La necesidad de esta medida se sustenta en la existencia de importantes saldos que han quedado atrapados en el flujo financiero por falta de saneamiento de aportes patronales. De acuerdo con los conceptos técnicos remitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, se han identificado recursos pendientes de ejecución por un valor total significativo que incluye:

- $18.900 millones correspondientes a las vigencias 1994-2011, que se encuentran en poder de las entidades territoriales sin haber sido ejecutados.
- $23.100 millones bajo administración de la ADRES, también de las vigencias 1994-2011, pendientes de un mecanismo de distribución.
- $46.096 millones adicionales correspondientes al proceso de saneamiento de las vigencias 2012-2016.

En cumplimiento de la Ley 2294 de 2023 (Plan Nacional de Desarrollo), este proyecto busca armonizar la legislación para que estos recursos no solo se limiten a saldos en poder de las administradoras de pensiones o EPS, sino que incluyan explícitamente aquellos recursos que ya se encuentran en las Empresas Sociales del Estado (ESE) o en las propias Entidades Territoriales.

Prioridades de Inversión Bajo la nueva orientación propuesta por el Ministerio de Salud, los recursos de estas vigencias anteriores se destinarán obligatoriamente a:

1. Pago de deudas por servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada y población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda.
2. De no existir deudas por el concepto anterior, se autoriza su uso para el saneamiento de deudas laborales y con el talento humano en salud de las ESE.

Esta redistribución no genera nuevos gastos públicos, sino que optimiza el uso de recursos parafiscales que ya pertenecen al sector salud, dotando de liquidez a los hospitales públicos y garantizando que los saldos históricos de nómina contribuyan finalmente a la sostenibilidad operativa del sistema.

3. Utilización de excedentes de rentas cedidas y del monopolio de juegos de suerte y azar

Las rentas cedidas y los monopolios de actividades como los juegos de suerte y azar son mecanismos de financiamiento tradicionales en el sector salud, derivados de la potestad constitucional del Estado para reservarse ciertas actividades económicas con fines sociales. Aunque estos recursos han sido útiles para el sector, permanecen saldos de vigencias recientes (2022 a 2024) que podrían ser utilizados sin comprometer la sostenibilidad del régimen subsidiado ni el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) a las EPS. Este proyecto de ley busca maximizar el uso de estos recursos, especialmente en áreas donde la financiación del régimen subsidiado es insuficiente y afecta la atención y cobertura de los servicios básicos de salud.

La intervención legislativa se hace necesaria ante la identificación de importantes recursos que no han sido programados ni ejecutados efectivamente. Según los conceptos técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social, con corte a la vigencia actual, se han detectado los siguientes saldos:

- $128.001 millones correspondientes a la ejecución acumulada de la vigencia 2023.
- $106.832 millones que se encuentran en cabeza de las entidades territoriales sin programación de ejecución para el año 2024.

Estos recursos representan una oportunidad de liquidez inmediata para el sistema, permitiendo que fondos que hoy se encuentran estancados en las cuentas territoriales se transformen en servicios efectivos para la población.

Si bien leyes anteriores como la Ley 1608 de 2013 y la Ley 1797 de 2016 habilitaron el uso de estos excedentes para infraestructura y saneamiento, el marco vigente contempla procedimientos que han perdido aplicación práctica o que resultan insuficientes frente a la crisis actual. Por lo tanto, el presente proyecto propone un ajuste integral para reorientar estos saldos hacia:

1. El pago de deudas por servicios y tecnologías en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
2. La cofinanciación de la atención de urgencias a la población migrante no asegurada, aliviando la presión financiera en zonas de frontera y grandes centros urbanos.
3. El saneamiento de pasivos de las Empresas Sociales del Estado (ESE), asegurando su operación continua.

Finalmente, acogiendo las recomendaciones técnicas de MinSalud, el proyecto establece que los excedentes determinados a partir de la vigencia 2024 y posteriores permanezcan bajo la administración de la ADRES. Esta medida garantiza que los recursos se centralicen para la financiación del aseguramiento en salud de manera más ágil, evitando la fragmentación de los saldos y asegurando que su uso guarde total armonía con las necesidades globales de sostenibilidad del sistema.

4. Reactivación de mecanismos financieros a través de la ADRES

De conformidad con lo establecido en la Ley 1753 de 2015 y la jurisprudencia de la Corte Constitucional (Sentencia C-252 de 2020), se ratifica la administración de los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET) por parte de la ADRES, lo que habilita la operación de mecanismos de compra de cartera y otorgamiento de garantías financieras. El presente proyecto de ley busca potenciar estos instrumentos mediante una asignación prevista de $100.000 millones de pesos

para fortalecer financieramente al sector, asegurando que los saldos disponibles se transformen en liquidez inmediata para los prestadores.

Este esquema optimiza el flujo de recursos mediante la compra de cartera reconocida y certificada, estableciendo una prioridad legal para las Empresas Sociales del Estado (ESE) y aquellas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) cuya facturación dependa en más de un 70% de la atención a usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para garantizar la sostenibilidad del mecanismo, la operación se respalda con descuentos directos sobre el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) a las EPS, los cuales tendrán un límite técnico del 3% de la UPC anualizada, evitando así cualquier afectación a la financiación del aseguramiento básico.

Asimismo, se habilita la compensación de tasas y el otorgamiento de garantías para acceder a líneas de crédito blando con la banca de segundo piso (como Findeter) y comercial, permitiendo que las IPS y proveedores reduzcan su dependencia de financiamiento comercial oneroso y alivien su flujo de caja. Al consolidar a la ADRES como pagador en la fuente y facilitador de garantías, el proyecto elimina barreras administrativas históricas, logrando que la red prestadora cuente con pagos adelantados y garantizados que aseguren una operación hospitalaria eficiente y sostenible en el largo plazo.

5. Asignación de recursos de regalías hacia el sector salud

Las regalías han sido tradicionalmente distribuidas entre diversos sectores, pero su impacto en salud ha sido limitado. En muchas ocasiones, los recursos no han sido aplicados a programas de salud, lo que ha privado al sistema de un financiamiento valioso. Con esta iniciativa se propone que las regalías se destinen a programas específicos de saneamiento fiscal y financiero en las Empresas Sociales del Estado (ESE), quienes, en muchos casos, presentan una situación crítica en términos de infraestructura, personal y recursos operativos. Esto no solo optimizará el uso de estos fondos, sino que también fortalecerá la atención en las áreas rurales y de difícil acceso, donde el Estado tiene un compromiso prioritario en garantizar la salud pública.

Para superar los obstáculos técnicos que históricamente han impedido el uso de regalías en el sector, el presente proyecto de ley introduce un cambio de paradigma administrativo: los proyectos orientados al saneamiento de pasivos de las ESE serán considerados legalmente como proyectos de inversión. Esta disposición permite que las entidades territoriales puedan estructurar y presentar iniciativas ante el Sistema General de Regalías cuyo objeto principal sea el pago de acreencias, siempre que estas se deriven de la atención prestada a la población no afiliada al régimen subsidiado.

La medida contempla la creación de un procedimiento expedito definido por el Gobierno nacional, diseñado para agilizar el flujo de recursos hacia la red prestadora. El soporte técnico de estos proyectos radicará en las cuentas por pagar y las partidas contables del pasivo, estableciendo una prioridad absoluta en el pago al talento humano en salud y a los proveedores de insumos esenciales.

Bajo este esquema, se otorga autonomía a las entidades territoriales para la estructuración de los proyectos, imponiendo al mismo tiempo la obligación de garantizar la consistencia de las facturas y la correcta aplicación de los fondos. De esta manera, el proyecto asegura que los recursos de las regalías no solo financien obras de infraestructura física, sino que se conviertan en una herramienta de oxigenación financiera inmediata para estabilizar la operación de los hospitales públicos, protegiendo así la prestación continua de los servicios de salud en las regiones más vulnerables del país.

6. Implementación de un mecanismo de certificación de deudas

El mecanismo de certificación de deudas resulta esencial para agilizar las transacciones comerciales y crediticias entre los diferentes actores del sistema de salud. Al certificar la existencia de cuentas por cobrar, se otorga a los prestadores y proveedores un respaldo financiero que facilita el acceso a créditos y líneas de financiamiento necesarias para su operación diaria. Este sistema aporta mayor liquidez y estabilidad al sector, permitiendo una operación continua de las IPS, quienes podrán mantener la prestación de sus servicios sin interrupciones.

Para que este sistema sea efectivo, el proyecto establece que todos los pagadores de servicios de salud, incluyendo de manera explícita a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), tendrán la obligación de realizar auditorías periódicas y certificar los recursos a pagar. Estas certificaciones se producirán con cortes trimestrales y deberán generarse de oficio, incorporando todas las facturas radicadas que cumplan con los requisitos legales de prestación efectiva del servicio, con independencia de la liquidez que posea el pagador en ese momento.

De acuerdo con las observaciones técnicas del Ministerio de Salud, la importancia de este mecanismo radica en su capacidad para brindar seguridad jurídica a las Entidades Responsables de Pago (ERP) y a los prestadores. Al formalizar el reconocimiento de la deuda, estas certificaciones —expedidas por el representante legal y el responsable de auditoría— podrán servir como garantía idónea para que las IPS accedan a operaciones de crédito público, financiamiento privado o mecanismos de liquidez administrados por la ADRES.

Este sistema busca corregir la asimetría de información que hoy impide que la cartera de los hospitales fluya eficientemente en el mercado financiero. Al contar con un título de deuda certificado, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) podrán reducir su exposición al riesgo de mora, facilitando la obtención de recursos inmediatos para cumplir con sus obligaciones operativas, especialmente el pago prioritario de salarios y honorarios del personal de salud.

7. Pago de saldos insolutos a las IPS por EPS en proceso de liquidación

El apartado sobre el pago de saldos insolutos a las IPS por EPS en proceso de liquidación constituye una de las medidas de mayor urgencia técnica del proyecto de ley, debido al impacto sistémico que genera el "estancamiento" de recursos en entidades que han concluido su existencia legal.

Cuando una EPS entra en liquidación, se suspende el flujo normal de recursos, y las IPS (hospitales y clínicas) quedan sujetas a la capacidad de pago de la masa liquidatoria. Históricamente, muchas EPS terminan su proceso liquidatario dejando saldos insolutos (deudas no pagas) debido a que los activos no alcanzan para cubrir todos los niveles de prelación. El proyecto identifica que este déficit de pago deteriora la calidad del servicio y puede llevar al cese de operaciones de los prestadores por falta de liquidez.

El proyecto de ley establece un mecanismo para movilizar recursos que hoy no fluyen eficientemente. Sus puntos clave son:

- Uso de activos remanentes: Se autoriza el uso de recursos de los patrimonios autónomos o mandatos de activos remanentes que no se requieran para pagar acreencias calificadas (aquellas ya protegidas por la ley).
- Destinación específica: Estos saldos deben usarse exclusivamente para el saneamiento de pasivos derivados de servicios de salud que fueron reconocidos pero no pagados durante el proceso de liquidación.
- Base de distribución: El reparto de estos fondos se hará con base en la información de facturas pendientes que remita la Superintendencia Nacional de Salud y que coincidan con los estados financieros de las IPS beneficiarias.

La documentación remitida por la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) y el MinSalud aporta una visión crítica para la implementación de esta medida:

- Inexistencia de patrimonios autónomos: La Supersalud informó que, en la mayoría de las liquidaciones actuales, no se ha acudido a la constitución de patrimonios autónomos. En su lugar, se utiliza la figura del mandato a cargo de personas naturales. Por tanto, la ley debe ajustarse para incluir los recursos en poder de estos mandatarios.
- Falta de inventario centralizado: La autoridad manifestó que no cuenta con un inventario actualizado y centralizado de estos recursos al cierre de cada vigencia, ya que la información está fragmentada en cada mandato individual.
- Caso de éxito (Comfamiliar huila): Como evidencia de la utilidad de la medida, el mandato de la liquidada EPS Comfamiliar Huila reportó que, a mayo de 2026, posee $21.574 millones de pesos efectivamente recuperados y no utilizados, disponibles para ser redirigidos al pago de acreencias certificadas del sector público y privado.

El proyecto y los conceptos técnicos de MinSalud subrayan que el uso de estos remanentes debe respetar estrictamente el orden de prelación de créditos. Una vez cubiertos los gastos de administración y los créditos excluidos de la masa, los recursos recuperados por los mandatarios deben fluir hacia las IPS, permitiendo una oxigenación financiera que hoy es impedida por barreras administrativas.

Esta medida busca que el dinero que las EPS liquidadas logran recuperar después de su cierre (por recobros o sentencias judiciales) no se quede inactivo en cuentas bancarias de mandatos, sino que sea girado de inmediato a las IPS que efectivamente prestaron el servicio, garantizando que el usuario final no vea interrumpida su atención por deudas históricas del sistema.

8. Simplificación de los pagos derivados del SOAT

Actualmente, el pago de los siniestros cubiertos por el SOAT se distribuye entre tres entidades: la ADRES, la compañía aseguradora y la EPS correspondiente. Esta división genera demoras en los pagos y complejidad administrativa, afectando directamente la liquidez de los prestadores de servicios. Este proyecto de ley propone simplificar este proceso, estableciendo que las compañías aseguradoras cubran los pagos hasta 800 SMLDV (o su equivalente en UVT según el rango de riesgo), mientras que los excesos serán cubiertos por las EPS, facilitando así la operación y optimizando el flujo de recursos.

La norma pretende corregir lo que se considera un retroceso administrativo en el sistema. Antes de la expedición del Decreto Ley 019 de 2012, el pago ya se dividía entre tres entidades, pero dicha norma logró simplificar el proceso a solo dos actores: la aseguradora y la EPS frente al exceso de cobertura. La configuración actual ha vuelto a fragmentar el flujo, obligando a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) a gestionar cobros ante tres ventanillas diferentes por un mismo accidente.

La experiencia operativa demuestra que el fraccionamiento de las cuentas de servicios en valores menores, que se consumen rápidamente en accidentes graves, resulta en un desgaste administrativo oneroso tanto para las IPS como para las víctimas. Al retornar a un esquema de dos pagadores, se reconoce la eficiencia y agilidad del sector asegurador, permitiendo que la factura fluya sin las barreras que hoy impone la intervención de la ADRES como tercer pagador en siniestros de vehículos asegurados.

Se establece explícitamente que los servicios de salud que excedan el tope a cargo de la aseguradora serán asumidos por la EPS de la víctima, pero financiados mediante la contribución del SOAT. Para tal fin, la ADRES definirá un procedimiento expedito de cobro y giro que garantice que la EPS reciba los recursos necesarios para cubrir estas atenciones, protegiendo así la estabilidad financiera de las aseguradoras de salud y garantizando que la víctima no vea interrumpido su tratamiento médico.

Finalmente, el proyecto armoniza los montos de indemnización con los decretos más recientes, como el Decreto 2497 de 2022 y el Decreto 2644 de 2022, que establecieron rangos diferenciales por riesgo y

expresaron las coberturas en Unidades de Valor Tributario (UVT). Esto evita que la ley quede desactualizada ante ajustes futuros y garantiza que el sector salud cuente con un marco jurídico robusto que promueva la eficiencia y la transparencia en la atención de accidentes de tránsito.

9. Redistribución de recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC)

El FOSFEC, creado por la Ley 1438 de 2011, se destinó en su momento a apoyar al sector salud, aunque posteriormente fue redirigido a otros fines mediante la Ley 1636 de 2013. Este proyecto propone que los saldos no ejecutados de este fondo sean reorientados nuevamente hacia el sistema de salud, aportando al financiamiento de la cadena productiva de este sector y maximizando el uso de estos recursos para cubrir las necesidades actuales del sistema.

Establecemos la posibilidad de destinar los recursos no ejecutados del Fondo de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) para el saneamiento de pasivos en el sector salud, con el fin de garantizar la sostenibilidad financiera de las Cajas de Compensación Familiar en su rol de aseguramiento y prestación de servicios de salud.

Durante un período de cinco años, se habilitaría el uso de hasta el 40% de los recursos del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, así como de los saldos no ejecutados del FOSFEC al 31 de diciembre de 2024 y los saldos no ejecutados al cierre de cada anualidad. Dichos recursos podrán destinarse a los siguientes fines:

1. Fortalecimiento patrimonial de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que operan como programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar.
2. Fortalecimiento patrimonial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que funcionan como programas de salud de las Cajas y/o capitalización de aquellas en las que las Cajas tengan participación accionaria.
3. Saneamiento de pasivos asociados a la prestación de servicios de salud, incluidos los pasivos laborales y de talento humano en salud, en los programas de aseguramiento, prestación de servicios y gestión farmacéutica.
4. Reconocimiento y pago de cuentas por cobrar de las IPS y/o gestores farmacéuticos que operan como programas de salud de las Cajas y que registren obligaciones con EPS en las que éstas tengan participación accionaria. Dichas cuentas deberán estar debidamente radicadas, auditadas, conciliadas y reconocidas. En estos casos, la EPS deudora estará obligada a ejecutar estos recursos sin situación de fondos, realizándose el giro directamente desde el FOSFEC a los programas de salud.
5. Saneamiento de pasivos netos de liquidación de los programas de aseguramiento en salud en el régimen contributivo y/o subsidiado, que hayan sido liquidados o estén en proceso de liquidación, en favor de los demás programas autosostenibles de las Cajas.
6. Saneamiento de pasivos acumulados antes del perfeccionamiento de la escisión de los programas de salud de aseguramiento de las Cajas de Compensación Familiar.
7. Pago de créditos excluidos de la masa de liquidación o escisión de los programas de salud de aseguramiento de las Cajas de Compensación Familiar, incluyendo aquellos reconocidos en favor de ADRES, la Cuenta de Alto Costo, los usuarios por prestaciones económicas y otros determinados por el liquidador.
8. Cobertura de gastos de administración asociados a los procesos de liquidación o escisión de los programas de salud de aseguramiento de las Cajas de Compensación Familiar, conforme a la normativa vigente.

La compleja situación financiera del Sistema de Salud, derivada del deterioro en el flujo y la suficiencia de recursos de la UPC y los presupuestos máximos ha tenido un efecto sistémico, y ha afectado el equilibrio financiero de los programas de salud de las Cajas en sus roles de aseguramiento como EPS, la prestación de servicios de salud como IPS y la gestión farmacéutica.

Ante la crisis financiera y el déficit de recursos en el sector salud, que no presenta señales de mejora a corto plazo, es fundamental identificar mecanismos de liquidez que garanticen la continuidad en la prestación de los servicios de salud a los usuarios. Por consiguiente, es necesario mitigar el impacto patrimonial en las Cajas, asegurando recursos para el saneamiento de pasivos, el pago de las cuentas por cobrar que mantienen las EPS, de las cuales son accionistas, en el propósito de proteger los recursos del Sistema de Subsidio Familiar.

Por lo anterior se hace necesario utilizar los recursos del Fondo de Fomento al Empleo y Protección al Cesante – FOSFEC como se hizo en el pasado reciente con las leyes 1753 de 2015, 1797 de 2016 y 1929 de 2018 que permitieron su destinación al saneamiento de pasivos en materia de salud y cumplimiento de condiciones financieras del aseguramiento en salud. Como referente, es pertinente señalar que la Ley 1438 de 2011 en su artículo 46 definió la destinación de ¼ de punto del subsidio familiar para atender acciones de promoción y prevención dentro del marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud y/o en la unificación de los Planes de Beneficios, que posteriormente fueron incorporados a la financiación del FOSFEC mediante la Ley 1636 de 2013.

Para mayor entendimiento debe recordarse que el Fondo de Fomento al Empleo y Protección al Cesante - FOSFEC se crea en el 2013 como la fuente de recurso de las CCF para atender al Mecanismo de Protección al Cesante. De acuerdo con lo establecido en la normativa el fondo se constituye por las siguientes fuentes:

1. La diferencia por el valor del 55% de los mayores de 18 años. Constituye el 8% del Fondo.
2. Valor del porcentaje no ejecutado por sostenimiento de la Superintendencia del Subsidio Familiar - SSF. Constituye el 3% del Fondo.
3. Porcentaje en que se reduzcan los gastos de administración. Constituye el 15% del Fondo.
4. Porcentaje según cociente particular de Caja (entre el 1 y 3% dependiendo del cociente). Constituye el 17% del Fondo.
5. Multas impuestas por la SSF a la corporación (art. 24, ley 789 /02, vi) Los rendimientos financieros diferentes de microcréditos. Constituye el 11% del Fondo.
6. Los recursos del artículo 46 ley 1438 de 2011 (destinación de un cuarto (1/4) de punto porcentual de la contribución parafiscal. Constituye el 46% del Fondo.

Así las cosas, la ejecución del FOSFEC responde a una normativa compleja, con diversas restricciones y en función del comportamiento de los mercados laborales regionales. Es por esto por lo que a junio de 2024 se cuenta con saldos no ejecutados de $776.686 mil millones, de los cuales el 51% está concentrado en tres Cajas que tienen la mayor disponibilidad de recursos y se encuentran ubicadas en las ciudades con menor tasa de desempleo (Bogotá con 9,9% y Medellín con 9,0%), y por lo tanto menos demanda en el uso del fondo. En este sentido, es importante resaltar que el uso de los saldos del FOSFEC con destino a salud no afecta el funcionamiento del fondo para los fines específicos del mismo, es decir, no tendría ningún compromiso sobre los temas actuales en la política de empleo.

Por otro lado, utilizar hasta el 40% de los recursos que provienen del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, significa utilizar hasta el 19% del total del Fondo. Actualmente la ejecución de los recursos recaudados es del 79%, por lo tanto, es posible que las Cajas que lo requieran transfieran el 19% para los fines de salud sin afectar a los beneficiarios de los programas de empleo.

Ante las medidas de intervención de las EPS por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, motivadas entre otros aspectos por el deterioro de los indicadores financieros y de solvencia, comprometidos por la crisis financiera del Sistema de Salud, que puede llegar a afectar el acceso a los servicios de salud y por tanto el patrimonio de los trabajadores en las Cajas de Compensación Familiar, es necesario contar con una disposición legal que permita el uso de estos recursos por las mismas Cajas de Compensación Familiar sin que ello implique asignaciones del Presupuesto General de la Nación ni de otras fuentes distintas.

En el caso de las cuentas por cobrar de los programas de Salud de las Cajas de Compensación Familiar que tienen con los diferentes pagadores del Sistema de Salud, a corte junio 2024, ascienden a $1.3 billones de pesos de los cuales el 93% corresponden a EPS del contributivo y/o subsidiado en operación, gran parte de estas se encuentran con medida de intervención forzosa para administrar.

Tabla 1. Cuentas por cobrar de los programas de Salud de las Cajas de Compensación Familiar a los diferentes pagadores del Sistema de Salud, corte junio 2024. (cifras en miles de pesos)

Cartera por Tipo de Deudor Corte a junio de 2024	Corriente	0-30 días	31-60 días	61-120 días	121-180 días	181-365 días	Más de 365 días	Totales	%
Saldo de cartera con EPS del RC y RS en operación	480.517.057	120.406.580	94.587.108	90.378.802	71.211.213	207.083.678	228.704.518	1.292.888.955	93,0%
Saldo de cartera con Otras Entidades	9.222.298	3.288.318	1.712.812	1.041.584	2.284.676	2.371.986	6.446.737	26.368.410	1,9%
Saldo de cartera con EPS liquidadas						60.552	24.095.181	24.155.733	1,7%
Saldo de cartera con Entidades de Regímenes Especiales y de Excepción	9.280.507	1.225.244	1.542.123	779.809	1.106.013	887.923	3.203.697	18.025.317	1,3%
Saldo de cartera con ADRES	5.181.188	254.056	398.900	574.415	1.303.728	1.917.400	7.194.443	16.824.111	1,2%
Saldo de cartera con IPS y Prestadores de Servicios de Salud	1.765.933	127.409	238.893	166.949	520.359	128.976	1.029.825	3.978.344	0,3%
Saldo de cartera con UNGRD	329.826					11.158	3.405.405	3.746.389	0,3%
Saldo de cartera con EPS en liquidación	1.475		554	1.929	119	560	3.132.661	3.137.298	0,2%
Saldo de cartera con Entidades Territoriales	95.851	12.775	23.145	78.471	175.164	23.887	1.044.881	1.454.174	0,1%
Total Cartera	505.394.115	125.314.382	98.503.534	93.021.960	76.601.273	212.466.118	278.257.348	1.390.578.731	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de la información de las Cajas

Por otra parte, las necesidades para saneamiento de pasivos de los programas de salud de EPS, IPS y/o gestores farmacéuticos superan los $1.5 billones de pesos, como lo muestra la siguiente tabla.

Tabla 2 . Necesidad de recursos para el saneamiento de pasivos de los programas de salud de las CCF a diciembre 2023. (cifras en miles de pesos)

Cuentas por pagar	Valor en pesos	%
Cuentas por pagar de programas en liquidación de aseguramiento	$ 721.672.081	49%
Cuentas por pagar correspondientes a CCF IPS	$ 479.753.621	32%
Cuentas por pagar de programas activos de aseguramiento	$ 278.685.562	19%
TOTAL	$ 1.480.311.264	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de la información de la Superintendencia del Subsidio Familiar. Incluye IPS Panamericana en Antioquia, de la cual Confama es accionista.

Frente a los procesos de liquidación de los programas de aseguramiento del Régimen Subsidiado y/o Contributivo, la Ley 100 de 1993 en su artículo 181 literal c, contempló que las Cajas de Compensación Familiar, ya fuese por convenio o por preexistencia de un programa de salud, fueran autorizadas como Entidades Promotoras de Salud. Así mismo en el artículo 217 Ibidem, señaló las condiciones para la participación de las Cajas de Compensación en el Sistema del General de Seguridad Social en Salud.

Igualmente, de acuerdo con lo preceptuado en el artículo 240 Ley 100 de 1993 y las directrices señaladas por la Superintendencia del Subsidio Familiar mediante circular externa 035 de 1995, las cajas de compensación familiar podían prestar el servicio de salud bajo la modalidad de régimen contributivo o subsidiado.

Es esencial hacer hincapié en el Decreto 2702 de 2014, por medio del cual se actualizan y unifican las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud. Así, en su artículo 2º, relativo a su alcance y ámbito de aplicación, estatuye que las Cajas de Compensación Familiar que operen en programas de salud deberán manejar sus cuentas, recursos y demás de forma separada.

Conforme a lo dispuesto en el parágrafo 2 del artículo 233 de la Ley 100 de 1993, el procedimiento administrativo para liquidar una entidad por parte de la Superintendencia Nacional de Salud será el mismo que se consagra por las disposiciones legales para la Superintendencia Financiera, el artículo 1 del Decreto No 1015 de 24 de mayo de 2002 y en el artículo 1 del Decreto 3023 del 11 de diciembre de 2002; establecen que la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, el artículo 68 de la Ley 1753 de 2015, el artículo 2.5.5.1.1 del Decreto 780 de 2016, aplicará en los procesos de intervención forzosa administrativa para liquidar las normas de procedimiento previstas en el Decreto-Ley 663 de 1993 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero), la Ley 510 de 1999 y demás disposiciones que lo modifican y desarrollan.

Para el pago de obligaciones a cargo de los programas de salud de aseguramiento de las Cajas de Compensación Familiar en proceso de liquidación, se debe salvaguardar los órdenes de preferencia y prelación de créditos, cuya conformación corresponde a la naturaleza propia de los procesos concursales, entendiéndose que la preferencia son aquellos créditos que gozan de una especial salvaguarda y que deben ser pagados con prioridad dentro del proceso liquidatorio, dentro de este tipo de créditos tenemos los gastos de administración que comprenden las obligaciones causadas al interior del proceso liquidatorio, como lo son: los gastos propios del proceso liquidatorio, la gestión del archivo, la prestación del servicio de salud desde la toma de posesión hasta el traslado efectivo de los usuarios a las EPS receptoras, las indemnizaciones de carácter laboral con ocasión a la terminación de los contratos laborales y demás conceptos categorizados y reconocidos de esta forma por parte del Agente Especial Liquidador con base en la normatividad vigente. Después de pagados los gastos de administración, tendrán preferencia los créditos excluidos de la masa debidamente reconocidos al interior del proceso liquidatorio y finalmente los créditos a cargo de la masa de liquidación en estricto orden de prelación legal establecido en el artículo 12 de la ley 1797 de 2016, cuya prelación se encuentra en estricto orden desde la categoría "A" hasta la "E" o quirografaria.

10. Implementación generalizada del giro directo

El giro directo es una medida esencial para asegurar el flujo de recursos en el sistema de salud. La implementación generalizada de este mecanismo permitirá que los prestadores de servicios de salud y proveedores de insumos reciban los pagos de manera oportuna, evitando demoras que afectan la calidad de los servicios prestados a los usuarios. Además, este esquema reduce la burocracia y mejora la gestión de los recursos, garantizando la estabilidad operativa de los prestadores.

Este proyecto de ley representa una medida pragmática que aborda las urgencias financieras del sistema de salud, optimizando el uso de recursos acumulados y fortaleciendo la sostenibilidad del sistema a través de la mejora en el flujo de recursos. Al centrar estas medidas en el corto plazo, se busca brindar un alivio temporal mientras se sigue trabajando en la construcción de consensos en torno a una reforma estructural que asegure un sistema de salud más inclusivo, eficiente y sostenible en el largo plazo.

11. Proyección de recursos a cinco años

En este sentido, contar con los recursos de saldos del FOSFEC acumulados a 31 de diciembre de 2024 así como los saldos no ejecutados durante los cinco años calendario de vigencia de la Ley permitirán contar con una cifra aproximada de $1.3 billones de pesos contando con los saldos a 31 de diciembre de 2024. El uso del 40% de los recursos de que trata el Art. 46 de la Ley 1438 de 2011 modificado por el Art 6 de la Ley 1636 de 2013, contribuyen a aliviar la falta de liquidez de los programas de salud de las Cajas, sin comprometer los derechos de los trabajadores y sus familias, esta cifra se estima en $946 mil millones de pesos para un total proyectado a cinco años de **$2.8 billones de pesos** que sin duda alivia la presión de recursos sobre el Presupuesto General de la Nación y demás fuentes que financian el Sistema de Salud.

Estos recursos podrían destinarse al saneamiento de pasivos, cumplimiento de condiciones financieras y de solvencia de las Cajas que aseguran o prestan servicios de salud, así como a la capitalización de programas de salud y/o de las IPS en las que las Cajas tengan participación, o en liquidaciones de EPS. Esta medida es positiva, ya que no solo beneficiará a toda la cadena productiva del sector, sino también, y de manera primordial, a los usuarios de los servicios de salud.
A continuación, detalle del cuadro:

Tabla 3 Proyección de recursos FOSFEC para saneamiento de pasivos y/o capitalización años 2025 a 2029

Concepto	2025	2026	2027	2028	2029	Total Recursos Esperados
Saneamiento de Pasivos (40% artículo 46 Ley 1438 2011)	169.160.824	178.464.669	188.280.226	198.635.639	209.560.599	944.101.957
Saldos de FOSFEC	750.552.485	136.464.088	143.969.613	151.887.942	160.241.779	1.343.115.907
Total	919.713.309	314.928.758	332.249.839	350.523.580	369.802.377	2.287.217.864

Fuente: 1. Cálculos ASOCAJAS a partir de la información publicada en la Resolución 070 de 2023 (30 enero) de la Superintendencia del Subsidio Familiar, cifras en pesos. 2. Recursos proyectados con inicio de vigencia enero 2025.

12. CONCEPTOS TÉCNICOS
Según datos del MinSalud, el flujo de recursos esperado gracias al proyecto de ley es el siguiente:

CONCEPTO	VALOR (Cifras en millones de pesos)
Saldos de cuentas maestras de las entidades territoriales destinados a la financiación del régimen subsidiado y que a la fecha no se están aplicando para ese propósito (Corte a 31 dic 2023)	$ 34.700
Saldos de cuentas maestras de las entidades territoriales destinados a la financiación del régimen subsidiado y que a la fecha no se están aplicando para ese propósito (Programado para ejecutar en 2024)	$ 105.884
Saldos de aportes patronales correspondientes al situado fiscal y al sistema general de participaciones asignado a las entidades territoriales sin situación de fondos y por concepto de subsidio a la oferta y girado directamente a las EPS, fondos de pensiones y fondos de cesantías para el pago de estos conceptos de seguridad social respecto de la nomina de las Empresas Sociales del Estado y que no ha sido posible conciliar (No ejecutado por entidades terrotiales con corte a septiembre 2024-Vigencias 1994-2011)	$ 18.900
Saldos de aportes patronales correspondientes al situado fiscal y al sistema general de participaciones asignado a las entidades territoriales sin situación de fondos y por concepto de subsidio a la oferta y girado directamente a las EPS, fondos de pensiones y fondos de cesantías para el pago de estos conceptos de seguridad social respecto de la nómina de las Empresas Sociales del Estado y que no ha sido posible conciliar (Pendientes de distribución por la ADRES con corte 30 sept de 2024 - Vigencias 1994-2011)	$ 23.100
Saldos de aportes patronales correspondientes al situado fiscal y al sistema general de participaciones asignado a las entidades territoriales sin situación de fondos y por concepto de subsidio a la oferta y girado directamente a las EPS, fondos de pensiones y fondos de cesantías para el pago de estos conceptos de seguridad social respecto de la nómina de las Empresas Sociales del Estado y que no ha sido posible conciliar (Vigencias 2012-2016)	$ 46.096
Saldos de recursos de excedentes de rentas cedidas y del monopolio de juegos de suerte y azar en cabeza de las entidades territoriales que no se hayan estimado para la cofinanciación del régimen subsidiado (Ejecución acumulada vigecia 2023)	$ 128.001
Saldos de recursos de excedentes de rentas cedidas y del monopolio de juegos de suerte y azar en cabeza de las entidades territoriales que no se hayan estimado para la cofinanciación del régimen subsidiado (Sin programación de ejecución en 2024)	$ 106.832
Recursos que tiene previsto el gobierno para otorgar líneas de crédito con tasa compensada u otros mecanismos para otorgar liquidez en el sector salud y los saldos de recursos asignados en vigencias anteriores, pero no ejecutados (100.000mm sería vía ADRES, 400.000mm vía Findeter y 2.000 no ejecutaSo)	$ 502.000
Recursos de activos remanentes de los patrimonios autónomos de las liquidaciones de entidades del sector salud y de protección social que no han sido utilizadas en el pago de acreencias certificadas	No reportado
Saldos FOSFEC y destinación del 40% art 46 ley 1438 de 2011 proyectados para los años 2025-2029	$ 2.287.217
TOTAL ESTIMADO EFECTO PROYECTO DE LEY	$ 3.252.730

A continuación, se desagrega el oficio del MinSalud:

1. ¿Cuál es el monto de los saldos de cuentas maestras de las entidades territoriales destinados a la financiación del régimen subsidiado y que a la fecha no se están aplicando para ese propósito?

Respuesta. La Ley 1608 de 2013 estableció medidas para mejorar el flujo de recursos y la liquidez del sector salud a través del uso de saldos o excedentes de cuentas maestras del régimen subsidiado, dentro de las cuales determinó los mecanismos para el financiamiento de las deudas reconocidas por las entidades territoriales por concepto del régimen subsidiado.

En este sentido, el artículo 2 de la referida ley habilitó el uso del saldo no comprometido de la cuenta maestra de régimen subsidiado, en cinco (5) posibles aplicaciones y determinó que "(...) podrán usarse conforme se señala a continuación ***siempre y cuando no sean requeridos para garantizar los compromisos y contingencias derivados del Régimen Subsidiado de Salud*** *(...)", (negrilla fuera de texto), así:*

1. *Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios y distritos, que, durante las vigencias de 2011, 2012 y 2013 se deba aportar en la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud. Estos recursos se girarán directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.*
2. *En el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios (hoy denominado servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado) a cargo del departamento o distrito asumidos por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas, sin importar la fecha de causación de la obligación, previa auditoría de cuentas conforme a lo establecido por las normas legales y reglamentarias vigentes.*

   Para lo dispuesto en este numeral, las entidades territoriales definirán mediante acto administrativo el monto que se destinará a este propósito, el cual será girado en todos los casos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En estos pagos se privilegiarán a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas.
3. *Para financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011. [...]*
4. *En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios. Los Municipios y Distritos no certificados ejecutarán los recursos a que hace referencia este numeral, en coordinación con el Departamento. Estas inversiones deberán estar incluidas en el Plan Bienal de Inversiones en salud del respectivo departamento o distrito.*
5. *Para financiar en los municipios y distritos categorías Especial, 1 y 2, pruebas piloto que permitan hacer ajustes a la UPC del Régimen Subsidiado de Salud en la forma como lo determine y reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social.*

Posteriormente, mediante el numeral 4 del artículo 21 de la Ley 1797 de 2016 se estableció que, con el fin de priorizar las necesidades del sector salud, "Los excedentes de la cuenta maestra del régimen subsidiado de salud se podrán utilizar además de los usos definidos en el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013, en la capitalización para el saneamiento de las deudas con prestadores que tengan las EPS en las que tengan participación las entidades territoriales, de manera que se garantice la permanencia de la EPS mixta.".

En desarrollo de lo anterior, este Ministerio expidió la Resolución 292 de 2013, modificada por las Resoluciones 2472 de 2014 y 4624 de 2016, en la cual se establecieron los términos y condiciones del reporte del plan de aplicación y ejecución de los recursos de excedentes y saldos no comprometidos de la cuenta maestra de régimen subsidiado, para los usos establecidos en el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013.

La Resolución 292 de 2013 y sus reformas fue derogada integralmente por la Resolución 1756 de 2019. Esta última norma define, en el artículo 3, que los municipios deben reportar al respectivo departamento la actualización del plan de aplicación de los excedentes a 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior, de conformidad con el Anexo Técnico No.1. Por su parte, el artículo 5 señala que los departamentos, una vez validen la información reportada por los municipios de su jurisdicción, deben realizar la consolidación de la información y reporte al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en el archivo plano del Anexo Técnico No. 2, a través de la plataforma PISIS del SISPRO. Otro tanto disponía ese artículo respecto de los distritos a través de la mencionada plataforma. De igual manera, el artículo 6 define que los municipios deben reportar trimestralmente al departamento la ejecución de los excedentes y saldos no comprometidos de la cuenta maestra del régimen subsidiado (Anexo Técnico No. 3) y los departamentos consolidar, validar y reportar al MSPS (Anexo Técnico No. 4).

De acuerdo con la normas expedidas durante el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica ocasionada por la COVID -19 y en el marco de los Decretos Legislativos 538 y 800 de 2020, este Ministerio expidió la Resolución 1413 del 19 de agosto de 2020, por la cual se modifican los artículos 3 y 5 de la Resolución 1756 de 2019, con el propósito de adicionar en el plan de aplicación y ejecución de los excedentes de cuentas maestras del Régimen Subsidiado, el uso para adelantar las acciones de salud pública para contener y mitigar el virus, y para la atención de urgencias que se haya prestado o se preste a la población migrante regular no afiliada o irregular, cuyos usos estuvieron vigentes durante el término de la emergencia sanitaria, de conformidad con las sentencias de control de constitucionalidad emitidas por la Honorable Corte Constitucional.

De lo anterior, este Ministerio señala que, si bien la aplicación del artículo 2 de la Ley 1608 de 2013 es potestad de la entidad territorial, si decide aplicarlo, debe realizarlo de manera integral con sujeción a todas las reglas y condiciones señaladas en la ley, a las instrucciones impartidas por parte de este Ministerio y de acuerdo con los procedimientos presupuestales que rigen a la misma. En la tabla 1, se presenta la ejecución de excedentes de cuentas maestras del régimen subsidiado con corte a 31 de diciembre de 2023, y en virtud de los usos anteriormente definidos, de conformidad con lo establecido en el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013 y el numeral 4 del artículo 21 de la Ley 1797 de 2016, los planes de aplicación y ejecución trimestral acumulada.

Tabla No. 1. Ejecución de Excedentes de Cuentas Maestras del Régimen Subsidiado – artículos 2 de la Ley 1608 de 2013 y 21 de la Ley 1797 de 2016, con corte a 31 de diciembre de 2023.

Cifras en Millones de $

USO	PLAN DE APLICACIÓN	EJECUCIÓN	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN / PLAN APLICACIÓN
Recursos para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios y distritos, durante las vigencias 2011, 2012 y 2013 -Cofinanciación	*$ 96,75*	*0,00*	*0,00%*
Recursos para el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios	*$ 983,46*	*37,50*	*3,81%*
Recursos para financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011	*$ 2.941,75*	*380,33*	*12,93%*
Recursos para la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	*$ 46.871,32*	*$ 15.775,75*	*33,66%*
Recursos para financiar en los municipios y distritos categorías especial, 1 y 2, pruebas piloto que permiten hacer ajustes de la UPC del Régimen Subsidiado en Salud	*0,00*	*0,00*	*0,00%*
Recursos para la capitalización en el saneamiento de las deudas con prestadores que tengan las EPS en las que tenga participación las entidades territoriales, de manera que se garantice la permanencia de la EPS mixta	*0,00*	*0,00*	*0,00%*
TOTAL	***$ 50.893,28***	***$ 16.193,58***	***31,82%***

Fuente: *Entidades Territoriales – Resolución 1756 de 2019, modificada por la Resolución 1413 de 2020.*
Nota: *Se incluye la información consistente entre los Planes de Aplicación y la Ejecución, reportada por 482 entidades territoriales.*
Corte: *Plan de Aplicación con corte a 31 de diciembre de 2022, ejecutado durante la vigencia 2023.*

De acuerdo con la tabla anterior, con corte a 31 de diciembre del año 2023 y tomando únicamente los municipios y distritos que reportaron planes de aplicación y ejecución consistentes, sin ningún tipo de observación o falla, se ejecutaron $16.193,58 millones equivalentes al 31,82% del total de recursos programados en el plan de aplicación. En relación con la ejecución, el uso que presenta mayor valor en el plan de aplicación, corresponde a "Recursos para la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud" por valor de $15.775,75 millones, seguido de "Recursos para financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011", por valor de $380,33 millones.

Ahora bien, frente a la vigencia 2024, de acuerdo con el plan de aplicación de excedentes de cuentas maestras del régimen subsidiado con corte a 31 de diciembre de 2023, para ser ejecutado durante la vigencia 2024, conforme los usos establecidos en el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013 y el numeral 4 del artículo 21 de la Ley 1797 de 2016, se tiene lo siguiente:

Tabla No. 2 Plan de Aplicación de Excedentes de Cuentas Maestras del Régimen Subsidiado con corte a 31 de diciembre de 2023

Cifras en Millones de $

USOS	PLAN DE APLICACIÓN	PORCENTAJE PLAN APLICACIÓN / TOTAL
Recursos para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios, durante las vigencias 2011, 2012 y 2013 -Cofinanciación	*$43,90*	*0,04%*
Recursos para el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios	*$3.778,98*	*3,57%*
Recursos para financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011	*$2.901,06*	*2,74%*
Recursos para la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	*$99.160,75*	*93,65%*
Recursos para financiar en los municipios y distritos categorías especial, 1 y 2, pruebas piloto que permiten hacer ajustes de la UPC del Régimen Subsidiado en Salud	*$0,00*	*0,00%*
Recursos para la capitalización en el saneamiento de las deudas con prestadores que tengan las EPS en las que tenga participación las entidades territoriales, de manera que se garantice la permanencia de la EPS mixta	*$0,00*	*0,00%*
Total	***$105.884,69***	***100,00%***

Fuente: *Entidades Territoriales – Resolución 1756 de 2019, modificada por la Resolución 1413 de 2020.*
Nota: *Se incluye la información consistente entre los Planes de Aplicación y la Ejecución, reportada por 537 entidades territoriales.*
Corte: *Plan de Aplicación con corte a 31 de diciembre de 2023, para ser ejecutado durante la vigencia 2024.*

En la tabla No. 2 se presenta la programación para la vigencia 2024 ($105.884,69 millones). Sobre el particular, el concepto que presenta el mayor valor programado es el de "Recursos para la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud", con un valor de $99.160,75 millones, seguido de "Recursos para el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios" por valor de $3.778,98 millones.

2. ¿Cuál es el monto de los saldos de aportes patronales correspondientes al situado fiscal y al sistema general de participaciones asignado a las entidades territoriales sin situación de fondos y por concepto de subsidio a la oferta y girado directamente a las EPS, fondos de pensiones y fondos de cesantías para el pago de estos conceptos de seguridad social respecto de la nómina de las Empresas Sociales del Estado y que no ha sido posible conciliar?

Respuesta. *Al respecto, se precisa lo siguiente sobre el proceso de saneamiento de los aportes patronales, según períodos:*

- Proceso de saneamiento de aportes patronales de las vigencias 1994-2011. Mediante la Resolución 154 de 2013, este Ministerio estableció el procedimiento para que, tanto administradoras como empleadoras, realizaran el saneamiento de aportes patronales financiados con los recursos del Situado Fiscal y del SGP para el período de 1994-2011. A su vez, se expidió la Resolución 2464 de 2014, en la cual se fijó el mecanismo financiero para que las entidades administradoras giraran los recursos excedentes no saneados determinados una vez vencido el término establecido para realizar el proceso de saneamiento, al otrora FOSYGA. Para el efecto, la Resolución 3568 de 2014 determinó el procedimiento para que empleadoras y administradoras realizaran el cargue de información de los recursos no saneados en la plataforma PISIS del portal SISPRO de este Ministerio, cuyo resultado motivó la expedición de las Resoluciones 2359 y 2360 de 2016.

La Resolución 2359 de 2016 definió el valor de las deudas de aportes patronales no saneados coincidentes de conformidad con lo establecido en el artículo 8 de la Resolución 3568 de 2014. Por su parte, la Resolución 2360 de 2016 distribuyó recursos de excedentes provenientes del proceso de saneamiento de aportes patronales de la

vigencia 1994 a 2011 entre departamentos y distritos, con destinación específica para el saneamiento fiscal y financiero de la red pública prestadora de servicios de salud o para el pago de servicios y tecnologías de salud no cubiertos en el plan obligatorio de salud de los afiliados al Régimen Subsidiado.

*Al respecto, cabe mencionar que este Ministerio, en virtud del artículo 155 de la Ley 2294 de 2023 a través del cual se modificó el artículo 3 de la Ley 1797 de 2016, expidió la Resolución 2169 de 2023, por la cual se establecen criterios para el uso de los recursos no ejecutados y distribuidos a las Entidades Territoriales mediante la Resolución 2360 de 2016, con destino al pago de la deuda acumulada al cierre de la vigencia 2022 por concepto de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada. Con corte a septiembre de 2024, se encuentra pendientes por ejecutar, por parte de las entidades territoriales un valor de **$18,9 mil millones**.*

*Adicionalmente, con corte al 30 de septiembre de 2024, el saldo de los recursos de **excedentes no conciliados o recursos no saneados** correspondiente a las vigencias 1994 – 2011, que se encuentran bajo la administración de la ADRES, es de **$23,1 mil millones,** los cuales se encuentran en proceso de determinar el mecanismo para su distribución por parte de este Ministerio, conforme a lo establecido en la normatividad vigente.*

*- Proceso de saneamiento de aportes patronales de las vigencias 2012-2016. En cumplimiento de los artículos 85 de la Ley 1438 de 2011 y 3 de la Ley 1797 de 2016, este Ministerio mediante la Resolución 1545 de 2016, modificada por las Resoluciones 616 y 2460 de 2020, 828 de 2021, 506 y 1455 de 2022 y 253 de 2023, determinó el procedimiento para el saneamiento de aportes patronales correspondientes a la vigencia de 2012 a 2016, proceso que finalizó el 30 de abril de 2024, y sobre el cual, se encuentra en desarrollo la determinación de los **excedentes no conciliados o recursos no saneados**, así como el mecanismo de distribución de los mismos conforme a lo determinado en la Ley 2294 de 2023.*

De manera adicional y teniendo en cuenta la competencia atribuida a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, se solicitaron insumos a través de oficio 2024320200999801, quien dio respuesta a través de oficio 20243210001561, en los siguientes términos:

"(…) En la cuenta de ahorros del Banco BBVA No. 309-049872 denominada SALDOS CUENTAS MAESTRAS DEL SGP DE LAS EPS - EOC, se encuentran los valores correspondientes a los recursos que no fueron saneados en los términos dispuestos en la Resolución 1545 de 2019, los cuales fueron trasladados a la ADRES una vez conciliadas y canceladas las cuentas maestras de recaudo del SGP de las EPS y EOC. Estos recursos ascienden a $43.691.253.754,53, discriminados así:

Valores en pesos corrientes

Nit Entidad	Código EPS	Nombre Entidad	Recursos no saneados $
891600091	CCFC20	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO COMFACHOCO	222.429,00
860066942	EPS008	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	2.453.739.972,00
830113831	EPS001	ALIANSALUD EPS S.A	134.718.592,00
900604350	EPS040	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S EPS SAVIA SALUD	17.597.385,00
817001773	EPSIC3	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	954.474,00
899999107	EPSC22	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO EPSS CONVIDA	8.870.149,58
800088702	EPS010	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA SA SURA	2.626.775.117,00
900156264	EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	5.501.202.095,00
900156264	EPS041	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	4.395.022,00
900226715	EPS042	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	1.393.604,00
900226715	ESSC24	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	26.001.762,00
809008362	EPSIC6	PIJAOS SALUD EPSI	2.638.231,00
805001157	EPS018	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	845.791.039,00
839000495	EPSIC4	ANAS WAYUU EPS INDIGENA	764.050,00
900935126	ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	27.743.612,00
901021565	ESSC18	EMSSANAR SAS	95.996.331,00
901543761	CCFC33	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA SAS	2.428.978,00
800251440	EPS005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S	5.862.067.430,00
901543211	CCFC55	CAJACOPI EPS SAS	25.817.525,00
891280008	CCFC27	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE NARINO	13.160.651,00
890303093	EPS012	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL COMFENALCO VALLE	362.740.088,00
891856000	EPSC25	CAPRESOCA E.P.S.	9.998.567,00
891180008	CCFC24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA	4.170.429,00
830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S.A.S	1.055.595.972,00
806008394	ESSC07	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EPS-S	152.213.231,00
900298372	EPSC34	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDI	1.804.351,00
800130907	EPS002	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1.778.590.406,00
891600091	CCFC20	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO COMFACHOCO	1.987.401,00

Nit Entidad	Código EPS	Nombre Entidad	Recursos no saneados $
860066942	EPS008	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	41.578.632,00
824001398	CCFC23	ASOCIACION DE CABILDO INDIGENAS DEL CESAR Y LA GUAJIRA DUSAK	1.043.542,00
837000084	EPSIC5	E.P.S. MALLAMAS E.P.S. INDIGENA	5.093.405,00
830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S.A.S	3.244.533,00
800112806	EAS027	FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA	9.462.333,00
901093846	ESSC91	EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ECOOPSOS EPS S.A.S	126.957,33
839000495	EPSIC4	ANAS WAYUU EPS INDIGENA	5.825.764,00
901093846	ESSC91	EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ECOOPSOS EPS S.A.S	691.357,00
891080005	CCFC15	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR	15.326.230,00
891800213	CCFC09	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BOYACA COMFABOY	488.300,00
890900842	EPS009	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA	26.652.500,00
800112806	EAS027	FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA	2.687.309,00
830113831	EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	258.295.865,00
800130907	EPS002	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	175.905.289,00
800140949	EPS003	CAFESALUD EPS S.A.	207.863.320,00
800251440	EPS005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S	438.260.054,00
800088702	EPS010	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA SA SURA	201.557.721,00
860066942	EPS008	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	384.237.835,00
890303093	EPS012	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL COMFENALCO VALLE	287.414.638,00
800250119	EPS013	SALUDCOOP EPS	1.996.773.464,00
805001157	EPS018	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	30.902.050,00
830074184	EPS033	SALUDVIDA S.A. EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS	11.035,00
900156264	EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	1.337.341.965,00
830006404	EPS014	HUMANA VIVIR S.A. EPS	782.706.388,00
860512237	EPS015	SALUD COLPATRIA S.A. E.P.S.	97.303.331,00
830009783	EPS023	CRUZ BLANCA EPS	69.746.640,00
900205591	EPSIC2	INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD INDIGENA MANEXKA IPSI	5.509.602,00
890300625	EPS016	UNIDAD MEDICA COOMEVA	6.374.715.593,93
800140949	EPS003	CAFESALUD EPS S.A.	5.424.585.481,00
800140949	EPSC03	CAFESALUD EPS S.A.	13.791.269,00

800250119	EPS013	SALUDCOOP EPS	3.413.492.790,00
830009783	EPS023	CRUZ BLANCA EPS	266.572.331,00
811004055	ESSC02	EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL SALUD EMDISALUD	4.578.856,00
804002105	ESSC33	COMPARTA EPS-S	27.454.297,00
818000140	EPSC76	ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S.	486.686,22
818000140	EPSC76	ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S.	39.537.606,00
818000140	EPSC76	ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S.	321.709,61
901097473	EPS044	MEDIMAS EPS S.A.S	2.233.910,00
901097473	EPS045	MEDIMAS EPS S.A.S.	2.728,00
830074184	EPSC33	SALUDVIDA S.A. EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS	6.493.764,86
830074184	EPS033	SALUDVIDA S.A. EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS	627.448.146,00
901037916	REGIMEN DE EXCEPCION	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA	84.042.134,00
Total			43.691.253.754,53

Así mismo, y en cumplimiento a la comunicación emitida por la Dirección de Financiamiento Sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social, donde se informa la cuenta bancaria de ahorros No. 309- 049880 denominada EXCEDENTES APORTES PATRONALES aperturada en la ADRES, las entidades Administradoras de Fondos de Pensiones - AFP tanto del Régimen de Prima Media con Prestación Definida, como de Ahorro Individual con Solidaridad, las Administradoras de Cesantías – AFC incluido el Fondo Nacional del Ahorro – FNA y las Administradoras de Riesgos Laborales – ARL, realizaron el giro a dicha cuenta, única y exclusivamente, de los recursos no saneados de aportes patronales del Sistema General de Participaciones correspondientes a las vigencias 2012-2016. Hasta la fecha, se ha recibido un total de 505.676.017,00, el cual se discrimina así:

Valores en pesos corrientes

Nit Entidad	Nombre Entidad	Recursos no saneados	Fecha de Recaudo
800226175	COMPAÑIA DE SEGURO DE VIDA COLMENA S.A COLMENA COMPAÑIA DE V	187.708.570,00	21/03/2024
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	18.892.715,00	22/03/2024
860002183	AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.	149.910.905,00	26/03/2024
800138188	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PROTECCION	11.396.805,00	1/04/2024
800226175	COMPAÑIA DE SEGURO DE VIDA COLMENA S.A COLMENA COMPAÑIA DE V	97.630.780,00	1/04/2024
800226175	COMPAÑIA DE SEGURO DE VIDA COLMENA S.A COLMENA COMPAÑIA DE V	3.225.699,00	2/04/2024
800227940	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS S A	6.589.942,00	12/04/2024
800227940	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS S A	939.121,00	12/04/2024
800227940	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS S A	24.538.740,00	12/04/2024
800227940	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS S A	4.842.740,00	12/04/2024
Total		**505.676.017,00**	

De otra parte, en lo que corresponde a los rendimientos financieros generados por las cuentas de ahorros del Banco BBVA mencionadas anteriormente se informa lo siguiente:

Valores en pesos corrientes

Numero Identificación	Nombre Entidad	Valor	Cuenta Bancaria
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BBVA COLOMBIA	83.558.963,00	309049872
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BBVA COLOMBIA	206.254.793,00	309049872
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BBVA COLOMBIA	193.820.763,00	309049872
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BBVA COLOMBIA	192.599.149,00	309049872
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BBVA COLOMBIA	192.330.552,00	309049872
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BBVA COLOMBIA	343.645.206,00	309049872
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BBVA COLOMBIA	365.577.299,00	309049872
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BBVA COLOMBIA	360.278.201,00	309049672
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BBVA COLOMBIA	964.647,00	309049880
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BBVA COLOMBIA	4.468.257,00	309049880
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BBVA COLOMBIA	4.563.823,00	309049880
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BBVA COLOMBIA	4.429.987,00	309049880

Numero Identificación	Nombre Entidad	Valor	Cuenta Bancaria
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BBVA COLOMBIA	4.437.202,00	309049880
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BBVA COLOMBIA	4.278.501,00	309049880
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BBVA COLOMBIA	4.214.891,00	309049880
Total		1.965.422.254,00	

3. ¿Cuál es el monto de los saldos de recursos de excedentes de rentas cedidas y del monopolio de juegos de suerte y azar en cabeza de las entidades territoriales que no se hayan estimado para la cofinanciación del régimen subsidiado de salud en estas vigencias?

Respuesta. Respecto a las rentas cedidas, se precisa que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley 1608 de 2013, los departamentos y distritos que tengan excedentes de rentas cedidas de las vigencias 2012 y 2013, podrán destinarlos en: a) el fortalecimiento de la infraestructura; b) la renovación tecnológica; c) el saneamiento fiscal y financiero que garantice la adecuada operación de las Empresas Sociales del Estado; y d) el pago de las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud.

Posteriormente, los artículos 83 de la Ley 1769 de 2015 y 4 de la Ley 1797 de 2016, habilitaron a los departamentos y distritos el uso de estos excedentes de rentas cedidas para los siguientes conceptos:

1) *Pago de deudas por prestación de servicios en lo no cubierto con subsidio a la demanda.*
2) *Fortalecimiento de la infraestructura y renovación tecnológica.*
3) *Saneamiento Fiscal y Financiero de las ESE.*
4) *Pago de deudas del Régimen Subsidiado de Salud – Decretos 1080 de 2012 y 058 de 2015 compilados en el Decreto 780 de 2016.*

Es importante mencionar que los usos relacionados en los numerales 2, 3 y 4 solo proceden en el evento que las entidades territoriales no tengan deudas por concepto de prestación de servicios en lo no cubierto

con subsidios a la demanda.

En virtud de lo expuesto, este Ministerio estableció, a través de la Resolución 6348 de 2016, los términos y condiciones para el reporte de información sobre la utilización de los recursos de que tratan los artículos 4, 19 y 21 de la Ley 1797 de 2016. Así, el artículo 2 de esta resolución, estableció que "los departamentos y distritos que decidan utilizar los recursos excedentes y saldos no comprometidos de rentas cedidas en los usos a que refiere el artículo 4° de la Ley 1797 de 2016, deberán enviar diligenciado a la Dirección de Financiamiento Sectorial de este Ministerio o a la dependencia que haga sus veces, el formato denominado "Aplicación de recursos de excedentes y saldos no comprometidos de rentas cedidas" que se adopta como Anexo Técnico número 1 […]". Así mismo, el artículo 3 de la Resolución 6348 de 2016, señaló que "los departamentos y distritos deberán remitir la ejecución de los excedentes y saldos no comprometidos de rentas cedidas, a través del diligenciamiento del formato denominado "Ejecución de recursos de excedentes y saldos no comprometidos de rentas cedidas", del Anexo Técnico número 2, que se adopta en la presente resolución […]".

De acuerdo con lo anterior, a continuación, se presenta la ejecución de los recursos excedentes de rentas cedidas para la vigencia 2023:

Tabla No. 3
Ejecución de Excedentes de Rentas Cedidas, vigencia 2023

Cifras en Millones de $

USOS	PLAN DE APLICACIÓN	EJECUCIÓN 2023	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN / PLAN APLICACIÓN
Recursos para el pago de las deudas por prestación de servicios en lo no cubierto con subsidio a la demanda y NO UPC Régimen Subsidiado	$ 121.679,76	$ 22.316,43	18,34%
Recursos para el fortalecimiento de la infraestructura y la renovación tecnológica de las ESE	$ 191.900,21	$ 163.563,23	85,23%
Recursos para el saneamiento fiscal y financiero de las ESE	$ 2.830,60	$ 2.530,00	89,38%
Recursos para el pago de las deudas del régimen subsidiado de salud en el marco del procedimiento establecido en el Plan Nacional de Desarrollo	$ 800,33	$ 800,33	100%
Total	**$ 317.210,89**	**$ 189.209,99**	**59,65%**

Fuente: Reporte Entidades Territoriales – Resolución 6348 de 2016.
Nota: Se incluye la información consistente entre los Planes de Aplicación y la Ejecución, reportada por 21 entidades territoriales.
Corte: Plan de Aplicación con corte a 31 de diciembre de 2022, ejecutado en la vigencia 2023.

En la tabla No. 3 se presenta la ejecución acumulada de la vigencia 2023 ($189.209,99 millones), los cuales representan el 59,65% del total de recursos programados en el Plan de Aplicación ($317.210,89 millones) para la misma vigencia. Sobre el particular, el concepto que presenta el mayor valor ejecutado durante la mencionada vigencia es el de "Recursos para el fortalecimiento de la infraestructura y la renovación tecnológica de la ESE", con un valor de $163.563,23 millones, seguido de "Recursos para el pago de las deudas por prestación de servicios en lo no cubierto con subsidio a la demanda y NO UPC Régimen Subsidiado" por valor de $22.316,43 millones.

Ahora bien, frente a la vigencia 2024, de acuerdo con el reporte de información realizado por los departamentos y el Distrito de Bogotá en el Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 6348 de 2016, se tiene lo siguiente:

Tabla No. 4
Reporte programación uso Excedentes de Rentas Cedidas, vigencia 2024

Cifras en Millones de $

USOS	PLAN DE APLICACIÓN	PORCENTAJE PLAN APLICACIÓN / TOTAL
Recursos para el pago de las deudas por prestación de servicios en lo no cubierto con subsidio a la demanda y NO UPC Régimen Subsidiado	$184.745,10	35,08%
Recursos para el fortalecimiento de la infraestructura y la renovación tecnológica de las ESE	$176.550,31	33,53%
Recursos para el saneamiento fiscal y financiero de las ESE	$53.824,90	10,22%
Recursos para el pago de las deudas del régimen subsidiado de salud en el marco del procedimiento establecido en el Plan Nacional de Desarrollo	$4.623,60	0,88%
Sin programación de uso*	$106.832,90	20,29%
Total	**$526.577,01**	**100%**

Fuente: Reporte Entidades Territoriales – Resolución 6348 de 2016.
Nota 1: Se incluye la información consistente, reportada por 26 entidades territoriales.
* El Distrito de Bogotá D.C. no realizó la programación de uso de la totalidad de los excedentes reportados a cierre de 2023.
Corte: Plan de Aplicación con corte a 31 de diciembre de 2023, para ser ejecutado durante la vigencia 2024.

En la tabla No. 4 se presenta la programación para la vigencia 2024 ($526.577 millones). Sobre el particular, el concepto que presenta el mayor valor programado es el de "Recursos para el pago de las deudas por prestación de servicios en lo no cubierto con subsidio a la demanda y NO UPC Régimen Subsidiado", con un valor de $184.745 millones, seguido de "Recursos para el fortalecimiento de la infraestructura y la renovación tecnológica de las ESE" por valor de $176.550 millones.

4. ¿Cuál es el monto de los recursos que tiene previsto el gobierno para otorgar líneas de crédito con tasa compensada u otros mecanismos para otorgar liquidez en el sector salud y los saldos de recursos asignados en vigencias anteriores, pero no ejecutados?

En atención a las competencias asignadas a la ADRES, se solicitaron los insumos correspondientes a través de oficio 2024300000988441, quien dio respuesta a través de comunicación 20241200000261, en los siguientes términos:

> *"(…) En relación con el monto de los recursos que tiene previsto el Gobierno para otorgar líneas de crédito con tasa compensada u otros mecanismos para otorgar liquidez en el sector salud y los saldos de recursos asignados en vigencias anteriores y no ejecutados informamos los siguiente:*
>
> *Una vez se tenga garantizado el cierre financiero del aseguramiento la ADRES solicitara a la Junta Directiva la aprobación para la vigencia 2025 recursos por la suma de $100.000.000.000, con el objeto de otorgar liquidez en el sector salud para los mecanismos de fortalecimiento financiero.*
>
> *En la actualidad esta Administradora no cuenta con recursos disponibles de saldos de vigencias anteriores y no ejecutadas para operaciones de financiamiento descritas en el artículo 2.5.2.2.2.3 del Decreto 780 de 2016".*

Así mismo, en atención a las competencias que sobre el particular tiene Findeter, se solicitaron los insumos correspondientes a través de oficio 2024300000987941, quien dio respuesta a través de comunicación 220244611076, en los siguientes términos:

> *"(…) Desde Findeter se contempla una adición de recursos de hasta cuatrocientos mil millones de pesos ($400.000.000.000) a la línea de redescuento ya existente denominada Compromiso Salud. Ya se están adelantando los trámites pertienentes para adicionar dichos recursos.*
>
> *Por otra parte, es de destacar que en enero del presente año se habían adicionado recursos por valor de cuatrocientos cincuenta y cinco mil ciento siete millones cuatrocientos treinta y cinco mil sesenta y tres pesos ($455.107.435.063), de los cuales se han desembolsado cuatrocientos cincuenta y dos mil novecientos cincuenta y seis millones ochocientos ochenta y cuatro mil quince pesos ($452.956.884.015), teniendo un saldo por ejecutar de dos mil ciento cincuenta millones quinientos cincuenta y un mil cuarenta y ocho pesos ($2.150.551.048)".*

5. ¿Cuál es el monto de los recursos de activos remanentes de los patrimonios autónomos de las liquidaciones de entidades del sector salud y de protección social que no han sido utilizadas en el pago de acreencias certificadas?

Respuesta. En atención a las competencias que sobre el efecto tiene la Superintendencia Nacional de Salud, se solicitaron insumos a través de oficio 2024300000982961, quien dio respuesta a través de comunicación 20241000019010000001E en los siguientes términos:

> *"(…) En el caso de las liquidaciones ordenadas por la Superintendencia Nacional de Salud, ninguna de las EPS que han sido objeto de esta medida ha acudido al patrimonio autónomo para administrar sus activos remanentes. En tales casos, se ha recurrido, en su gran mayoría, a la figura del mandato a cargo de personas naturales, para la realización de actividades relacionadas con la liquidación, de conformidad con lo establecido en el literal b) del artículo 9.1.3.6.3 del Decreto 2555 de 2010 "por el cual se recogen y reexpiden las normas en materia del sector financiero, asegurador y del mercado de valores y se dictan otras disposiciones""*

6. Informe para las vigencias 2021, 2022 y 2023 cuales el monto de los recursos ejecutados por ADRES mediante el mecanismo de giro directo tanto en régimen contributivo como en régimen subsidiado y el porcentaje que representan estos giros sobre la sumatoria total de las UPC reconocidas a las EPS durante esos periodos.

Respuesta. En atención a las competencias con que cuenta la ADRES, dicha entidad dio respuesta en la comunicación citada, en los siguientes términos:

"1. Unidad de Pago por Capitación – UPC

En virtud de los artículos 2.6.4.3.1.1.1 y 2.6.4.3.2.2 del Decreto 780 de 2016, la ADRES ejecuta los procesos de compensación del régimen contributivo y la Liquidación Mensual de Afiliados – LMA del régimen subsidiado, respectivamente, con los cuales reconoce la Unidad de Pago por Capitación - UPC a las EPS y EOC para garantizar el aseguramiento en salud de la población colombiana.

Ahora bien, en el marco de los procesos de reconocimiento de la UPC, se debe observar el mecanismo de giro directo previsto en los artículos 29 de la Ley 1438 de 2011, 10 de la Ley 1608 de 2013 y el artículo 150 de la Ley 2294 de 2023, así como en el Decreto 780 de 2016 – Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social - la ADRES efectúa el giro directo para los regímenes contributivo y subsidiado, a las IPS y/o proveedores de servicios y tecnologías en salud, de acuerdo con la información de las facturas y montos autorizados y cargados directamente por las EPS, para cada proceso de compensación y LMA, en archivos transmitidos vía plataforma PISIS del Ministerio de Salud y Protección Social.

El giro directo que realiza la ADRES es un instrumento para facilitar el flujo de recursos hacia las IPS y proveedores de tecnologías y servicios de salud, el cual no modifica las obligaciones contractuales entre estos y las EPS, ni exonera a las últimas del pago de sus obligaciones con las primeras; así mismo, la ADRES no posee competencias para intervenir en las relaciones contractuales y/o acuerdos de pago efectuados entre las EPS e IPS.

En respuesta a lo requerido, en el archivo Excel anexo titulado "Norma Hurtado UPC y GD 2021 - 2023.xlsx" encuentra la UPC y el giro directo de los regímenes contributivo y subsidiado, reconocidos entre 2021 y 2023 discriminados por EPS. Así mismo, en relación con la información remitida, es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- *El giro directo para entidades objeto de medidas de vigilancia especial, intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar es del 80% de la UPC, no obstante, es posible que producto de los descuentos aplicados sobre los procesos de liquidación reconocimiento de la UPC, en los términos previstos en los artículos 2.6.4.3.1.1.1 y 2.6.4.3.2.2 del Decreto 780 de 2016, el valor comparado de giro directo frente al de la UPC reconocida, sea inferior en algunos puntos porcentuales.*
- *En el caso del régimen subsidiado, el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011 y el Decreto 780 de 2016 prevén el mecanismo de giro directo para todas las EPS que operan en este régimen, no obstante, el porcentaje de giro directo postulado depende de la EPS según lo indicado en el artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 y no de un porcentaje fijo determinado sobre el resultado de la Liquidación Mensual de Afiliados – LMA.*
- *En el caso de giro directo supeditado a la autorización de un contralor, como ocurre con la adopción de medidas cautelares por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, el porcentaje de giro aplicado cuenta con esta condición, si bien generalmente al ser la EPS objeto de las medidas señaladas en el artículo 10 de la Ley 1608 de 2013, le corresponde programar el giro como mínimo sobre el 80% de la UPC. Como ejemplo se trae a colación la EPS Dusakawi.*
- *En el caso en que el valor de giro frente al valor reconocido varía teniendo en cuenta la fecha de entrada en*

vigencia de la medida adoptada por la Superintendencia Nacional de Salud, en tanto, en el caso del régimen contributivo existen cuatro (4) procesos de compensación mensuales, por lo que la aplicación de la medida en algunos y no todos estos, genera que el valor porcentual del giro directo frente al mes, sea menor al 80%.

- *Para los procesos de compensación de octubre de 2023, de acuerdo con el artículo 11 del Decreto 1270 de 2023 y la Circular Conjunta Externa 17 de 02 de octubre de 2023, se efectuó giro directo a las EPS sobre la UPC reconocida por sus afiliados en el Departamento de La Guajira, por lo que el porcentaje del giro directo aplicado (en el caso de las EPS que eran objeto de medida de intervención) es inferior a la UPC reconocida.*

Ahora bien, el mecanismo de giro directo también se encuentra en el proceso de reconocimiento de servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC, en los siguientes términos:

2. Servicios y Tecnologías en Salud no Financiados con cargo a la UPC.

El artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 estableció que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC serán gestionados con cargo al techo o presupuesto máximo que asigne el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a la metodología que este defina.

En virtud de lo anterior, la ADRES expidió la Resolución 2067 del 4 de marzo de 2020, a través de la cual implementó el proceso para la transferencia de los recursos del presupuesto máximo y, en su artículo 5, dispuso que las Entidades Promotoras de Salud podrán autorizar a la ADRES para que en nombre de estas efectúe el giro directo de presupuesto máximo a la red prestadora y proveedora de servicios de salud. Es decir, el giro directo se predica de la voluntad de la Entidad Promotora de Salud y no en la ADRES.

Entendido lo anterior, esta Administradora consultó las bases de pago e identificó que, desde la vigencia 2021 y hasta la vigencia 2023, las Entidades Promotoras de Salud autorizaron el giro directo de presupuesto máximo por valor total de $57.187.505.355,00, sobre el cual, $ 42.187.505.355,00 corresponde a la vigencia 2022 y $ 15.000.000.000,00 para la vigencia 2023.

Así las cosas, el porcentaje del giro directo de presupuesto máximo frente al valor total asignado por este concepto corresponde al siguiente detalle:

Tabla No. 1.

Año Giro	Valor Giro Directo Presupuesto Máximo a Prestador y Proveedor	Valor a EPS	Valor total	Porcentaje de giro directo
2021	$ 0,00	$ 0,00	$ 6.032.428.336.679,27	0,00%
2022	$ 42.187.505.355,00	$ 2.658.235.847.009,05	$ 2.700.423.352.364,05	1,56%
2023	$ 15.000.000.000,00	$ 3.682.660.764.134,89	$ 3.697.660.764.134,89	0,41%
Total general	$ 57.187.505.355,00	$ 12.373.324.947.823,20	$ 12.430.512.453.178,20	0,46%

7. ¿A cuánto ascienden son los recursos de la póliza SOAT que se están recaudando en la ADRES durante la vigencia 2023 y 2024 y qué porcentaje de la póliza total representan?

En atención a las competencias de la ADRES, se solicitaron los insumos correspondientes a través de oficio 2024300000988441, quien dio respuesta a través de comunicación 20241200000261, en los siguientes términos:

"(…) La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), fue creada a través del artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 con el fin de garantizar el adecuado flujo y los respectivos controles de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para lo cual le otorga una naturaleza especial del nivel descentralizado del orden nacional, asimilada a una empresa industrial y comercial del Estado, la cual en materia de contratación se regirá por el régimen público.

La Entidad hace parte del SGSSS, es adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente; tiene como objeto administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del Régimen Contributivo, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales confluirán en la Entidad.

Por su parte, el artículo 67 de la ley en mención, definió los recursos que serán administrados por la ADRES, así como, la destinación de los mismos, y ratificó que los recursos a que hace referencia el artículo señalado, harán unidad de caja excepto los recursos de propiedad de las entidades territoriales, los cuales conservarán su destinación específica y se manejarán en contabilidad separada dentro del fondo y precisa, que en la estructuración del presupuesto de gastos de la entidad, dando prioridad al componente de aseguramiento en salud de la población del país.

En este contexto, los artículos 2.6.4.2.1.12 y 2.6.4.2.1.13 del Decreto 780 de 2016 modificado por el Decreto 2265 de 2017, establecen los términos y condiciones para el giro de los recursos de la contribución SOAT y el FONSAT, los cuales deben ser girados por las compañías Aseguradoras.

La Ley 2161 de 2021 estableció medidas para promover la adquisición, renovación y no evasión del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT). Entre las medidas incluidas, el artículo 2 adiciona el parágrafo 1 al artículo 42 de la Ley 769 de 2002 señalando que los usuarios que demuestren un buen comportamiento vial tendrán derecho a un descuento, por única vez, del diez por ciento (10%) sobre el valor de la prima emitida del SOAT aplicable sobre las tarifas determinadas para la vigencia 2022, la cual, de ninguna manera afectara el valor de la contribución a la ADRES, que se calcula sobre el valor de la prima fijado por la Superintendencia Financiera de Colombia.

Que la Ley Ibidem, en el artículo 3 modificatorio del literal b) del artículo 223 de la Ley 100 de 1993, se ajusta el porcentaje de la contribución del valor de la prima del SOAT que se cobra en adición a esta, pasando del 50% al 52%. (subrayado fuera de texto).

A partir de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social a través del Anexo Técnico 1 de la Resolución 1231 de 2015 modificado por la Resolución 137 de 2022, definió la estructura tendiente al reporte de la información por parte de las entidades aseguradoras que operan el ramo SOAT a la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), tendiente a la generación de la liquidación de la contribución SOAT y la transferencia del FONSAT.

*A partir de lo señalado, los recursos que por concepto de contribución SOAT transfieren las aseguradoras a la ADRES, **corresponde al 52% de la prima** establecida por la Superintendencia Financiera de Colombia y se cobra en adición a esta a los tomadores al momento de la expedición del seguro.*

En el caso de la transferencia FONSAT, el artículo 2.6.4.2.1.13 del Decreto 2265 de 2017 señala que, "(…) corresponde a las transferencias que deben efectuar las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, constituidas por la diferencia entre el 20% del valor de las primas emitidas en el bimestre inmediatamente anterior y el monto definido por el Ministerio de Salud y Protección Social para cubrir el pago de las indemnizaciones correspondientes al amparo de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, hospitalarios y el total de costos asociados al proceso de reconocimiento. Lo anterior sin perjuicio de lo dispuesto en el Decreto Ley 019 de 2012. (…)"

Por otra parte, la Resolución 2709 de 2022 define el porcentaje de la prima del SOAT para el cubrimiento del pago de las indemnizaciones correspondientes al amparo de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones y el total de costos asociados al proceso de reconocimiento de dichas indemnizaciones como consecuencia de accidentes de tránsito, el cual asciende a 52,5%.

En consecuencia, para determinar el porcentaje correspondiente a la transferencia FONSAT el ejercicio es el siguiente:

Tabla No. 2.

valor primas emitidas en el bimestre **(1)**	20,00%
porcentaje monto para cobertura de indemnizaciones (Resolución 2709 de 2022) **(2)**	52,50%
valor FONSAT **(1) – ((1) * (2))**	9,50%

Fuente: Dirección de Gestión de Recursos Financieros de Salud

*Por ende, la **transferencia FONSAT corresponde al 9,5% sobre el valor de la prima**, monto que asumen directamente las aseguradoras.*

Expuesto lo anterior, a continuación, se suministra la información de las transferencias realizadas por las aseguradoras a la ADRES durante la vigencia 2023 y con corte a septiembre de 2024, conforme la solicitud efectuada en el requerimiento.

Tabla No. 3.

	% Prima FONSAT	Contribución Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT
Vigencia 2023	345.476.540.146,72	1.713.654.825.171,84
Vigencia 2024 (a septiembre)	297.680.476.829,68	1.482.801.954.600,00

Fuente: Dirección de Gestión de Recursos Financieros de Salud

8. ¿A cuánto ascienden los recursos de la contribución de la póliza SOAT que se recaudan en la ADRES, es por mes, en los años 2023 y 2024?

Respuesta. En atención a las competencias de la ADRES, se solicitaron los insumos correspondientes a través de oficio 2024300000988441, quien dio respuesta a través de comunicación 20241200000261, en los siguientes términos:

"(…) A continuación, se suministra la información de las transferencias realizadas por las aseguradoras a la ADRES mensualmente durante la vigencia 2023 y con corte a septiembre de 2024. Es importante aclarar que, para el caso de la transferencia FONSAT, esta se realiza bimestralmente según lo establece el artículo 2.6.4.2.1.13 del Decreto 2265 de 2017.

Tabla No. 4.

2023	% Prima FONSAT	Contribución Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT
ene-23	100.091.260.698,40	216.253.889.850,00
feb-23	0,00	145.438.959.050,00
mar-23	80.618.555.337,03	131.333.979.900,00
abr-23	0,00	138.012.340.023,84
may-23	44.077.046.194,70	103.187.947.200,00
jun-23	0,00	118.306.827.550,00
jul-23	45.647.159.393,33	132.164.311.300,00
ago-23	0,00	141.055.218.550,00

sep-23	52.456.178.959,76	145.951.123.700,00
oct-23	0,00	148.953.371.100,00
nov-23	52.616.329.773,85	149.700.935.590,00
dic-23	0,00	145.235.880.780,00
Acumul ado	345.476.548.146,72	1.713.554.823.171,84

Fuente: Dynamics ERP módulo de presupuesto-Dirección de Gestión de Recursos Financieros de Salud

Tabla No. 5.

2024	% Prima FONSAT	Contribución Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT
ene-24	65.269.314.862,34	212.306.935.600,00
feb-24	0,00	163.736.698.600,00
mar-24	59.905.118.295,99	163.969.811.600,00
abr-24	216.086.449,00	153.372.624.900,00
may-24	53.339.655.603,55	138.508.910.300,00

Fuente: Dynamics ERP módulo de presupuesto -Dirección de Gestión de Recursos Financieros de Salud

9. ***¿A qué montos ascienden las reclamaciones radicadas por atención en salud de víctimas de accidentes de tránsito cuando no hay póliza o por agotamiento de la cobertura a cargo de la aseguradora? Incluir el dato del número de reclamaciones.***
10. ***¿A qué montos ascienden las reclamaciones auditadas y glosadas por atención en salud de víctimas de accidentes de tránsito cuando no hay póliza o por agotamiento de la cobertura a cargo de la aseguradora? Incluir el dato del número de reclamaciones.***

Respuesta a las preguntas 9 y 10. *La ADRES, por competencia y en la comunicación señalada, respondió en los siguientes términos:*

"(…) Al respecto, es importante señalar que, en el marco de las disposiciones contenidas en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud 780 de 2016 y otras normas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, como la Resolución 1236 de 2023, la ADRES reconoce y paga, cuando corresponda, las reclamaciones por concepto de servicios de salud y gastos derivados de accidentes de tránsito, en aquellos casos en los que el vehículo involucrado no esté cubierto por póliza SOAT o no haya sido identificado.

Con la expedición de los Decretos 2497 y 2644 de diciembre de 2022, la ADRES también reconoce y paga las reclamaciones por servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito en vehículos que estén cubiertos por póliza SOAT con rango diferencial de riesgo, siempre que el valor reclamado supere las doscientas sesenta y tres coma trece (263,13) UVT y hasta un máximo de setecientas una coma sesenta y ocho (701,68) UVT.

Para ello, el MSPS expidió la Resolución 326 de 2023 por la cual se determina el procedimiento de cobro y pago que aplicará la ADRES en relación con los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito amparados por el SOAT con rango diferencial por riesgo, señalando además en su artículo 4 que, los prestadores de salud deberán anexar a la radicación Certificado de agotamiento de cobertura expedido por las aseguradoras con el detalle del servicio prestado y el valor expresado en pesos y en Unidades de Valor Tributario (UVT).

A partir de las inconformidades que manifestaron algunos Prestadores de Servicios de Salud – PSS, esta Entidad Administradora promovió ante el MSPS la modificación del artículo 4 de la Resolución 326 de 2023 en lo relacionado con el certificado de agotamiento de cobertura y su obligatoriedad de incorporar <<el detalle de los servicios de salud reconocidos por la aseguradora>>.

En atención a dicha solicitud, el MSPS expidió la Resolución 2225 de 2023 modificando el artículo 4 de la Resolución 326 y determinó que el certificado de agotamiento de cobertura deberá gestionarse sin el desglose detallado de cargos reconocidos por la aseguradora.

En concordancia con estos cambios normativos, la ADRES expidió la Circular 000008 del 11 de abril de 2023, la cual fue modificada por la Circular 000022 del 12 de septiembre de 2023.

Esta actualización incluyó modificaciones en los formularios de presentación de reclamaciones, específicamente en el campo V (Datos del vehículo involucrado en el accidente de tránsito) del Formulario Único de Reclamación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – FURIPS, donde ahora se debe especificar el estado de aseguramiento como Asegurado D.2497, dando inicio al periodo de radicación permanente de reclamaciones a partir del 01 de julio de 2023.

A continuación, se reportan las tablas de información en respuesta a los numerales 9 y 10.

Tabla No. 6. Respuesta pregunta 9. Reclamaciones radicadas entre enero 2023 y septiembre 2024

Año Radicación	VLR Reclamado	Total Reclamaciones
2023	$1.368.167.533.093,17	674.479
Asegurado D.2497	$17.792.273.258,00	6.342
No asegurado	$558.312.786.736,64	280.110
No Asegurado - Sin Placa	$1.021.315.115,00	803
No asegurado Propietario Indeterminado	$5.958.061.105,00	2.440
Póliza falsa	$149.133.501,50	41
Vehículo en fuga	$5.678.347.373,00	4.425
Vehículo fantasma	$770.166.664.165,42	353.029
(en blanco)	$9.088.951.838,61	27.289
2024	$1.097.592.351.324,89	478.102
Asegurado D.2497	$111.605.917.062,00	49.029
No asegurado	$428.230.670.382,84	181.479
No Asegurado - Sin Placa	$4.801.763.720,00	1.645
No asegurado Propietario Indeterminado	$14.653.672.628,10	3.736
Póliza falsa	$33.945.825,00	33
Vehículo en fuga	$371.953,00	1
Vehículo fantasma	$538.266.009.753,95	242.139
(en blanco)	$-	40
Total general	**$2.465.759.884.418,06**	**1.152.581**

Fuente: Dirección de Otras Prestaciones SII_ECAT

Tabla No. 7. Respuesta pregunta 10. Estado de auditoría reclamaciones radicadas entre enero 2023 y septiembre 2024

Año Radicación	VLR reclamado	VLR Total Aprobado	VLR Glosado	Total Reclamaciones
2023	$1.287.460.317.093,27	$542.192.037.181,20	$745.268.279.912,07	622.444
Asegurado D.2497	$7.369.964.403,00	$115.256.947,40	$7.254.707.455,60	2.766
No asegurado	$527.970.614.978,64	$252.326.562.250,91	$275.644.052.727,73	258.422
No Asegurado - Sin Placa	$913.798.850,00	$118.588.153,20	$795.210.696,80	761
No asegurado Propietario Indeterminado	$5.671.776.591,00	$1.981.687.601,56	$3.690.088.989,44	2.297
Póliza falsa	$149.133.501,50	$61.280.303,82	$87.853.197,68	41
Vehículo en fuga	$5.445.103.398,00	$156.305.194,82	$5.288.798.203,18	4.291
Vehículo fantasma	$730.850.973.532,52	$283.682.197.896,37	$447.168.775.636,15	326.577
(en blanco)	$9.088.951.838,61	$3.750.158.833,12	$5.338.793.005,49	27.289
2024	$375.723.587.653,50	$126.916.475.010,13	$248.807.112.643,37	154.745
Asegurado D.2497	$111.079.646,00	$9.984.449,74	$101.095.196,26	2.649
Año Radicación	**VLR reclamado**	**VLR Total Aprobado**	**VLR Glosado**	**Total Reclamaciones**
No asegurado	$175.822.366.348,40	$71.280.076.431,19	$104.542.289.917,21	65.397
No Asegurado - Sin Placa	$2.609.130.714,00	$446.576.641,40	$2.162.554.072,60	895
No asegurado Propietario Indeterminado	$7.756.351.452,80	$2.827.750.770,96	$4.928.600.681,84	1.505
Póliza falsa	$5.678.617,00	$2.683.546,00	$2.995.071,00	17
Vehículo en fuga	$371.953,00	$-	$371.953,00	1
Vehículo fantasma	$189.418.608.922,30	$52.349.403.170,84	$137.069.205.751,46	84.281
Total general	$1.663.183.904.746,77	$669.108.512.191,33	$994.075.392.555,44	777.189

Fuente: Dirección de Otras Prestaciones SII_ECAT

En los anteriores términos se da respuesta a su solicitud."

En todo caso, se hace necesario clarificar la intención del artículo 9 del texto propuesto en los siguientes términos:

1. Es innegable el aporte del sector asegurador al desarrollo y consolidación del SOAT de la misma manera que es indiscutible las bondades del SOAT para la garantía de la atención en salud de las personas víctimas de accidentes de tránsito.
2. El SOAT cuya existencia se remonta antes de la ley 100 de 1993 ha constituido una experiencia exitosa en relación con el valor del esquema de aseguramiento y fue un acierto que el sistema general de seguridad social lo haya mantenido.
3. El SOAT representa no sólo una seguridad de atención en salud para las víctimas de accidentes de tránsito sino para los prestadores de servicios de salud que anteriormente no tenían garantizado el pago de del costo de la atención de urgencias en estos casos, al margen de que algunos prestadores de servicios pueden haber abusado de la figura según denuncias públicas.
4. Es absolutamente claro que todo sistema o modelo de aseguramiento se soporta en un principio de suficiencia que en síntesis significa que los ingresos derivados de la prima deben ser suficientes para atender los costos de los siniestros, un margen de administración y aún un margen de utilidad. El SOAT no puede ser la excepción a esa regla.
5. La pretensión del artículo no es desequilibrar o afectar el principio de suficiencia sino mejorar los aspectos administrativos para la realización de los procesos de facturación y cobro por parte de las IPS.
6. Tampoco pretende el artículo modificar la política de subsidios y descuentos implementada por este gobierno, aunque es cierto que los efectos de esa política ameritan una evaluación sobre su efectividad.
7. El artículo pretende mejorar el proceso operativo de cobro reconociendo la eficiencia, agilidad y seriedad del sector asegurador en los pagos de los siniestros derivados del SOAT.
8. La experiencia ha demostrado que el fraccionamiento de las cuentas de servicios en valores relativamente menores que se consumen rápidamente en accidentes de tránsito graves donde es fácil agotar las coberturas resulta en un desgaste administrativo tanto para las IPS como para los beneficiarios del servicio.

9. La norma pretende corregir algo que se considera un retroceso que ya el país había superado en el sentido de realizar el menor fraccionamiento posible de las facturas por este concepto pasando de tres pagadores a dos pagadores.
10. En efecto hasta antes de la expedición del Decreto ley 019 de 2012 el pago se dividía entre la compañía aseguradora, el Fosyga (hoy ADRES) y las EPS pero a partir de la expedición de esa norma el pago sólo se dividió entre la aseguradora y la EPS frente al exceso de la cobertura de la póliza.
11. Actualmente se presenta un retroceso al volver a tres pagadores diferentes con el desgaste y complejidades que eso implica razón por la cual la norma pretende retornar a dos pagadores.
12. Es posible realizar mejoras y precisiones a la redacción propuesta manteniendo el espíritu de la norma que es conveniente para todas las instituciones involucradas y sobre para las víctimas de estos accidentes.

11. ANÁLISIS DEL IMPACTO FISCAL

El cumplimiento de las metas y la ejecución de las medidas establecidas en el Proyecto de Ley se hará en el marco de las competencias constitucionales y legales de las entidades involucradas y en concordancia con las disponibilidades presupuestales, el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo.

Por consiguiente, para continuar con el trámite legislativo, es pertinente tener a consideración la siguiente jurisprudencia de la Corte Constitucional:

> *"Las obligaciones previstas en el artículo 7º de la Ley 819/03 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que está encaminado a cumplir propósitos constitucionalmente valiosos, entre ellos el orden de las finanzas públicas, la estabilidad macroeconómica y la aplicación efectiva de las leyes. Esto último, en tanto un estudio previo de la compatibilidad entre el contenido del proyecto de ley y las proyecciones de la política económica, disminuye el margen de incertidumbre respecto de la ejecución material de las previsiones legislativas. El mandato de adecuación entre la justificación de los proyectos de ley y la planeación de la política económica; empero, no puede comprenderse como un requisito de trámite para la aprobación de las iniciativas legislativas, cuyo cumplimiento recaiga exclusivamente en el Congreso. Ello en tanto (i) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo; y (ii) aceptar una interpretación de esta naturaleza constituiría una carga irrazonable para el Legislador y otorgaría un poder correlativo de veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes. Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático. Si se considera dicho mandato como un mecanismo de racionalidad legislativa, su cumplimiento corresponde inicialmente al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez el Congreso ha valorado, mediante las herramientas que tiene a su alcance, la compatibilidad entre los gastos que genera la iniciativa legislativa y las proyecciones de la política económica trazada por el Gobierno. Así, si el Ejecutivo considera que las cámaras han efectuado un análisis de impacto fiscal erróneo, corresponde al citado Ministerio el deber de concurrir al procedimiento legislativo, en aras de ilustrar al Congreso sobre las consecuencias económicas del proyecto. El artículo 7º de la Ley 819 de 2003 no puede interpretarse de modo tal que la falta de concurrencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro del proceso legislativo afecte la validez constitucional del trámite respectivo.*

Es relevante mencionar que la Corte Constitucional, en Sentencia C-911 de 2007, señala que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en óbice, para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa.

> *"En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo.*
>
> *Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento.*
>
> *Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda".*

La viabilidad fiscal de la Ley 1608 de 2013 y la Ley 1797 de 2016 ha sido clave para gestionar recursos en el sector salud, permitiendo el aprovechamiento de fondos acumulados para apoyar la sostenibilidad del sistema, optimizar el flujo de recursos y cubrir obligaciones financieras de manera oportuna. Estas leyes lograron la implementación de mecanismos efectivos para el uso de excedentes financieros y la administración de recursos específicos destinados al sector salud, generando un impacto positivo en la operación del sistema.

1. **Ley 1608 de 2013:** Esta ley se centró en la recuperación de recursos para el sector salud mediante la reorientación de fondos no comprometidos, especialmente aquellos acumulados en cuentas maestras y provenientes de fuentes como las rentas cedidas, las cuales incluyen ingresos generados por actividades monopolizadas por el Estado (e.g., juegos de suerte y azar, licores). La Ley 1608 posibilitó que los recursos acumulados desde 1994 fueran redistribuidos a nivel territorial, permitiendo el pago de obligaciones pendientes con los prestadores de servicios de salud y con el talento humano, así como la atención de necesidades críticas en las Empresas Sociales del Estado (ESE). Este flujo mejorado de recursos contribuyó a mejorar la estabilidad financiera de los hospitales públicos y a garantizar el acceso oportuno de los usuarios a los servicios de salud.
2. **Ley 1797 de 2016:** Esta ley amplió el alcance de la Ley 1608 al permitir que los recursos acumulados en el sistema de salud se destinaran a objetivos específicos, tales como el saneamiento fiscal y financiero de las ESE. La Ley 1797 también fortaleció el rol del Fonsaet y el Fosyga (luego ADRES) en la administración de los recursos destinados a los prestadores de salud, incluyendo la posibilidad de ejecutar compras de cartera y otorgar liquidez al sector. Esta ley permitió agilizar los pagos y, además, estableció disposiciones para la sostenibilidad financiera del régimen subsidiado, abordando de manera integral las deudas de las IPS con las EPS y las obligaciones acumuladas por las entidades territoriales.
3. **Ley 1929 de 2018:** Esta ley modifica de manera temporal y parcial la destinación de un porcentaje de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC), establecido en la Ley 1636 de 2013. Esta ley autoriza a las Cajas de Compensación Familiar a destinar recursos específicamente para el saneamiento de pasivos en salud o para cumplir con las condiciones financieras aplicables a las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Con esta medida, se busca apoyar financieramente a las EPS y contribuir a la estabilidad del sistema de salud, atendiendo necesidades de sostenibilidad en el sector.

Estas leyes, al contar con viabilidad fiscal confirmada, facilitaron una administración más eficiente de los recursos en el sector salud. Esto no solo ha contribuido a aliviar las cargas financieras de las entidades de salud y mejorar la liquidez en el sistema, sino también ha sentado un precedente que permite al actual proyecto de ley continuar utilizando saldos acumulados y recursos no ejecutados en áreas que necesitan financiamiento urgente, manteniendo así la estabilidad y sostenibilidad del sistema de salud colombiano.

Respecto del impacto fiscal del proyecto es muy importante precisar que el articulado no tiene efectos directos respecto del gasto público en el sentido de que no genera nuevos conceptos de gasto ni presiona o compromete adiciones al presupuesto general de la nación o los presupuestos de las entidades territoriales. En otras palabras el proyecto no crea ni modifica las cargas fiscales del sector público en razón a que su esencia es el direccionamiento y uso de recursos que ya existen pero que por disposiciones de orden legal no pueden ser usados para el saneamiento de pasivos del sector salud. En su gran mayoría se trata de recursos parafiscales que conforme lo ha señalado la Corte Constitucional en sentencia SU-480 de 1997 y posteriores son recursos de naturaleza pública pero no deben ser incorporados en el presupuesto general de la nación.

De otro lado también es relevante destacar que el presente proyecto de ley no impone a los ciudadanos ni a las empresas en Colombia cargas fiscales o parafiscales adicionales a las ya existentes de manera que no implica erogaciones adicionales de recursos por parte de personas naturales o jurídicas.

No obstante que el proyecto no tiene impacto fiscal sobre las finanzas públicas, sí tiene un impacto financiero muy importante en el sector salud. Ya las leyes anteriores con contenidos similares mostraron su efecto positivo. Por ejemplo en el caso de ley 1608 de 2013 se tiene un estimativo de un efecto positivo de destinación de recursos del orden de 1,1 billones de pesos cifra que puede ser similar en el caso de la ley 1797 de 2016.

Respecto de la ley 1929 de 2018 se tiene estimado un efecto de redireccionamiento de recursos hacia el sector salud por el orden de 1,03 billones de pesos que terminaron por beneficiar no sólo a los prestadores de servicios de salud sino también al talento humano en salud.

En el presente proyecto de ley se estima un beneficio agregado de todas las fuentes utilizadas que puede estar por encima de los 2 billones de pesos que si bien no tiene como efecto el saneamiento total de los pasivos del sector salud en Colombia, si corresponde a un apoyo que en las actuales circunstancias resulta fundamental para poder garantizar la continuidad de la operación del sistema y de la prestación de servicios de salud a los usuarios beneficiarios.

4. CONFLICTO DE INTERESES

Siguiendo lo dispuesto por el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, que modifica el art. 291 de la Ley 5 de 1992, en que se dispone el incluir un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación de proyectos de ley, de acuerdo al artículo 286, se plantea lo siguiente:

Con esta iniciativa legislativa no podrían verse beneficiados en forma particular, actual y/o directa, en los términos de los literales a) y c) respectivamente del citado art. 286 de la Ley 5 de 1992, los propios congresistas y/o su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.

Sin perjuicio de lo anterior, en todo caso los congresistas podrán cualesquiera otras razones que consideren como causales de impedimento.

Con toda atención,

Senadora de la República

NORMA HURTADO SÁNCHEZ
SENADORA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

SENADO DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA GENERAL

El día 21 de Julio del año 2026
Ha sido presentado en este despacho el
Proyecto de ley X Acto legislativo ____
No. 016/26 Con su correspondiente
Exposición de Motivos, suscrito por:
HH.CC. Norma Hurtado, Víctor Manuel
Saleedo y Don Alfonso Chávez

SECRETARIO GENERAL

Bogotá D.C., 21 de Julio de 2026

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No.016/26 Senado **"POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS PARA MEJORAR LA SITUACIÓN FINANCIERA Y DE FLUJO DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"**, me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por la Honorable Senadora NORMA HURTADO SÁNCHEZ; los Honorables Representantes VICTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO, LUIS ALFONSO CHÁVEZ. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión **SÉPTIMA** Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
Secretario General

PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – JULIO 21 DE 2026

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el precitado Proyecto de Ley a la Comisión **SÉPTIMA** Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la Gaceta del Congreso.

CÚMPLASE

EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

HONORIO MIGUEL HENRIQUEZ PINEDO

SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

Proyectó: Sally Novoa
Revisó: Dra. Lucena González

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA