SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	
Para responder este documento favor citar este número:	
Rad No:	**20261600003688871**
Fecha:	20-11-2026
Dependencia	Dirección Jurídica
Expediente	2026160011301000001E

Bogotá D.C.,

Señor
[redacted]

Asunto: Respuesta a solicitud de doctrina unificada sobre protección al usuario, funciones jurisdiccionales, afiliación y traslados, plan de beneficios, prestaciones económicas, medidas especiales y liquidación de entidades, cartera y régimen sancionatorio
Referencia: 20265500025582962

Respetado [redacted]

La Dirección Jurídica de la Superintendencia Nacional de Salud, por medio de la comunicación radicada con el número 20265500025582962 recibió la solicitud del asunto cuya respuesta se emite en los siguientes términos:

1. Consulta

«(…)

III. CUESTIONARIO

Con el debido respeto, solicito a esa Superintendencia absolver de manera individual, numerada y motivada, cada una de las preguntas que se formulan a continuación, agrupadas por bloques temáticos para facilitar su respuesta

Estructura del cuestionario

Bloque A. COMPETENCIA, DOCTRINA Y DELIMITACIÓN CON OTRAS AUTORIDADES. Preguntas 1 a 14

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Bloque B. PROTECCIÓN AL USUARIO, PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS. Preguntas 15 a 34
Bloque C. FUNCIONES JURISDICCIONALES DE LA SUPERINTENDENCIA. Preguntas 35 a 60
Bloque D. TUTELA EN SALUD, DESACATO, MOVILIDAD Y CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES JUDICIALES. Preguntas 61 a 78
Bloque E. AFILIACIÓN, TRASLADOS, MOVILIDAD Y REORDENAMIENTO DE LA OPERACIÓN. Preguntas 79 a 100
Bloque F. PLAN DE BENEFICIOS, SERVICIOS NO FINANCIADOSY AUTORIZACIONES. Preguntas 101 a 122
Bloque G. PRESTACIONES ECONÓMICAS, COPAGOS Y APORTES. Preguntas 123 a 138
Bloque H. MEDIDAS ESPECIALES, INTERVENCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE ENTIDADES. Preguntas 139 a 164
Bloque I. CARTERA, GIRO DIRECTO, GLOSAS Y RELACIÓN ENTRE ENTIDADES. Preguntas 165 a 184
Bloque J. HABILITACIÓN, SUPERVISIÓN Y RÉGIMEN SANCIONATORIO. Preguntas 185 a 198
Bloque K. TRANSICIÓN NORMATIVA Y PROSPECTIVA DEL SISTEMA. Preguntas 199 a 212

Total de preguntas formuladas:212

(…)

IV. PETICIONES

Con fundamento en lo expuesto, respetuosamente solicito a la Superintendencia Nacional de Salud:

PRIMERA. *Absolver, de manera individual, numerada y motivada, cada una de las preguntas formuladas en el capítulo III de este escrito, indicando en cada caso la norma, la circular, el concepto o la jurisprudencia en que sustente la respuesta.*

SEGUNDA: *Informar, bloque por bloque, si existe doctrina vigente de la entidad sobre la materia consultada, precisando el número y la fecha del acto correspondiente y remitiendo copia o el enlace de consulta.*

TERCERA. *En relación con el bloque H, precisar el procedimiento, los términos y los requisitos para la presentación y calificación de acreencias en los procesos de liquidación de entidades del sector, así como los recursos que proceden contras las decisiones del liquidador,*

CUARTA. *En relación con el bloque E, precisar los efectos del reordenamiento territorial de la operación de las entidades promotoras sobre los afiliados trasladados y sobre los tratamientos en curso.*

QUINTA. *Suministrar el listado actualizado de los procesos de liquidación en curso y de las entidades sujetas a medidas especiales, o indicar la ruta electrónica de consulta.*

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

SEXTA. *En caso de que alguna de las preguntas exceda la competencia de esa Superintendencia, remitir la petición a la autoridad competente dentro del término previsto en el artículo 21 del CPACA, informándolo al suscrito.*

SÉPTIMA. *Si por el número o la complejidad de las preguntas no fuere posible resolver la consulta dentro del término legal, comunicarlo antes de su vencimiento en los términos del parágrafo del artículo 14 del CPACA, expresando los motivos de la demora y señalando el plazo razonable en que se dará respuesta, sin que ello exima del deber de resolver de fondo.*

OCTAVA. *Remitir la respuesta de manera íntegra, clara, precisa y congruente con lo solicitado, en los términos del artículo 13 del CPACA y de la jurisprudencia constitucional sobre el núcleo esencial del derecho de petición.*

(…)» (Sic)

2. Marco normativo

- Constitución Política
- Decreto Ley 2591 de 1991[1]
- Código de Comercio
- Código General del Proceso
- Ley 100 de 1993[2]
- Decreto Ley 663 de 1993[3]
- Decreto 1757 de 1994[4]
- Decreto Ley 254 de 2000[5]
- Ley 1105 de 2006[6]
- Ley 1116 de 2006[7]
- Circular Externa 047 de 2007[8]
- Ley 1258 de 2008[9]
- Decreto 2555 de 2010[10]
- Ley 1437 de 2011[11]
- Ley 1438 de 2011[12]

[1] *"Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones."*
[2] *"Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones"*.
[3] *"Por medio del cual se actualiza el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y se modifica su titulación y numeración."*
[4] *"Por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1del artículo 4del Decreto-ley 1298 de 1994."*
[5] *"Por el cual se expide el régimen para la liquidación de las entidades públicas del orden nacional".*
[6] *"Por medio de la cual se modifica el Decreto-ley 254 de 2000, sobre procedimiento de liquidación de entidades públicas de la Rama Ejecutiva del Orden Nacional y se dictan otras disposiciones."*
[7] *"Por la cual se establece el Régimen de Insolvencia Empresarial en la República de Colombia y se dictan otras disposiciones."*
[8] *"Instrucciones generales y remisión de información para la inspección, vigilancia y control"*
[9] *"Por medio de la cual se crea la sociedad por acciones simplificada."*
[10] *"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."*
[11] *"Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo"*.
[12] *"Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"*.

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

- Ley 1755 de 2015[13]
- Ley 1797 de 2016[14]
- Ley 1955 de 2019[15]
- Ley 1966 de 2019[16]
- Sentencia SU-508 de 2020
- Decreto 1080 de 2021[17]
- Resolución 1650 de 2014[18] de la Superintendencia Nacional de Salud
- Resolución 2105 de 2015[19] de la Superintendencia Nacional de Salud
- Resolución 2284 de 2023[20] del Ministerio de Salud y Protección Social
- Circular Externa 202315000000010-5[21]

3. Desarrollo de la consulta

3.1. De las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud

La Superintendencia Nación de Salud es una entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente[22]. Creada con el propósito de ejercer funciones de inspección, vigilancia y control sobre los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) enunciados, entre otras normas, en los numerales 2 al 8 del artículo 155 de la Ley 100 de 1993, adicionado por el artículo 243 de la Ley 1955 de 2019; los artículos 121 y 130A de la Ley 1438 de 2011, este último adicionado por el artículo 4 de la Ley 1949 de 2019; y el parágrafo 1° del artículo 2 de la Ley 1966 de 2019; atendiendo lo establecido en el Decreto 1080 de 2021. Así, como objetivos a su cargo, el artículo 39 de la Ley 1122 de 2007 establece los siguientes:

> *«a) Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud;*
>
> *b) Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud;*

---

[13] *«Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo*.»

[14] «*Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.*»

[15] «*Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022.*»

[16] «*Por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.*»

[17] «*Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud*.»

[18] *«Por la cual se desarrolla el procedimiento administrativo sancionatorio aplicable por la Superintendencia Nacional de Salud»*

[19] *«por la cual se adiciona la Resolución número 1650 de 28 de agosto de 2014, que desarrolla el procedimiento administrativo sancionatorio aplicable por la Superintendencia Nacional de Salud»*

[20] *«"Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones.»*

[21] «*Por La Cual Se Modifican Los Términos Para Resolver Los Reclamos En Salud Establecidos En La Circular Externa 047 De 2007, Modificada Entre Otras Por La Circular Externa 008 De 2018, Así Como Los Anexos Técnicos Relacionados Con Reclamos En Salud Dispuestos En La Circular Externa 017 De 2020.*»

[22] Artículo 233 de la Ley 100 de 1993.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

c) Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo;

d) Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud;

e) Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud;

f) Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud;

g) Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

h) Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del Sistema.»

Bajo tal contexto, las funciones de inspección, vigilancia y control que ejerce la Superintendencia Nacional de Salud son definidas por el artículo 35 de la Ley 1122 de 2007 como:

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

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

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

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

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Sobre la importancia de las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud en el contexto colombiano, el Consejo de Estado, en Sentencia del 13 de octubre de 2016, Radicado Nro. 11001-03-24-000-2013-00257-00, refirió que:

> *«En un escenario de ruptura del monopolio público y de apertura a la prestación de los servicios públicos por actores particulares como el sancionado por los artículos 49 y 365 de la Constitución y por leyes como la ley 100 de 1993 o la ley 142 de 1994, la función de inspección, vigilancia y control resulta primordial. Ella se constituye en un mecanismo esencial para cumplir con la responsabilidad que en materia de servicios públicos la Constitución confía al Estado de "asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional" (artículo 365 párr. 1 frase 2 de la Constitución), en general, y de garantizar a todas las personas "el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud" (artículo 49 párr.1 frase 2 de la Constitución), en particular. Tal es su importancia, que el literal e) del artículo 5º de la Ley Estatutaria del Derecho a la Salud (ley 1571 de 2015) establece como una de las principales obligaciones del Estado de cara a asegurar la efectividad de este derecho fundamental, la de "[e]jercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto"».*

En resumen, la Superintendencia Nacional de Salud dirige el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para exigir a actores, como las EPS, IPS, entre otros, la observancia de los principios y fundamentos del servicio de salud, vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el sector, velar por la eficiencia en el recaudo y flujo de los recursos de la salud y proteger a los usuarios su derecho al aseguramiento.

De acuerdo con lo anterior, de conformidad con el artículo 121 de la Ley 1438 de 2011, los sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud son:

- Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado.
- Las Empresas Solidarias.
- Las Asociaciones Mutuales en sus actividades de salud.
- Las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud.
- Las actividades de salud que realizan las aseguradoras.
- Las entidades que administren planes adicionales de salud.
- Las entidades obligadas a compensar.
- Las entidades adaptadas de Salud.
- Las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud.
- Las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud.
- Las universidades en sus actividades de salud, sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia de Subsidio Familiar.
- Las Direcciones Territoriales de Salud en el ejercicio de las funciones que las mismas desarrollan en el ámbito del sector salud, tales como el aseguramiento, la inspección, vigilancia y control, la prestación de servicios de salud y demás relacionadas con el sector salud.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification

icontec Carbono Neutro Certificado

Estamos certificados

- Los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos. La Comisión de Regulación en Salud y el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, o quienes hagan sus veces.
- Los que exploten, produzcan, administren u operen, bajo cualquier modalidad, el monopolio rentístico de loterías, apuestas permanentes y demás modalidades de los juegos de suerte y azar.
- Los que programen, gestionen, recauden, distribuyan, administren, transfieran o asignen los recursos públicos y demás arbitrios rentísticos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Las rentas que produzcan cervezas, sifones, refajos, vinos, aperitivos y similares y quienes importen licores, vinos, aperitivos y similares y cervezas.
- Los que exploten, administren u operen, bajo cualquier modalidad, el monopolio rentístico de los licores.
- Adicionalmente, los operadores logísticos de tecnologías en salud y gestores farmacéuticos en lo que corresponde a las condiciones financieras y a las buenas prácticas de gobierno corporativo, conforme a la Ley 1966 de 2019.

4. Respuesta

En el marco de lo expuesto, se procede a dar respuesta a la pregunta formulada, en aras de garantizar el derecho fundamental de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política, en los siguientes términos:

4.1. BLOQUE A. COMPETENCIA, DOCTRINA Y DELIMITACIÓN

1. «Cuál es la dependencia competente para absolver consultas jurídicas en cada una de las materias a cargo de la entidad y cómo debe dirigirlas el ciudadano.» (Sic)

Respuesta: De conformidad con la estructura y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud, la dependencia competente para absolver consultas jurídicas de carácter general relacionadas con las materias a cargo de la entidad es la Dirección Jurídica, en el marco de sus funciones de asesoría y orientación jurídica institucional, establecidas en el artículo 12 del Decreto 1080 de 2021. No obstante, cuando la consulta verse sobre asuntos técnicos o especializados propios de la competencia de una dependencia misional, la respuesta podrá ser elaborada por la dependencia competente según la materia objeto de consulta, con el apoyo o coordinación que corresponda.

A la luz del artículo 15 de la Ley 1437 de 2011 que fue sustituido por la Ley 1755 de 2015, las peticiones pueden presentarse verbalmente, para ello deberá dejarse constancia; o, por escrito, a través de cualquier medio idóneo para la comunicación o transferencia de datos. En concordancia, el artículo 16 de la mencionada Ley indica el contenido de las peticiones, a saber:

> *«**Artículo 16. Contenido de las peticiones.** Toda petición deberá contener, por lo menos:*
>
> *1.La designación de la autoridad a la que se dirige.*

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

2.Los nombres y apellidos completos del solicitante y de su representante y o apoderado, si es el caso, con indicación de su documento de identidad y de la dirección donde recibirá correspondencia. El peticionario podrá agregar el número de fax o la dirección electrónica. Si el peticionario es una persona privada que deba estar inscrita en el registro mercantil, estará obligada a indicar su dirección electrónica.

3. El objeto de la petición.

4. Las razones en las que fundamenta su petición.

5.La relación de los documentos que desee presentar para iniciar el trámite.

6. La firma del peticionario cuando fuere el caso

(…)»

Para la Superintendencia Nacional de Salud, los ciudadanos pueden dirigir sus consultas a través de los canales oficiales de atención dispuestos, tales como el sistema de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRSD), la sede electrónica, los canales virtuales establecidos en el portal *web* institucional o los demás mecanismos de radicación habilitados por la entidad. Una vez recibida la solicitud, esta será asignada a la dependencia competente de acuerdo con la naturaleza del asunto planteado para su trámite y respuesta.

2. *«¿Qué fuerza vinculante tienen las circulares externas de la Superintendencia para las entidades vigiladas?»* (Sic)

Respuesta: Las circulares externas de la Superintendencia Nacional de Salud constituyen actos administrativos de carácter general mediante los cuales se imparten instrucciones, criterios y lineamientos dirigidos a los sujetos vigilados para facilitar el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias aplicables al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En tal sentido, tienen carácter obligatorio para las entidades vigiladas en cuanto desarrollan las competencias de inspección, vigilancia y control atribuidas a la Superintendencia, sin que puedan crear obligaciones diferentes o superiores a las establecidas en la ley. Su inobservancia puede ser valorada por la Superintendencia en el ejercicio de sus funciones de supervisión y, de ser procedente, dar lugar a las acciones administrativas correspondientes.

3.«*¿Dónde puede consultarse el compendio normativo y de conceptos actualizados de la entidad?»* (Sic)

Respuesta: La Superintendencia Nacional de Salud pone a disposición de los ciudadanos y demás grupos de interés el compendio normativo y de conceptos institucionales a través de su Normograma, el cual puede ser consultado en el siguiente enlace: https://www.supersalud.gov.co/es-co/normatividad/normograma

4. *«¿Qué mecanismo existe para provocar la unificación de criterio cuando dos conceptos resultan contradictorios?»* (Sic)

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Respuesta: Cuando se advierta la existencia de dos conceptos con criterios aparentemente contradictorios, correspondería a la Dirección Jurídica, en ejercicio de sus funciones de orientación y asesoría jurídica, evaluar los fundamentos normativos, jurisprudenciales y doctrinales que sustentan cada posición, con el fin de determinar si efectivamente existe una divergencia interpretativa y, de ser procedente, emitir las directrices, precisiones o conceptos que permitan garantizar la coherencia jurídica institucional y la aplicación uniforme de las disposiciones normativas.

Lo anterior resultaría concordante con el deber de las autoridades de aplicar de manera uniforme las normas frente a situaciones que presenten los mismos supuestos fácticos y jurídicos, conforme a lo previsto en el artículo 10 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA).

En todo caso, debe tenerse presente que los conceptos emitidos en ejercicio del derecho de petición tienen el alcance previsto en el artículo 28 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, por lo que constituyen orientaciones de carácter general y no son de obligatorio cumplimiento o ejecución.

5. ***«¿Cómo se delimita la competencia de la Superintendencia frente al Ministerio de Salud y Protección Social en materia de interpretación normativa?»*** (Sic)

Respuesta: La competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y del Ministerio de Salud y Protección Social en materia de interpretación normativa se delimita a partir de las funciones que la ley asigna a cada entidad. Mientras el Ministerio ejerce la función de dirección, formulación, adopción, orientación y regulación de las políticas públicas del sector salud, la Superintendencia desarrolla funciones de inspección, vigilancia y control respecto de los actores vigilados del SGSSS.

6. ***«¿Cómo se delimita su competencia frente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud?»*** *(Sic)*

Respuesta: La competencia de la Superintendencia Nacional de Salud frente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) se delimita a partir de las funciones que el ordenamiento jurídico asigna a cada entidad dentro del SGSSS.

La ADRES es una entidad de naturaleza especial de la orden nacional adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, encargada de la administración y gestión de los recursos del SGSSS, así como del desarrollo de las funciones que le han sido atribuidas por la ley y los reglamentos. Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud ejerce funciones de inspección, vigilancia y control respecto de los diferentes actores del sistema, en los términos previstos en la normativa vigente.

7. ***«¿Qué asuntos de salud corresponden a la Superintendencia de Industria y Comercio en su condición de autoridad de protección al consumidor?»*** (Sic)

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Respuesta: Las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud se circunscriben al ejercicio de las competencias de inspección, vigilancia y control sobre los actores del SGSSS y demás sujetos vigilados, en los términos previstos por el ordenamiento jurídico vigente. En consecuencia, esta Entidad carece de competencia para interpretar de manera oficial o definir el ámbito material de actuación de la Superintendencia de Industria y Comercio, así como para determinar cuáles asuntos relacionados con la protección al consumidor son de su conocimiento.

8. ***«¿Qué competencia conserva la entidad sobre los regímenes especiales y de excepción en salud?»*** (Sic)

Respuesta: La Superintendencia Nacional de Salud conserva competencias de inspección, vigilancia y control respecto de los regímenes especiales y de excepción en salud en aquellos aspectos que la ley ha sometido expresamente a su supervisión, particularmente en lo relacionado con la protección de los derechos de los usuarios y la garantía en la prestación de los servicios de salud. No obstante, el ejercicio de dichas competencias debe armonizarse con el régimen jurídico especial que gobierna a cada uno de estos sistemas, sin que ello implique la facultad de intervenir en asuntos que el legislador haya reservado a su autonomía administrativa, financiera u operativa.

9. ***«¿Qué competencia tiene la entidad sobre las entidades territoriales en su condición de responsable de la población no afiliada?»*** (Sic)

Respuesta: Las entidades territoriales, en el marco de las competencias asignadas por la ley, tienen responsabilidades en la garantía de la atención en salud de la población no afiliada y en la gestión de los recursos destinados a la financiación de los servicios de salud a su cargo. En relación con dichas funciones, la Superintendencia Nacional de Salud ejerce las competencias de inspección, vigilancia y control que le han sido atribuidas por el ordenamiento jurídico.

En ese sentido, la Superintendencia puede verificar el cumplimiento de las obligaciones legales y reglamentarias a cargo de los departamentos, distritos y municipios en materia de acceso, oportunidad, continuidad y calidad de los servicios de salud de la población no afiliada, así como el adecuado cumplimiento de las responsabilidades que les correspondan dentro del SGSSS.

Igualmente, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, la entidad puede adelantar las actuaciones administrativas a que haya lugar cuando identifique presuntos incumplimientos de las obligaciones a cargo de las entidades territoriales, siempre dentro del ámbito de las competencias que le han sido conferidas por la ley.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud no sustituye las competencias de dirección, administración y gestión que corresponden a las entidades territoriales ni asume las funciones que la Constitución y la ley les asignan en materia de salud. Su intervención se circunscribe a las facultades de supervisión, seguimiento y control previstas en la normativa vigente.

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

En consecuencia, frente a las entidades territoriales en su condición de responsables de la atención de la población no afiliada, la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud consiste en ejercer funciones de inspección, vigilancia y control sobre el cumplimiento de sus obligaciones legales, con el fin de promover la garantía efectiva del derecho a la salud y la adecuada prestación de los servicios a dicha población.

10. «*¿Qué competencia tiene sobre las empresas de medicina prepagada, los planes complementarios y las pólizas de salud?*» (Sic)

Respuesta: La Superintendencia Nacional de Salud ejerce funciones de inspección, vigilancia y control respecto de las entidades que operan planes voluntarios de salud, incluidas las empresas de medicina prepagada, así como sobre los demás actores sometidos a su supervisión en relación con la prestación de estos servicios.

En tal sentido, la Superintendencia es competente para verificar el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias que regulan la operación, comercialización y ejecución de los planes de medicina prepagada y de los planes complementarios de salud, así como para proteger los derechos de los usuarios y adelantar las actuaciones administrativas que resulten procedentes dentro del ámbito de sus funciones.

Respecto de los planes complementarios de salud, la competencia de la Superintendencia comprende la vigilancia del cumplimiento de las condiciones bajo las cuales estos son ofrecidos y ejecutados, así como la observancia de las normas que regulan la relación entre las entidades responsables y sus usuarios.

En cuanto a las pólizas de salud, es necesario precisar que su vigilancia puede involucrar competencias de otras autoridades. En particular, los aspectos relacionados con la actividad y las entidades aseguradoras se encuentran sometidos a la supervisión de la Superintendencia Financiera de Colombia, mientras que la Superintendencia Nacional de Salud conserva las competencias que le atribuye la ley respecto de la garantía de los derechos de los usuarios y de los asuntos que se encuentren dentro de su ámbito de inspección, vigilancia y control en materia de salud.

En consecuencia, la delimitación de competencias dependerá de la naturaleza del asunto consultado. Cuando se trate de aspectos propios de la actividad aseguradora, financieros o contractuales de las pólizas de salud, la competencia podrá corresponder a la autoridad de supervisión financiera; mientras que, cuando se relacionen con la garantía de la atención en salud o con las funciones legalmente atribuidas a la Superintendencia Nacional de Salud, corresponderá a esta última actuar dentro del marco de sus competencias.

11. *«¿Qué competencia tiene sobre las administradoras de riesgos laborales en la prestación de servicios de salud?»* (Sic)

Respuesta: La Superintendencia Nacional de Salud ejerce funciones de inspección, vigilancia y control sobre las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) en aquellos

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

aspectos relacionados con la garantía, acceso, oportunidad, continuidad, pertinencia y calidad de los servicios de salud que deban suministrarse a los afiliados como consecuencia de accidentes de trabajo o enfermedades laborales, de conformidad con las competencias que le atribuye el ordenamiento jurídico.

En ese sentido, la Superintendencia puede verificar el cumplimiento de las obligaciones que corresponden a las ARL en materia de prestación de servicios de salud, atención de los usuarios y garantía efectiva del derecho a la salud, así como adelantar las actuaciones administrativas a que haya lugar frente a posibles incumplimientos dentro del ámbito de sus competencias.

No obstante, debe precisarse que el Sistema General de Riesgos Laborales cuenta con autoridades que ejercen competencias específicas en relación con la afiliación, cobertura, reconocimiento de prestaciones económicas, calificación del origen de contingencias y demás aspectos propios de dicho sistema. Por ello, la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud se circunscribe a los asuntos relacionados con la prestación de los servicios de salud y la protección de los derechos de los usuarios, sin perjuicio de las atribuciones conferidas a otras entidades por la normativa vigente.

En consecuencia, cuando una consulta se relacione con la prestación de servicios de salud a cargo de una ARL, la Superintendencia Nacional de Salud podrá intervenir dentro del marco de sus funciones de inspección, vigilancia y control; sin embargo, si el asunto corresponde a materias propias del Sistema General de Riesgos Laborales que hayan sido atribuidas a otras autoridades, la competencia recaerá en la entidad legalmente facultada para conocer del respectivo asunto.

12. ***«¿Cómo se articula la entidad con la Superintendencia Financiera cuando la vigilancia es también una entidad financiera o aseguradora?»*** (Sic)

Respuesta: La articulación entre la Superintendencia Nacional de Salud y la Superintendencia Financiera de Colombia se fundamenta en los principios de coordinación, colaboración y concurrencia administrativa, con el fin de garantizar el adecuado ejercicio de las competencias asignadas a cada entidad cuando un mismo sujeto se encuentra sometido a la supervisión de ambas autoridades.

En este contexto, la Superintendencia Nacional de Salud ejerce las funciones de inspección, vigilancia y control relacionadas con la prestación de los servicios de salud, la protección de los derechos de los usuarios, el aseguramiento en salud y el cumplimiento de las obligaciones propias del SGSSS. Por su parte, la Superintendencia Financiera de Colombia ejerce la supervisión sobre los aspectos financieros, patrimoniales, contables, de solvencia, administración de riesgos y demás materias propias de la actividad aseguradora y financiera.

En consecuencia, cuando la entidad vigilada tiene simultáneamente la condición de actor del sistema de salud y de entidad financiera o aseguradora, cada Superintendencia actúa dentro del ámbito de las competencias atribuidas por la ley, sin perjuicio de los mecanismos

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

de coordinación e intercambio de información que resulten necesarios para el cumplimiento de sus funciones.

13. ***«¿Cuál es el término que la entidad aplica a las consultas del artículo 14 numeral 3.° del CPACA y cómo procede cuando debe acudir al parágrafo de esa norma?»*** (Sic)

Respuesta: De conformidad con el numeral 3 del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, las peticiones mediante las cuales se formulen consultas a las autoridades deben resolverse dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción.

En consecuencia, la Superintendencia Nacional de Salud aplica dicho término legal para atender y responder las consultas que presenten los ciudadanos sobre materias relacionadas con sus competencias.

En ese sentido, cuando excepcionalmente no fuere posible resolver la consulta dentro del término previsto en la ley, la entidad procede conforme a lo establecido en el parágrafo del artículo 14 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, informando al interesado, antes del vencimiento del término inicialmente aplicable, las razones que impiden emitir una respuesta oportuna y señalando el plazo razonable en el que se dará respuesta definitiva, el cual deberá ser proporcional a la complejidad del asunto planteado.

En todo caso, las respuestas emitidas a las consultas tienen el alcance previsto en el artículo 28 del mismo Código, por lo que constituyen orientaciones de carácter general y abstracto y no son de obligatorio cumplimiento o ejecución**.**

14. ***«¿Cuenta la entidad con sedes o canales de atención regionales y cómo se radican actuaciones desde municipios distintos de Bogotá?»*** (Sic)

Respuesta: La Superintendencia Nacional de Salud dispone de diversos canales de atención para que los ciudadanos, sin distinción alguna, puedan presentar peticiones, quejas, reclamos, denuncias y demás solicitudes relacionadas con el SGSSS, así:

1. **Formulario *web* para la radicación de PQRD**, disponible las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, a través del enlace: https://www.supersalud.gov.co/es-co/atencion-ciudadano/pqrd**.**

2. **Chat de la Superintendencia Nacional de Salud**, disponible las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, a través del enlace: https://chatpqrdsuperargo.supersalud.gov.co/.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

3. **Línea telefónica de atención**, habilitada de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. y los sábados de 7:00 a. m. a 3:00 p. m, a través de los siguientes números telefónicos:

   Línea gratuita nacional: 01 8000 513 700

   Bogotá D.C.: +57 601 483 7000

4. **Servicio de videollamada**, disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. y los sábados de 7:00 a. m. a 3:00 p. m, a través del enlace: https://portalos.outsourcing.com.co:9622/.

5. **Puntos de atención presencial y sedes regionales** de la Superintendencia Nacional de Salud:

- **Sede Insular / a cargo de la sede principal de la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social:**

  Dirección: K3A N.º 3-12 Avenida La Jaiba San Andrés.
  Horario de atención: Lunes a viernes 8:00 a.m. a 1:00 p.m. 2:00 p.m. a 5:00 p.m.

- **Dirección Regional Andina:**

  Dirección: M2. edificio Hotel BH, Carrera 43A N.° 9 sur 36, Zona El Poblado, Los Balsos. Antioquia, Medellín.

  Horario de atención: lunes a viernes 8:00 a. m. a 4:00 p. m. jornada continua

- **Dirección Regional Caribe:**

  Dirección: Carrera 14 N.° 14B-38, Riohacha.
  Horario de atención: lunes a viernes 8:00 a. m. a 4:00 p. m. jornada continua

- **Dirección Regional Chocó**

  Dirección: Calle 26 N.° 10-10, Avenida Alameda. Chocó, Quibdó.
  Horario de atención: lunes a viernes 8:00 a. m. a 4:00 p. m. jornada continua

- **Dirección Regional Nororiental**

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Dirección: Carrera 29 N.º 48-08 Santander, Bucaramanga.
Horario de atención: lunes a viernes 8:00 a. m. a 4:00 p. m. jornada continua

- **Dirección Regional Norte**

  Dirección: Carrera 54 N.º 72-180 Avenida 11 de noviembre. Atlántico, Barranquilla.
  Horario de atención: lunes a viernes 8:00 a. m. a 4:00 p. m. jornada continua

- **Dirección Regional Occidental**

  Dirección: Calle 24 Norte N.º 5C-47 Valle del Cauca, Santiago de Cali.
  Horario de atención: lunes a viernes 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

- **Sede Agualongo / adscrita a la Regional Occidental**

  Dirección: Calle 18 N.º 41-54 Nariño, Pasto.
  Horario de atención: lunes a viernes 8:00 a. m. a 4:00 p. m. jornada continua

- **Dirección Regional Orinoquía**

  Dirección: Carrera 22 N.º 8-64, centro Edificio Royal, Piso 3. Casanare, Yopal.
  Horario de atención: lunes a viernes 8:00 a. m. a 4:00 p. m. jornada continua

- **Dirección Regional Sur**

  Dirección: Calle 8 N.º 8-91 local 101. Huila, Neiva.
  Horario de atención: lunes a viernes 8:00 a. m. a 4:00 p. m. jornada continua

- **Recibo de correspondencia**

  Dirección: Carrera 68A N.º 24B-10, corre 3, edificio Plaza Claro, Piso 4.
  Horario de atención: lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m. jornada Continua.

6. **Línea gratuita nacional 01 8000 513 700**, disponible las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana.

4.2 BLOQUE B. PROTECCIÓN AL USUARIO, PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

15. ***«¿Cuál es el término legal para que una entidad promotora de salud responda una petición, queja o reclamo de un usuario?»*** (Sic)

Respuesta: De conformidad con las disposiciones que regulan el derecho fundamental de petición, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deben dar respuesta a las peticiones, quejas, reclamos o solicitudes presentadas por los usuarios dentro de los términos previstos en la ley, los cuales varían según la naturaleza de la petición.

En particular, el artículo 14 de la Ley 1437 de 2011 que fue sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 establece que, salvo norma especial, las peticiones de interés general o particular deben resolverse dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción; las solicitudes de información y documentos dentro de los diez (10) días hábiles; y las consultas dentro de los treinta (30) días hábiles.

Ahora bien, cuando la petición, queja o reclamo esté relacionada con la garantía de los servicios de salud, las EPS deben atenderla de manera oportuna y conforme a las disposiciones especiales que regulan la materia, en atención a la naturaleza fundamental del derecho a la salud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley 1437 de 2011.

En consecuencia, como regla general, una EPS cuenta con un término de quince (15) días hábiles para responder las peticiones y reclamaciones de los usuarios, salvo que una norma especial establezca un plazo diferente según el tipo de solicitud presentada.

Finalmente, la determinación del término aplicable en cada caso particular exige analizar el contenido y finalidad de la solicitud, así como las disposiciones especiales que regulen el trámite correspondiente en materia de salud.

16. ***«¿Qué diferencia existe entre el trámite de una petición ante la entidad promotora y el de una queja ante la Superintendencia?»*** (Sic)

Respuesta: La principal diferencia entre una petición presentada ante una EPS y una queja radicada ante la Superintendencia Nacional de Salud radica en la finalidad del trámite, la competencia de cada entidad y los efectos de la actuación administrativa.

La petición, queja o reclamo presentada ante la EPS constituye un mecanismo mediante el cual el usuario solicita directamente al responsable de garantizar la prestación de los servicios de salud la atención, aclaración, reconocimiento o solución de una situación particular relacionada con sus derechos, afiliación, autorizaciones, prestación de servicios, entrega de tecnologías en salud o cualquier otra materia de su competencia. En estos casos, corresponde a la EPS analizar los hechos planteados y emitir una respuesta de fondo dentro de los términos legalmente establecidos.

Por su parte, la queja presentada ante la Superintendencia Nacional de Salud tiene como propósito poner en conocimiento de la autoridad de inspección, vigilancia y control una posible vulneración de derechos, incumplimiento normativo o deficiencia en la prestación de los servicios de salud por parte de una entidad vigilada. En ejercicio de sus

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

competencias, la Superintendencia puede adelantar las actuaciones que correspondan dentro del ámbito de sus funciones de protección al usuario y de inspección, vigilancia y control.

En consecuencia, mientras que la EPS es la llamada a resolver de manera directa la solicitud o inconformidad relacionada con la prestación del servicio de salud, la Superintendencia Nacional de Salud interviene como autoridad de supervisión para verificar el cumplimiento de las obligaciones legales de los vigilados y adoptar las medidas que resulten procedentes dentro del marco de sus competencias. Por ello, la presentación de una queja ante la Superintendencia no sustituye, en principio, la obligación de la EPS de atender y resolver las solicitudes que le corresponden, ni convierte a la Superintendencia en prestadora o aseguradora de servicios de salud.

Finalmente, la actuación de la Superintendencia Nacional de Salud se encuentra orientada a la protección de los derechos de los usuarios y al ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, mientras que la respuesta de fondo frente a la prestación del servicio, cuando esta corresponde a las competencias de aseguramiento, recae principalmente en la entidad responsable de garantizarlo.

17. «***¿Debe el usuario agotar la reclamación ante la entidad promotora antes de acudir a la Superintendencia?»*** (Sic)

Respuesta: No existe una regla general que imponga al usuario el deber de agotar previamente una reclamación ante la EPS como requisito de procedibilidad para acudir ante la Superintendencia Nacional de Salud. Sin embargo, debido a que las EPS son las responsables directas del aseguramiento y de la garantía de la prestación de los servicios de salud a sus afiliados, resulta oportuno que, en primera instancia, conozcan y tramiten las solicitudes, peticiones quejas o reclamos relacionados con asuntos que se encuentren dentro de su competencia.

En este sentido, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, puede conocer situaciones que involucren presuntas vulneraciones al derecho a la salud o posibles incumplimientos por parte de sus vigilados, sin perjuicio de las actuaciones que se deban adelantar directamente ante las EPS responsables de la prestación o garantía de los servicios de salud.

Por tanto, la presentación de una reclamación ante la EPS y la formulación de una queja ante la Superintendencia Nacional de Salud constituyen actuaciones con finalidades diferentes y complementarias, orientadas respectivamente a la solución directa de la situación planteada y al ejercicio de las funciones de supervisión y protección de los derechos de los usuarios por parte de la autoridad competente.

18. «***¿Cuál es el término de la Superintendencia para resolver una queja de un usuario y qué respuesta recibe este?»*** (Sic)

Respuesta: La Superintendencia Nacional de Salud no cuenta con un término único y general para resolver las quejas presentadas por los usuarios, dado que el tiempo de

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

atención depende de la naturaleza del asunto, de las actuaciones que deban adelantarse y de las competencias que correspondan ejercer en caso concreto.

Es así como, cuando un usuario presenta una queja ante la Superintendencia Nacional de Salud, esta realiza el análisis de los hechos expuestos y determina el trámite dentro del marco de sus funciones de inspección, vigilancia y control. Como resultado de dicha actuación, el usuario, recibe una respuesta en la que se le informa la gestión adelantada por la Entidad, las actuaciones realizadas frente al vigilado o las razones por las cuales no es posible acceder a lo solicitado según corresponda.

19. ***«¿Qué ocurre cuando la entidad vigilada no responde el requerimiento de la Superintendencia?»*** (Sic)

Respuesta: Cuando la entidad vigilada no atiende, omite responder o responde de manera incompleta a los requerimientos hechos por la Superintendencia Nacional de Salud, puede incurrir en el incumplimiento a sus deberes de legales, lo que faculta a la Entidad para adelantar las actuaciones administrativas correspondientes y, de ser procedente, ejercer potestades sancionatorias.

En ese sentido, la falta de atención de los requerimientos efectuados por la Superintendencia, pueden constituir una infracción al régimen de inspección, vigilancia y control y dar lugar al inicio de actuaciones administrativas tendientes a establecer la existencia de responsabilidades y a la eventual imposición de las medidas o sanciones previstas en la Ley. Particularmente, en el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019, en el cual reconoce a la Superintendencia Nacional de Salud las facultades sancionatorias frente a los sujetos vigilados que incumplan las instrucciones u órdenes impartidas por la Entidad o infrinjan las normas que regulan el SGSSS.

En consecuencia, la procedencia de una medida específica deberá analizarse en cada caso concreto, atendiendo a las circunstancias particulares del incumplimiento, la naturaleza de la información solicitada y las disposiciones normativas aplicables.

20. ***«¿Qué mecanismos de seguimiento existen para verificar que la entidad cumplió lo comprometido ante la Superintendencia?»*** [sic]

Respuesta: La Superintendencia verifica el cumplimiento de los compromisos asumidos por las entidades vigiladas mediante la revisión de los soportes de gestión allegados, la formulación de requerimientos de seguimiento y la validación directa con el usuario, principalmente a través de contacto telefónico, con el fin de establecer si la respuesta fue efectiva y resolvió de fondo la situación objeto de reclamación. Estas actuaciones se desarrollan en el marco de las funciones de inspección, vigilancia y control y de protección de los derechos de los usuarios del sistema de salud.

Cuando se verifica que la entidad brindó una respuesta de fondo y el usuario confirma la solución de la situación reportada, se procede al cierre del caso. Si la entidad no atiende los requerimientos efectuados por la Superintendencia, el asunto se remite a la Dirección

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

de Investigaciones Administrativas para que, en el ámbito de sus competencias, evalúe el inicio de las actuaciones administrativas correspondientes. Por su parte, cuando la entidad emite una respuesta que no resuelve de fondo la problemática planteada, se realiza la reapertura del caso y se efectúa una nueva gestión de seguimiento; adicionalmente, se verifica el cumplimiento de los términos aplicables y, de evidenciarse su vencimiento o posibles incumplimientos por parte del vigilado, el asunto se pone en conocimiento de la Dirección de Investigaciones Administrativas para lo de su competencia.

En consecuencia, la respuesta que recibe el usuario consiste en la comunicación de las actuaciones de seguimiento realizadas por la Dirección de Protección al Usuario, de las gestiones efectuadas ante el vigilado y de los resultados obtenidos durante la intervención de la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con las competencias que le atribuye el ordenamiento jurídico.

21. «*¿Qué canales están habilitados para radicar quejas y cuál es el canal preferente para situaciones de riesgo vital?*» (Sic)

Respuesta: Los usuarios pueden radicar sus peticiones, quejas, reclamos y denuncias a través de los diferentes canales de atención habilitados por la Superintendencia Nacional de Salud, relacionados en respuesta a la inquietud No. 14, sin que exista un canal exclusivo o preferente para la atención de situaciones de riesgo vital.

La condición de riesgo vital no depende del canal utilizado por el usuario para presentar la reclamación, sino de la evaluación y clasificación que realiza internamente la Superintendencia Nacional de Salud, con fundamento en los criterios establecidos para este tipo de reclamos. En este sentido, una vez recibida la solicitud, la entidad analiza los hechos expuestos y determina si corresponde a un reclamo simple, de riesgo priorizado o de riesgo vital, de conformidad con los lineamientos definidos en la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, especialmente las incorporadas mediante la Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023 y Circular Externa 2026151000000007-5 de 2026.

En consecuencia, los canales habilitados resultan idóneos para la radicación de una reclamación; la priorización y gestión diferencial por riesgo se realiza con posterioridad por parte de la Superintendencia, atendiendo las circunstancias particulares del caso y el nivel de afectación o riesgo identificado para el usuario.

22. *«¿Cómo opera el trámite de atención prioritaria cuándo está en riesgo la vida o la integridad del usuario»* (Sic)

Respuesta: Cuando la Superintendencia Nacional de Salud identifica que una reclamación corresponde a un reclamo con riesgo vital, se activa un trámite de atención prioritaria orientado a garantizar la protección inmediata de la vida, la integridad y la salud del usuario. Para ello, el caso es clasificado y distribuido para su gestión urgente, verificándose inicialmente la información registrada en el sistema de PQRD mediante contacto telefónico con el afectado o peticionario, con el fin de validar los hechos reportados, complementar la información cuando sea necesario y mantener comunicación permanente durante toda la gestión del caso.

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Posteriormente, el reclamo es escalado de manera inmediata al sujeto vigilado competente, requiriéndole la adopción de las acciones necesarias para garantizar la prestación efectiva del servicio de salud, la eliminación de barreras de acceso y la solución de fondo de la situación reportada. Cuando las circunstancias del caso lo ameriten, también se establece contacto directo con el prestador de servicios de salud involucrado para obtener información adicional y promover la atención inmediata del usuario. De conformidad con el numeral 3.3.2.3 de la Circular Externa 047 de 2007, modificado por la Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023, los reclamos clasificados como de riesgo vital deben resolverse de manera inmediata y, en todo caso, dentro de un término máximo de veinticuatro (24) horas, y en lo que refiere a la Circular Externa 2026151000000007-5 de 2026, se establece en la instrucción tercera que los reclamos de riesgo vital en salud relacionados con niños, niñas y adolescentes con riesgo vital, deberán ser gestionados y resueltos con carácter prioritario e inmediato, de fondo sin que el término supere un máximo de ocho (8) horas contadas a partir de la fecha de radicación.

Si el sujeto vigilado acredita la adopción de las medidas requeridas y se verifica, preferentemente mediante contacto con el usuario o peticionario, que la atención fue garantizada y la situación solucionada, se procede al cierre del reclamo. Cuando no sea posible establecer comunicación con el afectado o peticionario, y este tampoco informe la persistencia de la problemática dentro de los términos establecidos para el seguimiento, la respuesta suministrada por el vigilado podrá ser validada para efectos del cierre de la actuación.

Por el contrario, cuando la respuesta del vigilado resulte insuficiente o no resuelva de fondo la situación que originó el reclamo, la Superintendencia realiza nuevos requerimientos encaminados a obtener el cumplimiento efectivo de las obligaciones a cargo del vigilado, precisando las acciones que deben adoptarse y los plazos para su materialización. Adicionalmente, cuando se evidencien presuntos incumplimientos, barreras administrativas de acceso a los servicios de salud o conductas susceptibles de investigación, el caso se remite a la Delegatura de Investigaciones Administrativas para que adelante las actuaciones de su competencia.

Finalmente, en aquellos eventos en que la gravedad de los hechos o el riesgo para los derechos de los usuarios lo justifique, la Superintendencia Nacional de Salud podrá evaluar la procedencia de medidas cautelares de carácter preventivo, de conformidad con sus facultades de inspección, vigilancia y control, con el propósito de evitar la consumación o prolongación de una afectación al derecho fundamental a la salud.

23. ***«¿Qué papel cumple el defensor del usuario en salud y como se accede a él?»*** (Sic)

Respuesta: La Ley 1122 de 2007, artículo 42, establece: "*Defensor del Usuario en salud. Créase la figura del defensor del usuario en salud que dependerá de la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Defensoría del Pueblo. Su función será la de ser vocero de los afiliados ante las respectivas EPS en cada departamento o en el Distrito*

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud."

A través de la vocería, el Defensor del usuario en salud se encarga principalmente de orientar a los usuarios sobre sus derechos y deberes en salud, recibir, analizar y gestionar las quejas relacionadas con barreras de acceso, oportunidad, calidad o continuidad de los servicios, actuar como mediador entre el usuario y la EPS para buscar soluciones oportunas, promover la participación ciudadana y la defensa de los derechos en salud e identificar problemas recurrentes que afecten a los afiliados y formular recomendaciones de mejora a las EPS.

Al tratarse de una figura, se desempeña a través de sistemas o mecanismos de atención al usuario dispuestos por los diferentes actores, por ejemplo, el Servicio de Atención a la Comunidad (SAC), el cual es operado por las alcaldías y secretarías de salud municipales o departamentales para orientar al ciudadano y gestionar conflictos de acceso en su territorio, el Sistema de Información y Atención a los Usuarios (SIAU), que ofrecen las EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios Salud (IPS), la Defensoría del Pueblo y Personerías, quienes pueden brindar acompañamiento directo y asesoría jurídica cuando existe vulneración del derecho fundamental a la salud, entre otros.

Para acceder a dicha figura, existen múltiples canales, de acuerdo con la naturaleza del requerimiento, entre ellos:

- Canales de atención presenciales y no presenciales de las EPS e IPS.
- Canales de atención territoriales en las alcaldías y secretarías de salud locales.
- Canales de atención de la Supersalud, en caso de que la entidad en primera instancia no resuelva el problema.
- Defensoría del Pueblo y Personerías.
- Mecanismos de participación social definidos por cada entidad.

24. ***«¿Es obligatorio para las entidades promotoras contar con [un] defensor del usuario y qué control ejerce la superintendencia?»*** (Sic)

Respuesta: La normatividad expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud establece la obligación de las EPS de implementar mecanismos efectivos para la defensa y protección de los derechos de los usuarios, entre los cuales se encuentra inmersa la figura del Defensor del Usuario en Salud. Las EPS deben garantizar la operación de este mecanismo y facilitar el acceso de los afiliados a sus servicios de orientación y trámite. Asimismo, la Superintendencia ejerce funciones de inspección, vigilancia y control sobre las EPS para verificar que:

- Dichos mecanismos se implementen y se mantengan operativos.
- Las EPS promuevan medidas de divulgación dirigidas a que los usuarios conozcan y puedan acceder efectivamente.
- Se atiendan y gestionen adecuadamente las peticiones, quejas, reclamos, denuncias y sugerencias.
- Se adopten acciones de mejora derivadas de las situaciones identificadas.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Cuando la Superintendencia evidencia incumplimientos relacionados con la protección de los usuarios, la garantía del derecho fundamental a la salud o la ausencia de mecanismos efectivos de atención y defensa del usuario, puede adelantar actuaciones administrativas y aplicar las medidas o sanciones previstas en la ley.

25. **«*¿Qué obligaciones de información tienen las entidades frente al usuario sobre la red de prestadores disponible?»*** (Sic)

Respuesta: Las entidades responsables del aseguramiento en salud deben informar a los usuarios, de manera clara, suficiente y actualizada, los prestadores que conforman su red de servicios, los servicios disponibles, su ubicación y los mecanismos de acceso a la atención. Igualmente, deben mantener actualizada esta información y comunicar oportunamente en sus canales de atención cualquier modificación que pueda afectar la prestación de los servicios. El incumplimiento de estas obligaciones puede constituir una barrera de acceso y dar lugar a actuaciones de inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

26. **«*¿Qué ocurre cuando la entidad promotora no cuenta con red habilitada en el municipio de residencia del usuario?»*** (Sic)

Respuesta: La inexistencia de una red de prestadores habilitada en el municipio de residencia del usuario no exonera a la EPS de su obligación de garantizar el acceso efectivo, oportuno, continuo e integral a los servicios de salud requeridos por sus afiliados. En estos casos, la entidad deberá gestionar la atención a través de prestadores habilitados de su red o de prestadores alternos disponibles, realizar las remisiones que correspondan, coordinar los procesos de referencia y contrarreferencia y adoptar las medidas necesarias para garantizar la prestación efectiva e ininterrumpida de los servicios de salud requeridos por el usuario.

En consecuencia, deberá informar y orientar oportunamente al afiliado sobre el prestador al cual debe acudir, asegurando que la ausencia de oferta en el municipio de residencia no se constituya en una barrera de acceso al derecho fundamental a la salud.

27. **«*¿Qué derechos tiene el usuario frente al traslado a otro municipio para recibir atención y quién asume los costos?»*** (Sic)

Respuesta: La procedencia del reconocimiento o suministro de apoyos asociados al transporte, alojamiento y alimentación debe evaluarse en cada caso concreto, atendiendo las condiciones particulares del usuario, el marco normativo aplicable, las competencias de los diferentes actores del SGSSS y los criterios jurisprudenciales fijados por la Corte Constitucional, en especial los desarrollados en la Sentencia SU-508 de 2020.

Así las cosas, frente a cada uno de los apoyos asociados al transporte, alojamiento y alimentación, la Corte Constitucional fijó los siguientes criterios de análisis para su eventual reconocimiento:

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

1. **Transporte del paciente**

La Corte reiteró que, aunque el transporte no constituye un servicio médico en sí mismo, puede convertirse en un elemento indispensable para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud. Por ello, la EPS debe asumirlo cuando se verifique que:

- El servicio de salud requerido es necesario para la atención del paciente.
- El paciente necesita desplazarse para acceder a dicho servicio.
- El usuario y su núcleo familiar carecen de capacidad económica para sufragar el traslado.
- La falta del transporte compromete o pone en riesgo la vida, la salud, la recuperación o la integridad del paciente.

2. **Transporte del acompañante**

En el caso del transporte intramunicipal o urbano, la Corte precisó que procede excepcionalmente cuando exista necesidad médica, insuficiencia económica y riesgo para los derechos fundamentales del paciente.

La jurisprudencia también ha reconocido que, en determinados casos, la entidad responsable debe cubrir el transporte del acompañante. Para ello, deben acreditarse las siguientes circunstancias:

- El paciente depende de un tercero para movilizarse.
- Requiere asistencia permanente o apoyo continuo para garantizar su integridad física y su adecuada atención.
- El paciente y su familia no cuentan con recursos económicos suficientes para asumir el costo del traslado del acompañante.

3. Alimentación y alojamiento

Respecto de estos apoyos, la Corte reiteró que pueden ordenarse de manera excepcional cuando constituyen una condición necesaria para hacer efectivo el acceso al servicio de salud. Para ello debe verificarse:

- Que el paciente deba desplazarse a un lugar diferente al de su residencia para recibir la atención en salud.
- Que ni el paciente ni su familia cuenten con recursos económicos suficientes para sufragar los gastos de alimentación y hospedaje.
- Que la negativa de estos apoyos genere una barrera real para acceder al tratamiento o ponga en riesgo la vida, la salud o la integridad del paciente.
- En materia de alojamiento, que la atención médica, tratamiento o procedimiento exija una permanencia superior a un día o haga razonable la estadía en el lugar de atención.

La Corte Constitucional señaló que la procedencia del reconocimiento de apoyos asociados al transporte, alojamiento y alimentación debe analizarse en cada caso concreto,

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

atendiendo su necesidad para garantizar el acceso efectivo a los servicios y tecnologías en salud requeridos, la existencia de barreras de acceso y las condiciones particulares del usuario.

En tal sentido, dicho análisis busca asegurar la materialización del derecho fundamental a la salud mediante la eliminación de obstáculos que puedan afectar el acceso oportuno, continuo y efectivo a la atención prescrita por el profesional tratante.

28. ***«¿En qué casos deben reconocerse gastos de transporte, alojamiento y acompañante, y cuál es el procedimiento?»*** (Sic)

Respuesta: El reconocimiento de gastos de transporte, alojamiento y acompañante debe evaluarse en cada caso particular, de acuerdo con las condiciones del usuario, la disponibilidad del servicio en su lugar de residencia y la necesidad de garantizar el acceso efectivo a la atención en salud. Su procedencia y trámite corresponden a la entidad responsable de garantizar la prestación de los servicios de salud, conforme a la normatividad vigente y a los criterios establecidos por la jurisprudencia constitucional, especialmente la Sentencia SU-508 de 2020.

29. ***«¿Qué reglas aplican al transporte de pacientes en zonas rurales dispersas y de difícil acceso?»*** (Sic)

Respuesta: De conformidad con los criterios fijados por la Corte Constitucional en la Sentencia SU-508 de 2020, el transporte constituye un medio necesario para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud y, aunque no corresponde a una prestación médica en sí misma, su ausencia puede convertirse en una barrera para la materialización del derecho fundamental a la salud. En este sentido, la garantía de accesibilidad prevista en el literal c) del artículo 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 exige adoptar las medidas necesarias para asegurar el acceso oportuno a los servicios requeridos.

En consecuencia, respecto de los pacientes ubicados en zonas rurales dispersas o de difícil acceso, no existe una regla especial uniforme aplicable a todos los casos. La procedencia de apoyos relacionados con transporte, alojamiento o acompañante debe analizarse de manera particular, atendiendo las condiciones del usuario, la disponibilidad de los servicios en su lugar de residencia, el marco normativo aplicable y las competencias de los actores del SGSSS.

Lo anterior, con el fin de evitar que las condiciones geográficas, económicas o de accesibilidad se constituyan en barreras para el acceso efectivo a los servicios y tecnologías en salud requeridos por el usuario.

30. ***«¿Qué obligaciones surgen frente a usuarios con discapacidad, adultos mayores y personas con enfermedades huérfanas?»*** (Sic)

Respuesta: Las personas con discapacidad, los adultos mayores y quienes padecen enfermedades huérfanas o raras gozan de una especial protección constitucional y legal, razón por la cual los actores del SGSSS deben adoptar las medidas necesarias para

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

garantizar un acceso efectivo, oportuno, continuo, integral y sin barreras a los servicios y tecnologías en salud que requieran.

En consecuencia, frente a estos grupos poblacionales, las entidades responsables de la atención en salud deben brindar un trato diferencial acorde con sus condiciones particulares, eliminar barreras de acceso, garantizar la continuidad de los tratamientos prescritos y coordinar las acciones necesarias para asegurar la prestación efectiva de los servicios requeridos, en el marco de los principios de accesibilidad, integralidad, continuidad y enfoque diferencial que orientan el derecho fundamental a la salud.

La determinación de las medidas específicas a adoptar deberá realizarse en cada caso concreto, atendiendo las condiciones clínicas, funcionales y socioeconómicas del usuario, así como las obligaciones que correspondan a los diferentes actores del SGSSS.

31. «*¿Qué protección especial reciben los niños, niñas y adolescentes en el acceso a los servicios de salud?*» (Sic)

Respuesta: Los niños, niñas y adolescentes son sujetos de especial protección constitucional. En materia de salud, esto implica que deben recibir atención prioritaria, integral, continua, oportuna y sin barreras administrativas, económicas o de cualquier otra índole que puedan afectar el acceso efectivo a los servicios y tecnologías en salud que requieran.

En desarrollo de estos principios, la Superintendencia Nacional de Salud, mediante la Circular Externa 2026151000000007-5 de 2026, impartió instrucciones para garantizar la protección de la salud de los niños, niñas y adolescentes con riesgo vital, reiterando la obligación de los actores del SGSSS de brindar atención prioritaria, eliminar barreras de acceso, asegurar la continuidad de los tratamientos y adoptar medidas inmediatas cuando exista riesgo para la vida o la integridad del menor. Asimismo, dispuso la gestión prioritaria de las reclamaciones relacionadas con estos casos y el seguimiento permanente a su atención.

En consecuencia, frente a los niños, niñas y adolescentes, los actores del Sistema deben aplicar un enfoque reforzado de protección que garantice el acceso efectivo a los servicios de salud, en cumplimiento del principio de prevalencia de sus derechos y de las medidas especiales previstas en la normativa vigente.

32. *«¿Qué reglas aplican a la atención de personas migrantes y de población en condición de vulnerabilidad?»* (Sic)

Respuesta: Las personas migrantes y la población en condición de vulnerabilidad gozan de especial protección constitucional y legal, por lo que los actores del SGSSS deben garantizar el acceso efectivo, oportuno y sin discriminación a los servicios de salud que les correspondan, de conformidad con su situación particular y el marco normativo aplicable.

En el caso de la población migrante, la atención en salud deberá brindarse conforme a las reglas definidas por la normativa vigente y a las competencias de las entidades

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

responsables, garantizando, en todo caso, la atención de urgencias y la protección reforzada de los sujetos de especial protección constitucional, tales como niños, niñas y adolescentes, mujeres gestantes, personas con discapacidad, adultos mayores y personas con enfermedades que impliquen una condición de especial vulnerabilidad. En este sentido, la Corte Constitucional ha reconocido que los extranjeros son titulares de derechos fundamentales y ha señalado que, cuando concurren circunstancias de vulnerabilidad, los actores del sistema deben adoptar medidas orientadas a garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, en aplicación de los principios de dignidad humana, igualdad y no discriminación.

Por su parte, frente a las personas en condición de vulnerabilidad, los actores del Sistema deben adoptar medidas diferenciales orientadas a eliminar barreras de acceso, promover la atención integral y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en observancia de los principios de igualdad, accesibilidad, continuidad, integralidad y enfoque diferencial previstos en la normativa vigente.

En consecuencia, la atención de estas poblaciones deberá evaluarse atendiendo las circunstancias particulares de cada caso, procurando que las condiciones sociales, económicas, geográficas, migratorias o de salud no se constituyan en obstáculos para el acceso efectivo a los servicios y tecnologías en salud requeridos.

33. «*¿Qué canales de atención debe disponer una entidad promotora y es válido exigir el uso exclusivo de canales digitales?*» (Sic)

Respuesta: De conformidad con lo dispuesto en la Circular Externa 008 de 2018, las EPS deben contar con un Sistema de Atención al Usuario, concebido como un proceso integral orientado a garantizar una atención adecuada, para lo cual deben implementar procedimientos, mecanismos, instrumentos, medios y canales que aseguren el cumplimiento de los principios de objetividad, oportunidad, accesibilidad y buen trato.

En desarrollo de esta obligación, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) e IPS deben disponer, como mínimo, de una oficina de atención al usuario para la atención personalizada en cada uno de los departamentos donde operen, así como de las oficinas adicionales que resulten necesarias para garantizar condiciones de atención digna y suficiente a sus afiliados y usuarios.

De igual manera, deben contar con una estrategia de atención multicanal, mediante la cual se facilite a los usuarios el acceso a información y orientación sobre los servicios de salud, así como la radicación, trámite y seguimiento de peticiones, quejas, reclamos, denuncias y demás solicitudes relacionadas con la prestación de los servicios.

En consecuencia, las entidades deberán disponer, como mínimo, de los siguientes mecanismos de atención:

a) Canal telefónico: Las EAPB e IPS deben contar con una línea local las 24 horas los 7 días de la semana.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

b) **Canal *Web*:** Las EAPB e IPS, deberán contar con una página *web* institucional que ofrezca a los usuarios la posibilidad de presentar sus peticiones, quejas y reclamos y hacer el correspondiente seguimiento de los mismos en tiempo real, así como la posibilidad de reportar y solicitar novedades al estado de su afiliación (traslado, portabilidad, movilidad, entre otros).

34. ***«¿Qué ocurre cuando el usuario no cuenta con acceso a medios digitales para radicar sus solicitudes?»*** (Sic)

Respuesta: De acuerdo con la Circular Externa 008 de 2018, las EPS deben contar con un Sistema de Atención al Usuario, concebido como un proceso integral orientado a garantizar una atención adecuada, para lo cual deben implementar procedimientos, mecanismos, instrumentos, medios y canales que aseguren el cumplimiento de los principios de objetividad, oportunidad, accesibilidad y buen trato.

En desarrollo de esta obligación, las entidades deben disponer, como mínimo, de una oficina de atención al usuario para la atención presencial y personalizada. En consecuencia, cuando los usuarios no cuenten con acceso a medios digitales para la radicación de sus solicitudes, pueden acudir a dichas oficinas de atención o hacer uso de los demás canales de atención habilitados por la entidad, a través de los cuales podrán presentar peticiones, quejas, reclamos y demás solicitudes relacionadas con la prestación de los servicios de salud.

4.3 BLOQUE C. FUNCIONES JURISDICCIONALES DE LA SUPERINTENDENCIA

35. ***«¿Cuál es hoy el ámbito de las funciones jurisdiccionales de la entidad conforme al artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por la Ley 1949 de 2019?»*** (Sic)

Respuesta: La Superintendencia Nacional de Salud, a través de la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, ejerce las funciones de un Juez de la República, en los términos del artículo 116 de la Constitución Política y las leyes que la desarrollan (Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011 y Ley 1949 de 2019). En ejercicio de esta competencia, resuelve controversias específicas del sector salud mediante la aplicación directa de la ley al caso concreto, con efectos equivalentes a una sentencia judicial.

36. ***«¿Qué asuntos concretos puede conocer la entidad en sede jurisdiccional y cuáles están excluidos?»*** (Sic)

Respuesta: El artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, establece que la Superintendencia Nacional de Salud puede conocer y fallar en derecho, entre otros, los siguientes asuntos:

a) Negación de servicios, tecnologías o procedimientos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, cuando dicha negativa ponga en riesgo o amenace la salud del usuario.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

b) Reconocimiento de gastos en que incurra el afiliado por atención de urgencias en Institución Prestadora de Salud (IPS) sin contrato con la Entidad Promotora de Salud (EPS), atención autorizada expresamente o por negativa injustificada de la EPS.
c) Conflictos derivados de la multiafiliación.
d) Controversias sobre libre elección de aseguradoras, prestadores o movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
e) Conflictos sobre servicios o tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios, salvo los excluidos de financiación.
f) Disputas relacionadas con glosas y devoluciones de facturas entre entidades del SGSSS.

La Superintendencia Nacional de Salud carece actualmente de competencia jurisdiccional para conocer y decidir controversias asociadas al reconocimiento y pago de prestaciones económicas cuando estas son reclamadas ante las EPS o los empleadores. Lo anterior, en virtud de las modificaciones introducidas por la Ley 1949 de 2019, mediante la cual se eliminaron las facultades jurisdiccionales de esta Superintendencia para conocer asuntos relacionados con prestaciones económicas del SGSSS, criterio que fue reiterado por la Corte Constitucional en el Auto 1008 de 2021.

37. . ¿Cómo opera la competencia a prevención entre la entidad y los jueces de tutela o los jueces ordinarios?» (Sic)

Respuesta:

1. **Entre la Supersalud y los Jueces Ordinarios**

Opera como una competencia concurrente y excluyente. El ciudadano tiene la libertad de elegir ante cuál de las dos autoridades interpone su demanda ordinaria.

Fundamento normativo: El artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 (modificado por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019) le otorga a la Supersalud facultades jurisdiccionales y de juez de la República para resolver en derecho diversos conflictos del SGSSS. A su vez, el artículo 24 del Código General del Proceso (CGP) establece que las funciones jurisdiccionales de las autoridades administrativas se ejercen a prevención.

Forma de operar: La autoridad que asuma primero el conocimiento del caso previene y excluye de forma definitiva a la otra. Si el usuario demanda ante el juez ordinario, la Supersalud pierde competencia sobre ese asunto; si demanda ante la Supersalud, el juez ordinario ya no puede conocer de él.

2. **Entre la Supersalud y los Jueces de Tutela**

No opera la competencia a prevención ni la exclusión, sino el principio de prevalencia de la Constitución Política sobre las normas legales (art. 4, superior), ni existe competencia concurrente.

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Fundamento normativo: El artículo 86 de la Constitución Política consagra la acción de tutela como un mecanismo preferente y sumario ante cualquier juez de la República.

Forma de operar: La función jurisdiccional de la Supersalud no desplaza ni elimina la competencia del juez de tutela. Si el derecho fundamental a la salud está en riesgo, el afectado puede acudir directamente al juez de tutela, cuya competencia constitucional siempre prevalecerá, pero opera de manera diferente cuando la petición o tutela del usuario está encaminada a materia de reconocimiento económico o el derecho a tutela es netamente económico , ahí el juez puede advertirle que por la naturaleza del asunto y la subsidiaridad de la tutela, existen otros mecanismos de defensa idóneos donde puede presentar su demanda ante la función jurisdiccional o un juez ordinario laboral.

38. ***«¿Puede el usuario escoger libremente entre la acción de tutela y la acción jurisdiccional ante la Superintendencia?*** (Sic)

Respuesta: La función jurisdiccional de la Supersalud no desplaza ni elimina la competencia del juez de tutela. Si el derecho fundamental a la salud está en riesgo, el afectado puede acudir directamente al juez de tutela, cuya competencia constitucional siempre prevalecerá, pero opera de manera diferente cuanto la petición o tutela del usuario está encaminada a materia de reconocimiento económico o el derecho a tutela es netamente económico, en este evento, el juez puede advertirle que, por la naturaleza del asunto y la subsidiaridad de la tutela, existen otros mecanismos de defensa idóneo donde puede presentar su demanda ante la función jurisdiccional o un juez ordinario laboral.

39. ***«¿Cuáles son los requisitos de la demanda ante la Superintendencia y qué anexos deben acompañarse?»*** (Sic)

Respuesta: La demanda podrá presentarse mediante memorial o cualquier otro medio de comunicación escrito, sin sujeción a formalidades especiales ni necesidad de autenticación, y no será necesario actuar por conducto de apoderado judicial, esto sin perjuicio de las normas vigentes en materia de representación y derecho de postulación.

En todo caso, la demanda deberá contener la información necesaria para identificar a las partes, exponer los hechos que fundamentan la controversia, formular las pretensiones e indicar los datos para efectos de notificación, así como acompañarse de los documentos que sustenten los hechos y las pretensiones, de acuerdo con la naturaleza de estas, así:

1. **Cobertura de servicios del Plan de Beneficios en Salud- PBS:**

- Copia de la historia clínica.
- Orden, fórmula o prescripción del médico tratante.
- Copia cédula de ciudadanía del paciente.
- Si es apoderado, poder debidamente conferido.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

- Si tiene MIPRES, adjuntarlo.

2. Reconocimiento económico de gastos en salud

- Copia legible y completa de la historia(s) clínica(s) elaborada por la(s) IPS donde fue atendido dentro de la red del asegurador o la(s) IPS particulares, relacionada(s) con los servicios médicos por la cual(es) reclama(n) los gastos objeto de reconocimiento económico.

- Orden, fórmula o prescripción del médico tratante.

- Copia legible y completa de la factura (s) y/o documentos que se asimilen donde conste el pago efectuado y que son materia de la demanda, teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 617 del Estatuto Tributario y el artículo 774 del Código de Comercio. Los soportes de pago deben estar a nombre de la parte interesada, demandante o quien acredite legitimación en la causa para acceder a la función jurisdiccional, en este caso, quien realizó los pagos por los conceptos mencionados.

- En el evento, de no coincidir la facturación a nombre del demandante, este deberá acreditarse como agente oficioso o a través de apoderado judicial con el poder debidamente conferido a un abogado titulado.

- Copia de las solicitudes radicadas ante la EPS o el asegurador en salud, por medio de las cuales requiere la autorización de servicios médicos objeto de reconocimiento económico.

- Copia de la respuesta de la EPS o asegurador en salud, acerca de la autorización de los servicios médicos reclamados y que son objeto de reconocimiento económico.

- Copia Cédula de ciudadanía

- Si es apoderado, poder debidamente conferido.

- Si el demandante es una persona jurídica deberá actuar a través de su Representante Legal y acreditar tal calidad con el certificado de existencia y representación legal expedido por la entidad competente actualizado.

- Para el caso de Consorcios o Uniones Temporales, los representantes y/o apoderados deberán acreditar que ostentan la capacidad de representar a cada uno de los miembros del Consorcio o Unión Temporal, así como la existencia de los integrantes

3. Conflictos de multiafiliación y/o libre elección- movilidad dentro del SGSSS

- Copia de solicitud de retiro de la EPS en que se encontraba inicialmente afiliado.

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

- Copia de formulario de afiliación a la EPS elegida por el demandante.
- Copia Cédula de ciudadanía.
- Si es apoderado, poder debidamente conferido.
- Si es persona jurídica deberá actuar a través de su representante legal y acreditar tal calidad con certificado de existencia y representación legal expedido por la entidad competente.

4. Conflictos derivados de las devoluciones y/o glosas a las facturas, entre entidades del SGSSS

- Si es persona jurídica, deberá actuar a través de su representante legal y acreditar tal calidad con el certificado de existencia y representación legal expedido por la entidad competente.
- Si es apoderado, poder debidamente conferido.
- El demandante debe presentar mediante carpetas digitales identificadas por el número de cada una de las facturas objeto del conflicto, los soportes documentales compilados y en orden cronológico, así:
  - ✓ Factura y su detallado.
  - ✓ Radicación de la factura ante el responsable del pago.
  - ✓ Radicación y formulación de la glosa y/o devolución ante el prestador de servicios de salud.
  - ✓ Radicación y respuesta a la glosa y/o devolución ante el responsable del pago, con los soportes completos, legibles que correspondan y justifiquen cada una de las respuestas por ítems objetados por cada una de las facturas objeto de la pretensión.
  - ✓ Radicación y formulación de la ratificación de la glosa y/o devolución ante el prestador de servicios de salud.
  - ✓ Soportes administrativos de verificación de derechos, solicitud de autorizaciones.
  - ✓ Historia clínica y sus anexos.
  - ✓ Demás documentos que considere pertinentes y que sirvan de prueba de acuerdo con lo solicitado.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

- El demandante deberá presentar un certificado del estado de cartera, suscrito por el revisor fiscal y/o representante legal, actualizado para cada factura en conflicto. Este certificado deberá detallar, por cada factura, los siguientes valores:

  - ✓ Valor total de la factura.
  - ✓ Valor glosado y/o devuelto.
  - ✓ Valor pagado.
  - ✓ Valor aceptado por el demandante (incluyendo notas de crédito, de ser el caso).
  - ✓ Valor reclamado.

- Se requiere la presentación de un cuadro de trazabilidad en formato Excel editable (no PDF), elaborado conforme al “Cuadro 1. Trazabilidad para glosa”, en el que se evidencie de manera detallada y completa la secuencia de radicaciones, glosas, devoluciones y respuestas asociadas a cada factura en controversia; ello con base en el formato guía *"Cuadro 1. Trazabilidad para glosa".*

- Lo registrado, debe concordar con los soportes documentales que se presenten ante este Despacho. Si se presentó más de una radicación, glosa y/o devolución, respuesta a la glosa y/o devolución, se debe registrar cronológicamente.

40. «¿Es obligatoria la representación por abogado en el proceso jurisdiccional ante la entidad?» (Sic)

Respuesta: No es obligatoria. Con el fin de garantizar el acceso directo a la administración de justicia de los usuarios vulnerables, la Ley 1122 de 2007 permite que el usuario actúe en nombre propio, mediante un tercero en representación (agencia oficiosa en salud) o utilizando los formatos simplificados de demanda de la función jurisdiccional sin necesidad de contar con el derecho de postulación de un abogado titulado. Sin embargo, en litigios complejos de carácter corporativo (como glosas entre entidades del sistema), las personas jurídicas sí deben comparecer mediante apoderado judicial.

La demanda podrá ser presentada sin ninguna formalidad o autenticación; por memorial, u otro medio de comunicación escrito. No será necesario actuar por medio de apoderado, esto sin perjuicio de las normas vigentes para la representación y el derecho de postulación. En el trámite del procedimiento jurisdiccional prevalecerá la informalidad.

41. «¿Cómo se radica la demanda y qué canales electrónicos están habilitados?» (Sic)

Respuesta: La Supersalud dispone de medios multicanal físicos y virtuales:

Canal *Web* Principal: A través de la sede electrónica en la página oficial de la entidad Supersalud en Atención y servicios a la ciudadanía- servicios de la función jurisdiccional y de la conciliación.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Correo Electrónico Institucional: A través del correo correointernosns@supersalud.gov.co, indicando que se trata de una demanda dirigida a la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación.

Radicación Física: En la oficina de correspondencia de la Superintendencia Nacional de Salud, ubicada en la Carrera 68A No. 24B-10, Torre 3, Piso 4, Bogotá D.C. o en las direcciones de las regionales y de los puntos de atención, registradas en la página *web* de la Superintendencia de Salud, www.supersalud.gov.co.

42. «¿Cuál es el trámite procesal aplicable y cómo se articula con el Código General del Proceso?» (Sic)

Respuesta: Conforme a lo dispuesto en la Ley 1122 de 2007 y las reformas de la Ley 1949 de 2019, la función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud se desarrollará mediante un procedimiento sumario, celebre y eficaz.

> ***«ARTÍCULO 41. FUNCIÓN JURISDICCIONAL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.*** *Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, y con las facultades propias de un juez en los siguientes asuntos:*
>
> *a) Cobertura de los servicios, tecnologías en salud o procedimientos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (plan obligatorio de salud), cuando su negativa por parte de las Entidades Promotoras de Salud o entidades que se les asimilen ponga en riesgo o amenace la salud del usuario, ·. consultando la Constitución Política y las normas que regulen la materia.*
>
> *b) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado en los siguientes casos:*
>
> 1. *Por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que no tenga contrato con la respectiva Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen.*
> 2. *Cuando el usuario haya sido expresamente autorizado por la Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen para una atención específica.*
> 3. *En los eventos de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud o entidades que se le asimilen para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.*
>
> *c) Conflictos derivados de la multiafiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de este con los regímenes exceptuados.*
>
> *d) Conflictos relacionados con la libre elección de entidades aseguradoras, con la libre elección de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud dentro de la red conformada por la entidad aseguradora; y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

e) *Conflictos entre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y/o entidades que se le asimilen y sus usuarios por la garantía de la prestación de los servicios y tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios, con excepción de aquellos expresamente excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.*

f) *Conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

La función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional · de Salud se desarrollará mediante un procedimiento sumario, con arreglo a los principios de publicidad, prevalencia del derecho sustancial, economía, celeridad y eficacia, garantizando debidamente los derechos al debido proceso, defensa y contradicción.

La demanda debe ser dirigida a la Superintendencia Nacional de Salud, debe expresar con la mayor claridad las circunstancias de tiempo, modo y lugar; la pretensión, el derecho que se considere violado, así como el nombre y dirección de notificación del demandante y debe adjuntar los documentos que soporten los hechos.

La demanda podrá ser presentada sin ninguna formalidad o autenticación; por memorial, u otro medio de comunicación escrito. No será necesario actuar por medio de apoderado, esto sin perjuicio de las normas vigentes para la representación y el derecho de postulación. En el trámite del procedimiento jurisdiccional prevalecerá la informalidad.

TÉRMINOS

La Superintendencia Nacional de Salud emitirá sentencia dentro de los siguientes términos.: Dentro de los 20 días siguientes a la radicación de la demanda en los asuntos de competencia contenidos en los literales a), c), d) y e) del presente artículo.

Dentro de los 60 días siguientes a la radicación de la demanda en el asunto contenido en el literal b) del presente artículo.

Dentro de los 120 días siguientes a la radicación de la demanda en el asunto contenido en el literal f) del presente artículo.
PARÁGRAFO 1. Las providencias emitidas dentro del proceso jurisdiccional se notificarán por el medio más ágil y efectivo. La sentencia podrá ser apelada dentro de los 3 días siguientes a su notificación. En caso de ser concedido el recurso, el expediente deberá ser remitido al Tribunal Superior del Distrito Judicial-Sala Laboral del domicilio del apelante.

PARÁGRAFO 2. La Superintendencia Nacional de Salud solo podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de parte. No podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido al proceso de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal.

PARÁGRAFO 3. La Superintendencia Nacional de Salud en el ejercicio de la función jurisdiccional podrá adoptar las siguientes medidas cautelares:

1. *Ordenar dentro del proceso judicial las medidas provisionales para la protección del usuario del Sistema.*

2. *Definir en forma provisional la entidad a la cual se entiende que continúa afiliado o en la que deberá ser atendido el demandante mientras se resuelve el conflicto que se suscite en materia*

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

de multiafiliación, traslado o movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en salud.

Para tal efecto, el funcionario competente en ejercicio de las funciones jurisdiccionales consultará, antes de emitir sentencia definitiva o la medida cautelar, la doctrina médica, las guías, los protocolos o las recomendaciones del Comité Técnico-Científico o el médico tratante según el caso.

PARÁGRAFO 4. Los procesos presentados con fundamento en el literal g) del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, pendientes de decisión al momento de entrar en vigencia la presente reforma serán decididos por la Superintendencia Nacional de Salud según las reglas allí previstas.

La norma especial de salud prevalece; sin embargo, en todo lo no regulado por la Ley 1122 de 2007 y las reformas de la Ley 1949 de 2019, se aplica de manera residual y complementaria el Código General del Proceso (CGP)y el código Procesal del Trabo y de la Seguridad Social, conforme al asunto en estudio.»

43. *«¿Cuál es el término para contestar y qué consecuencias tiene la falta de contestación de la entidad demandada?»* (Sic)

Respuesta: Dependiendo de la naturaleza del proceso y el derecho afectado.

Cuando se encuentra en riesgo la vida, salud e integridad del paciente, en procesos de cobertura, libre elección y movilidad, el termino de contestación y subsanación son 3 días, entendiendo la característica del proceso, sumario con celeridad y eficacia.

- En materia de reconocimiento económico, glosas, devoluciones y recobros, donde el derecho es netamente económico, el termino de contestación es de 10 días y de 5 días para subsanar.

Consecuencias de la no contestación: Su omisión opera bajo la figura de la presunción de certeza de los hechos, salvo que estos admitan prueba en contrario, considerándose además como un indicio grave en su contra por faltar al deber de colaboración con la justicia.

44. *«¿Qué medidas provisionales puede decretar la entidad en sede jurisdiccional y en qué momento?»* (Sic)

Respuesta: La Superintendencia Nacional de Salud en el ejercicio de la función jurisdiccional podrá adoptar las siguientes medidas cautelares:

1. Ordenar dentro del proceso judicial las medidas provisionales para la protección del usuario del Sistema.

2. Definir en forma provisional la entidad a la cual se entiende que continúa afiliado o en la que deberá ser atendido el demandante mientras se resuelve el conflicto que se suscite en materia de multiafiliación, traslado o movilidad dentro del SGSSS.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Para tal efecto, el funcionario competente en ejercicio de las funciones jurisdiccionales consultará, antes de emitir sentencia definitiva o la medida cautelar, la doctrina médica, las guías, los protocolos o las recomendaciones del Comité Técnico-Científico o el médico tratante según el caso.

45. ***«¿Procede la conciliación dentro del trámite jurisdiccional y en qué oportunidad se surte?»*** (Sic)

Respuesta: Una vez consultado el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, no se establece una etapa de conciliación, sin perjuicio que la misma pueda ser practicada conforme a las circunstancias del caso en estudio.

46. ***«¿Cuál es el término legal para dictar sentencia y qué remedio tiene la parte ante la mora?»*** (Sic)

Respuesta: En cuanto a los términos, el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 establece plazos diferenciados para proferir sentencia, dependiendo de la naturaleza del asunto: veinte (20) días para los previstos en los literales a), c), d) y e); sesenta (60) días para el literal b), y ciento veinte (120) días para las controversias relacionadas con devoluciones o glosas a las facturas, contempladas en el literal f). Estos términos se cuentan a partir de la radicación de la demanda.

La Corte Constitucional, en la Sentencia SU-508 de 2020, reconoció que la función jurisdiccional de la Superintendencia se desarrolla mediante un procedimiento preferente y sumario, sujeto a los principios de publicidad, prevalencia del derecho sustancial, economía, celeridad y eficacia, con garantía del debido proceso, la defensa y la contradicción. También precisó que la Entidad cuenta con términos especiales para emitir sentencia, razón por la cual no corresponde trasladar automáticamente a este procedimiento los términos previstos para los procesos regulados por el Código General del Proceso.

En igual sentido, la Sentencia T-224 de 2020 se refirió a las particularidades de la etapa de
calificación de las demandas y a las verificaciones que puede realizar la entidad en desarrollo de esa función. Por su parte, la Corte Suprema de Justicia, mediante Sentencia STL14538-2018, examinó un proceso adelantado ante la Superintendencia y reconoció las facultades del funcionario judicial para dirigir el trámite, valorar la pertinencia y conducencia de las pruebas y adoptar las determinaciones necesarias para resolver la controversia, dentro de las reglas del procedimiento sumario aplicable para ese momento.

Estos pronunciamientos permiten comprender que la función jurisdiccional de la Superintendencia cuenta con una estructura procesal propia y que las actuaciones que la integran responden a la necesidad de conducir el proceso hasta una decisión de fondo, sin sacrificar las garantías de las partes. Por consiguiente, la aplicación de los términos y las reglas procesales debe examinarse de acuerdo con la naturaleza del asunto y la etapa correspondiente, teniendo como referente el régimen especial previsto en la Ley 1122 de 2007 y sus modificaciones.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Finalmente, las decisiones de la Superintendencia pueden ser apeladas dentro de los tres (3) días siguientes a su notificación, conforme al parágrafo 1 del artículo 41 citado. El recurso se tramita ante el Tribunal Superior del Distrito Judicial, Sala Laboral, correspondiente, autoridad judicial competente para conocer de la segunda instancia.

Ahora, frente a la mora judicial: en el ejercicio de la función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud, es importante diferenciar el vencimiento de los términos procesales de la configuración de una mora judicial injustificada, pues el hecho de que una decisión se profiera por fuera del plazo previsto no significa, por sí solo, que exista una vulneración de los derechos de quienes acuden a esta instancia.

Sobre este aspecto, la Corte Constitucional ha señalado que para determinar si existe mora judicial injustificada deben analizarse las circunstancias propias de cada proceso, entre ellas, el tiempo transcurrido, la complejidad del asunto, las actuaciones adelantadas y las razones que explican la demora. En esa valoración también deben considerarse las condiciones en las que se presta el servicio de administración de justicia. Para el caso de la Superintendencia Nacional de Salud, debe tenerse en cuenta que es una autoridad con competencia jurisdiccional en todo el territorio nacional, por lo que conoce las controversias que se presentan en las distintas regiones del país. A ello se suma la naturaleza de los asuntos que debe resolver, algunos de los cuales requieren el apoyo de profesionales especializados para el estudio de aspectos técnicos relacionados con la prestación de servicios de salud y la auditoría de cuentas médicas. Estas particularidades inciden en la gestión de los procesos y en los tiempos que demanda su resolución.

Finalmente, las consecuencias del vencimiento de los términos deben establecerse de acuerdo con las disposiciones procesales aplicables y las circunstancias de cada caso. En particular, el artículo 121 del Código General del Proceso contempla reglas sobre la duración del proceso y sus efectos frente a la competencia de la autoridad y la validez de las actuaciones. Su aplicación a la Superintendencia Nacional de Salud debe examinarse conforme a los condicionamientos establecidos por la Corte Constitucional, de manera que el solo vencimiento de un término no conduce automáticamente a la pérdida de competencia ni a la nulidad de lo actuado.

47. *«¿Qué recursos proceden contra la sentencia y ante quién se surten?»* (Sic)

Respuesta: Contra la sentencia dictada por la Supersalud en sede jurisdiccional procede el recurso de apelación.

Las providencias emitidas dentro del proceso jurisdiccional se notificarán por el medio más ágil y efectivo. La sentencia podrá ser apelada dentro de los tres (3) días siguientes a su notificación. En caso de ser concedido el recurso, el expediente deberá ser remitido al Tribunal Superior del Distrito Judicial- Sala Laboral del domicilio del apelante.

48. *«¿Cómo se ejecuta la sentencia y qué ocurre ante su incumplimiento por la entidad condenada?»* (Sic)

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Respuesta: De conformidad con lo establecido en el artículo 25 de la Ley 1797 de 2016 la sentencia proferida por la Delegatura para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, es de obligatorio cumplimiento y en caso de incumplimiento se ejecutará la sanción prevista en el artículo 52 del Decreto Ley 2591 de 1991.

49. ***«¿Procede el incidente de desacato en sede jurisdiccional o solo en la acción de tutela?»*** (Sic)

Respuesta: De conformidad con lo establecido en el artículo 25 de la Ley 1797 de 2016 la sentencia proferida por la Delegatura para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, es de obligatorio cumplimiento y en caso de incumplimiento se ejecutará la sanción prevista en el artículo 52 del Decreto Ley 2591 de 1991.

50. «¿Puede la entidad ordenar el reconocimiento y pago de gastos incurridos por el usuario y qué prueba se exige?» (Sic)

Respuesta: Conforme con lo dispuesto en el literal b) del artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, la Delegatura para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud también es competente, para conocer en lo referente al reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado en los siguientes casos:

1. Por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una Institución IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS o entidades que se le asimilen.

2. Cuando el usuario haya sido expresamente autorizado por la EPS o entidades que se le asimilen para una atención específica.

3. En los eventos de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la EPS o entidades que se le asimilen para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.

Asimismo, la norma no restringe expresamente el reconocimiento económico por el hecho de que la adquisición se haya efectuado mediante un vendedor en línea siempre y cuando la factura o documento equivalente cumpla con los requisitos para ser considerado como tal; establecidos en el artículo 617 del Estatuto Tributario y el artículo 774 del Código de Comercio. Por tanto, la procedencia del reconocimiento no depende del canal de compra utilizado, sino de que se acrediten las pruebas necesarias para determinar si procede o no el reconocimiento económico; tales como:

1. Copia legible y completa de la historia(s) clínica(s) elaborada por la(s) IPS donde fue atendido dentro de la red del asegurador o la(s) IPS particulares, relacionada(s) con los servicios médicos por la cual(es) reclama(n) los gastos objeto de reconocimiento económico.

2. Orden, fórmula o prescripción del médico tratante.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

3. Copia legible y completa de la factura (s) y/o documentos que se asimilen donde conste el pago efectuado y que son materia de la demanda, teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 617 del Estatuto Tributario y el artículo 774 del Código de Comercio. Los soportes de pago deben estar a nombre de la parte interesada, demandante o quien acredite legitimación en la causa para acceder a la función jurisdiccional, en este caso la quien realizó los pagos por los conceptos mencionados. En el evento, de no coincidir la facturación a nombre del demandante, este deberá acreditarse como agente oficioso o a través de apoderado judicial con el poder debidamente conferido a un abogado titulado.

4. Copia de las solicitudes radicadas ante la EPS o el asegurador en salud, por medio de las cuales requiere la autorización de servicios médicos objeto de reconocimiento económico.
5. Copia de la respuesta de la EPS o asegurador en salud, acerca de la autorización de los servicios médicos reclamados y que son objeto de reconocimiento económico.

6. Copia Cédula de ciudadanía.

7. Si es apoderado, poder debidamente conferido. Si el demandante es una persona jurídica deberá actuar a través de su representante legal y acreditar tal calidad con certificado de existencia y representación legal expedido por la entidad competente actualizado.

8. Para el caso de consorcios o uniones temporales, los representantes y/o apoderados deberán acreditar que ostentan la capacidad de representar a cada uno de los miembros del consorcio o unión temporal, así como la Existencia de los integrantes.

Los documentos requeridos se deben presentar en formato PDF sin el uso de plataformas o carpetas comprimidas.

Asimismo, se advierte que los soportes de pago deben estar a nombre de la parte interesada, demandante o quien acredite legitimación en la causa para acceder a la función jurisdiccional, en este caso la persona que realizó los pagos por los conceptos mencionados. En el evento, de no coincidir la facturación a nombre del demandante, este deberá acreditarse como agente oficioso o a través de apoderado judicial con el poder debidamente conferido a un abogado titulado.

51. ***«¿Puede ordenar el reembolso de sumas pagadas por el usuario por servicios que correspondían a la entidad promotora?»*** (Sic)

Respuesta: Si, conforme a lo establecido en el literal b) del artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, la Delegatura para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud también es competente, para conocer lo relacionado al reconocimiento económico.

52. ***«¿Puede pronunciarse sobre perjuicios derivados de la negación o la demora en la prestación del servicio?»*** (Sic)

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Respuesta: No. La competencia jurisdiccional de la Supersalud está estrictamente tasada y limitada por la Ley 1122 de 2007 a coberturas, reembolsos y multiafiliaciones. Carece de competencia para tasar o condenar al pago de perjuicios morales, materiales, lucro cesante o daño emergente derivados de fallas en el servicio o negligencia médica. Para reclamar perjuicios patrimoniales o extrapatrimoniales, el usuario debe acudir a la justicia ordinaria civil o a la jurisdicción de lo contencioso administrativo.

53. ***«¿Qué ocurre cuando la pretensión involucra responsabilidad médica y no solo cobertura del servicio?»*** (Sic)

Respuesta: La Supersalud debe declararse incompetente respecto a las pretensiones de responsabilidad médica. La función del juez técnico de salud evalúa únicamente el acceso y cobertura administrativa o prestacional del servicio. Si el fondo del asunto versa sobre una mala praxis (negligencia del personal médico o de la IPS), el expediente o la pretensión puntual debe remitirse a los jueces ordinarios civiles, penales, o contencioso-administrativos, e informar paralelamente a los Tribunales de Ética Médica o de Enfermería correspondientes.

54. ***«¿Cómo se determina la competencia territorial y ante qué sede debe radicarse la demanda?»*** (Sic)

Respuesta: Primera Instancia (Radicación y Despacho Único): La función jurisdiccional de la Supersalud cuenta con un único despacho judicial ubicado en l Bogotá. Desde esta sede centralizada se reciben de forma virtual o física, y se tramitan a nivel nacional, la totalidad de las demandas del país.

Segunda Instancia (Apelación Descentralizada): Si se interpone un recurso de apelación contra el fallo de la Supersalud, la competencia se traslada a la justicia ordinaria. El encargado de resolver la segunda instancia es el Tribunal Superior del Distrito Judicial correspondiente al domicilio del apelante.

55. ***«¿Pueden acumularse pretensiones de varios usuarios afectados por la misma conducta de una entidad?»*** (Sic)

Respuesta: De conformidad con el artículo 88 del Código General del Proceso, procede la acumulación de pretensiones, siempre que se cumplan los requisitos y presupuestos establecidos en dicha disposición.

56. «¿Qué relación existe entre la función jurisdiccional y la función conciliatoria de la entidad?» (Sic)

Respuesta: Ambas funciones coexisten dentro de la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, pero operan bajo metodologías, naturalezas y alcances procesales distintos:

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

- Función Jurisdiccional: La Superintendencia actúa investida de jurisdicción como un juez de la República (art. 116 Constitución Política). Es un trámite dispositivo y vertical que culmina con una sentencia judicial impositiva de obligatorio cumplimiento.

- Función Conciliatoria: Es un mecanismo alternativo de solución de conflictos de carácter horizontal, en el que la entidad interviene como tercero facilitador, promoviendo el diálogo y la construcción voluntaria de acuerdos entre las partes.

57. «¿Cuál es el trámite de la conciliación ante la Superintendencia en conflictos entre entidades del sistema?» (Sic)

Respuesta: El trámite está diseñado para la depuración de cuentas y carteras entre EPS, IPS y entidades territoriales:
El trámite está diseñado como una herramienta especializada para la depuración de cuentas, contratos y carteras entre EPS, IPS y entidades territoriales:

1. **Solicitud**: La entidad interesada radica la petición formal adjuntando los estados financieros, la relación detallada de facturas, las glosas en disputa y la prueba de la representación legal.
2. **Citación y Traslado**: La Superintendencia admite la solicitud, fija fecha y hora para la audiencia pública de conciliación y notifica a la contraparte para que revise los estados de cuenta presentados.
3. **Desarrollo de la Audiencia:** En la diligencia, el funcionario conciliador orienta el desarrollo de la sesión, facilita el diálogo entre las partes, promueve el análisis y cruce de cuentas cuando corresponda, y propicia la construcción voluntaria de acuerdos para la solución de las controversias sometidas a conciliación.
4. **Resultado:** las partes llegan a un acuerdo, este se formaliza mediante un Acta de Conciliación. Si no se logra un acuerdo o se presenta inasistencia de alguna de las partes, se expide la constancia prevista en la ley, según corresponda.
5. **Seguimiento al Acta:** Con posterioridad a la firma, la Superintendencia realiza un monitoreo y seguimiento estricto al cumplimiento de los compromisos de pago pactados en el acta.

58. «¿Es requisito de procedibilidad esa conciliación para acudir a la jurisdicción ordinaria en conflictos de cartera?» (Sic)

Respuesta: Sí. La ley exige agotar la conciliación extrajudicial en derecho de forma previa. La Supersalud actúa como el centro de conciliación público especializado preferente para intentar el acuerdo o, en su defecto, expedir la constancia de no acuerdo requerida para habilitar la demanda judicial.

59. «¿Qué mérito ejecutivo tiene el acta de conciliación suscrita ante la entidad?» (Sic)

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Respuesta: El acta de conciliación suscrita por las partes y aprobada conforme a la ley en el trámite adelantado ante la Superintendencia Nacional de Salud hace tránsito a cosa juzgada y presta mérito ejecutivo.

En consecuencia, los acuerdos allí contenidos tienen carácter definitivo y obligatorio para las partes. En caso de incumplimiento de las obligaciones pactadas, la parte afectada podrá acudir ante la jurisdicción competente e iniciar el correspondiente proceso ejecutivo para obtener el cumplimiento forzado de lo acordado, de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

60. «¿Qué estadísticas publica la entidad sobre los tiempos reales de sus procesos jurisdiccionales?» (Sic)

Respuesta: La Superintendencia Nacional de Salud consolida y publica periódicamente estas métricas a través de sus informes de rendición de cuentas, boletines de decisiones jurisdiccionales en el sistema de información propio de la Delegatura para la Función Jurisdiccional y Conciliación denominado *"Gemini"* y en la página *web* de la Superintendencia Nacional de Salud.

BLOQUE D. TUTELA EN SALUD, DESACATO Y CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES JUDICIALES

61. «¿Qué doctrina aplica la entidad frente a las órdenes de tutela dirigidas a sus vigiladas y cómo verifica su cumplimiento?» (Sic)

Respuesta: La Superintendencia Nacional de Salud reconoce que las órdenes impartidas por los jueces de tutela son de obligatorio e inmediato cumplimiento para las entidades vigiladas y constituyen un instrumento fundamental para la protección efectiva del derecho fundamental a la salud. En consecuencia, las EPS, IPS y demás sujetos vigilados deben adoptar oportunamente todas las acciones necesarias para dar cumplimiento integral a las decisiones judiciales que les sean impartidas.

Sin perjuicio de las competencias propias del juez constitucional para vigilar la ejecución de sus órdenes y conocer los incidentes de desacato, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, realiza seguimiento a los casos en los que se reportan presuntos incumplimientos de fallos de tutela, con el fin de verificar que las entidades vigiladas hayan ejecutado las actuaciones ordenadas y no mantengan barreras de acceso que afecten los derechos de los usuarios.

Para ello, la entidad puede requerir información y soportes a los vigilados, verificar las gestiones adelantadas y validar directamente con el usuario si la orden judicial fue efectivamente cumplida. Esta verificación busca establecer no solo el cumplimiento formal de la decisión, sino también su materialización efectiva en la garantía de los servicios, tecnologías o prestaciones ordenadas por la autoridad judicial.

Cuando del seguimiento realizado se evidencien posibles incumplimientos, demoras injustificadas o barreras en la ejecución de la orden de tutela, la Superintendencia puede

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

adelantar o impulsar las actuaciones administrativas de su competencia frente al sujeto vigilado, sin perjuicio ,de las medidas que corresponda adoptar al juez de tutela dentro del trámite constitucional. De esta manera, la actuación de la Superintendencia complementa la protección judicial mediante sus funciones de inspección, vigilancia y control, pero no sustituye las competencias del juez constitucional en materia de cumplimiento y desacato.

62. «¿Puede la Superintendencia intervenir cuando una entidad vigilada incumple de manera reiterada fallos de tutela?» (Sic)

Respuesta: Aunque el cumplimiento de los fallos de tutela y la eventual declaratoria de desacato corresponden al juez constitucional, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, puede intervenir cuando evidencie incumplimientos reiterados por parte de una entidad vigilada.

En estos casos, la Superintendencia puede requerir información, verificar las acciones adelantadas por la entidad y evaluar si la conducta observada evidencia incumplimientos de sus obligaciones frente a los usuarios. Cuando se identifiquen presuntas infracciones o afectaciones reiteradas al derecho a la salud, podrá adelantar o promover las actuaciones administrativas que correspondan dentro de su ámbito de competencia.

En consecuencia, si bien la Superintendencia no sustituye al juez de tutela en la verificación judicial del cumplimiento de sus órdenes, sí puede intervenir desde la perspectiva de la inspección, vigilancia y control cuando el incumplimiento reiterado de los fallos refleje posibles incumplimientos por parte de la entidad vigilada.

63. *«¿Qué sanciones administrativas proceden por el incumplimiento sistemático de órdenes judiciales?»* (Sic)

Respuesta: El incumplimiento sistemático de órdenes judiciales por parte de una entidad vigilada puede dar lugar al inicio de actuaciones administrativas por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control. Si como resultado de dichas actuaciones se determina la existencia de incumplimientos o infracciones al marco normativo aplicable, la entidad podrá imponer las medidas y sanciones administrativas previstas en la ley, de conformidad con el procedimiento establecido y con observancia del debido proceso. Estas actuaciones son independientes de las decisiones que pueda adoptar la autoridad judicial competente frente al incumplimiento de sus órdenes.

64. «¿Cómo debe proceder el usuario cuando la entidad cumple parcialmente una orden de tutela?» (Sic)

Respuesta: La pregunta planteada se refiere al eventual incumplimiento de una orden judicial de tutela, materia cuya verificación y control corresponde al juez constitucional que profirió la decisión. En ese sentido, la determinación sobre si existe un cumplimiento parcial, insuficiente o integral de la orden judicial debe ser evaluada por la autoridad judicial competente dentro del respectivo trámite.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Por lo anterior, desde la perspectiva de las funciones administrativas de la Superintendencia Nacional de Salud, no es posible emitir una orientación específica sobre la forma de proceder frente al cumplimiento parcial de una orden de tutela, toda vez que se trata de un asunto que debe ser analizado por el juez de tutela en el marco de sus competencias constitucionales y legales.

Así las cosas, se entiende sin perjuicio de las facultades de inspección, vigilancia y control que ejerce la Superintendencia Nacional de Salud respecto de sus vigilados cuando los hechos puestos en su conocimiento evidencien posibles incumplimientos de obligaciones legales o afectaciones a los derechos de los usuarios.

65. ***«¿Qué articulación existe entre el incidente de desacato ante el juez y la queja ante la Superintendencia?»*** (Sic)

Respuesta: No existe una articulación procesal entre el incidente de desacato y la queja presentada ante la Superintendencia Nacional de Salud, pues se trata de mecanismos distintos que responden a competencias diferentes. El incidente de desacato corresponde exclusivamente al juez constitucional, quien es la autoridad competente para verificar el cumplimiento de la orden de tutela y adoptar las medidas que resulten procedentes frente a su incumplimiento.

Por su parte, la queja ante la Superintendencia Nacional de Salud tiene naturaleza administrativa y permite poner en conocimiento de la entidad hechos que podrían evidenciar incumplimientos de obligaciones por parte de sus vigilados, para que, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, adelante las actuaciones que correspondan dentro de su ámbito de competencia.

En consecuencia, la actuación de la Superintendencia no sustituye, condiciona ni reemplaza las competencias del juez de tutela respecto del cumplimiento de sus órdenes, ni la presentación de una queja ante la entidad sustituye los mecanismos judiciales previstos para exigir su cumplimiento.

66. ***«¿Qué doctrina existe sobre el tratamiento integral ordenado en fallos de tutela y su alcance frente a servicios futuros?»*** (Sic)

Respuesta: La figura del tratamiento integral ha sido desarrollada principalmente por la jurisprudencia constitucional como una medida destinada a garantizar la atención continua y efectiva de una condición de salud determinada. No obstante, el alcance concreto de una orden de tratamiento integral depende de los términos fijados en el respectivo fallo y de las necesidades clínicas del paciente. En consecuencia, la interpretación sobre si dicha orden comprende servicios futuros o prestaciones específicas corresponde, en cada caso, a la autoridad judicial que emitió la decisión, sin perjuicio de las obligaciones que tienen las entidades responsables de garantizar la continuidad e integralidad de la atención en salud.

67. ***«¿Está obligada la entidad promotora a autorizar servicios derivados del tratamiento integral sin nueva orden judicial?»*** (Sic)

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Respuesta: La obligación de autorizar servicios derivados de una orden de tratamiento integral depende de los términos establecidos en el respectivo fallo judicial. En consecuencia, la determinación sobre si un servicio específico se encuentra o no comprendido dentro del alcance de la orden judicial corresponde analizarla a la luz de la decisión adoptada por el juez constitucional en cada caso concreto.

Por tratarse de una materia relacionada con la interpretación y ejecución de una orden judicial, la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus funciones de inspección, vigilancia y control, no puede determinar de manera general o abstracta si una entidad promotora está obligada a autorizar un servicio específico sin una nueva orden judicial, puesto que ello dependerá del contenido y alcance de la respectiva sentencia de tutela.

68. ***«¿Qué ocurre cuando el usuario cambia de entidad promotora y existe una orden de tutela vigente a su favor?»*** (Sic)

Respuesta: La existencia de una orden de tutela vigente y los efectos que pueda tener frente a un traslado entre EPS dependen de las circunstancias particulares de cada caso y del contenido de la decisión judicial respectiva. En consecuencia, la determinación sobre el alcance de la orden, las obligaciones derivadas de esta y los efectos del cambio de entidad promotora corresponde, en principio, a la autoridad judicial que profirió el fallo.

Sin perjuicio de lo anterior, las entidades responsables del aseguramiento deben garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud de sus afiliados y adoptar las acciones necesarias para evitar interrupciones que afecten el acceso efectivo a la atención. Cuando se presenten controversias relacionadas con el cumplimiento de una orden judicial, corresponderá al juez de tutela definir su alcance y las medidas procedentes en cada caso concreto.

69. «¿Se trasladan a la nueva entidad las obligaciones derivadas de un fallo de tutela?» (Sic)

Respuesta: La determinación sobre si las obligaciones derivadas de un fallo de tutela se trasladan a una nueva EPS depende del contenido de la decisión judicial y de las circunstancias particulares de cada caso. En consecuencia, cualquier análisis sobre el alcance de la orden y los sujetos obligados a su cumplimiento corresponde, en principio, a la autoridad judicial que profirió el fallo.

Por tratarse de un asunto relacionado con la interpretación y ejecución de una decisión judicial, la Superintendencia Nacional de Salud no puede establecer de manera general si las obligaciones derivadas de una tutela se trasladan automáticamente a una nueva entidad. No obstante, las entidades responsables del aseguramiento deben garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud y adoptar las medidas necesarias para evitar interrupciones que afecten la atención de los usuarios.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

70. «¿Qué ocurre con las órdenes de tutela cuando la entidad promotora es liquidada o cede sus afiliados?» (Sic)

Respuesta: La liquidación de una EPS o la cesión de sus afiliados no exime a los actores del sistema de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud ni implica, por sí sola, la pérdida de vigencia de los derechos reconocidos al usuario. No obstante, la determinación sobre los efectos concretos de una orden de tutela y las obligaciones derivadas de esta, corresponde a la autoridad judicial que profirió la decisión, atendiendo las circunstancias particulares de cada caso.

En consecuencia, cuando se presenten procesos de liquidación o traslado de afiliados, las entidades involucradas deben adoptar las medidas necesarias para evitar interrupciones en la atención y asegurar la continuidad de los servicios requeridos por el usuario. Cualquier controversia relacionada con el alcance, ejecución o cumplimiento de una orden judicial deberá ser resuelta por la autoridad judicial competente.

71. «¿Qué doctrina existe sobre la exoneración de copagos y cuotas moderadoras ordenada judicialmente?» (Sic)

Respuesta: La exoneración de copagos y cuotas moderadoras ha sido desarrollada por la jurisprudencia constitucional como una medida orientada a evitar que dichos cobros se conviertan en una barrera para el acceso efectivo a los servicios de salud, particularmente cuando se trata de personas en situación de vulnerabilidad, sujetos de especial protección constitucional o usuarios que no cuentan con capacidad económica para asumir tales costos.

No obstante, el alcance de una orden judicial que disponga la exoneración de copagos o cuotas moderadoras depende de las circunstancias analizadas en cada caso concreto y de los términos establecidos en la respectiva providencia judicial. En consecuencia, la determinación sobre si dicha exoneración comprende servicios futuros o prestaciones específicas corresponde a la autoridad judicial competente, de acuerdo con el contenido y alcance de la decisión adoptada.

Por tratarse de un asunto relacionado con la interpretación y ejecución de órdenes judiciales, la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus funciones administrativas de inspección, vigilancia y control, no puede definir de manera general ni pronunciarse sobre el alcance particular de una exoneración ordenada mediante fallo de tutela en un caso concreto.

72. «¿Qué reglas aplican al recobro ante la Administradora de los Recursos del Sistema por servicios ordenados en fallos de tutela?

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), mediante Radicado No. 20261600103116551.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

73. ***«¿Puede la entidad promotora condicionar el cumplimiento del fallo al trámite previo del recobro?»*** (Sic)

Respuesta: La Entidad Promotora no puede supeditar el cumplimiento de un fallo de tutela al trámite previo del recobro; puesto que, estos trámites corresponden a la esfera administrativa y financiera de la entidad y no pueden constituir una barrera para la ejecución oportuna de la decisión judicial.
En consecuencia, la entidad debe garantizar el cumplimiento de la orden impartida por el juez y adelantar de manera independiente las gestiones de recobro o reconocimiento a que haya lugar. La eventual existencia de dichos trámites no la exonera ni la habilita para diferir la prestación de los servicios ordenados.

Sin perjuicio de lo anterior, la verificación del cumplimiento de la orden judicial y la determinación de las consecuencias derivadas de su eventual incumplimiento corresponden a la autoridad judicial competente. Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, podrá adelantar las actuaciones administrativas de su competencia frente a las entidades vigiladas cuando evidencie posibles incumplimientos de sus obligaciones.

74. ***«¿Qué doctrina existe sobre el suministro de servicios y tecnologías no autorizadas en el país ordenados judicialmente?»*** (Sic)

Respuesta: La doctrina relacionada con el suministro de servicios y tecnologías no autorizadas en el país ha sido desarrollada principalmente por la jurisprudencia constitucional, la cual ha abordado estos casos a partir del análisis de las circunstancias particulares de cada paciente, la evidencia científica disponible y la protección efectiva del derecho fundamental a la salud.

No obstante, cuando exista una orden judicial que disponga el suministro de un servicio o tecnología determinada, corresponde a la entidad obligada dar cumplimiento a la decisión en los términos definidos por la autoridad judicial competente. La interpretación del alcance de la orden, así como la determinación de las obligaciones específicas derivadas de esta, corresponde al juez que la profirió o a la autoridad judicial competente para conocer de su cumplimiento.

En consecuencia, por tratarse de un asunto relacionado con la interpretación y ejecución de providencias judiciales, la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus funciones administrativas de inspección, vigilancia y control, no adopta una doctrina propia sobre el alcance de este tipo de órdenes judiciales ni define en casos concretos si un servicio o tecnología específica debe ser suministrado. Sin perjuicio de ello, las entidades vigiladas deben dar cumplimiento a las decisiones judiciales que les sean impartidas.

75. ***«¿Qué reglas aplican al cumplimiento de órdenes que involucran prestadores fuera de la red de la entidad?»*** (Sic)

Respuesta: Cuando una orden judicial involucre la prestación de servicios a través de un prestador que no hace parte de la red de la entidad responsable del aseguramiento, esta

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

deberá dar cumplimiento a la decisión en los términos definidos por la autoridad judicial competente. La existencia de una red propia de prestadores no la exime del deber de acatar las órdenes impartidas por los jueces.

No obstante, la definición sobre el alcance de la orden, la procedencia de la atención por un prestador específico y las obligaciones concretas derivadas de la decisión judicial corresponden a la autoridad judicial que profirió el fallo. En consecuencia, cualquier controversia relacionada con la interpretación o ejecución de la orden deberá ser resuelta por el juez competente.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, no interpreta ni modifica las órdenes judiciales, pero puede adelantar las actuaciones administrativas de su competencia cuando evidencie posibles incumplimientos por parte de las entidades vigiladas.

76. «¿Qué reglas aplican cuando la orden judicial impone obligaciones a una entidad territorial y no a la entidad promotora?» (Sic)

Respuesta: Cuando una orden judicial impone obligaciones a una entidad territorial, corresponde a dicha autoridad dar cumplimiento a la decisión en los términos definidos por el juez. La determinación de los sujetos obligados, así como el alcance de las obligaciones impuestas, es una competencia propia de la autoridad judicial que profirió la providencia.

En consecuencia, cualquier controversia relacionada con la identificación del obligado o con la ejecución de la orden judicial, debe ser resuelta por la autoridad judicial competente, en el marco del respectivo trámite constitucional**.**

La Superintendencia Nacional de Salud no tiene competencia para interpretar decisiones judiciales ni para definir los sujetos obligados a su cumplimiento. Sin perjuicio de ello, podrá ejercer sus funciones de inspección, vigilancia y control respecto de las entidades vigiladas, cuando los hechos conocidos permitan advertir posibles incumplimientos de sus obligaciones.

77. «¿Qué doctrina existe sobre la atención de usuarios no afiliados y sobre la responsabilidad de las entidades territoriales?» (Sic)

Respuesta: La atención de usuarios no afiliados y la determinación de las responsabilidades de las entidades territoriales han sido objeto de amplio desarrollo normativo y jurisprudencial, particularmente por parte de la Corte Constitucional, que ha destacado la necesidad de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud y la protección del derecho fundamental a la salud, especialmente cuando se trata de personas en condición de vulnerabilidad.

No obstante, la definición de las obligaciones específicas a cargo de las entidades territoriales, así como la determinación de los responsables de garantizar una prestación concreta, depende de las circunstancias particulares de cada caso y del marco normativo vigente. En consecuencia, por tratarse de una materia que involucra la interpretación de

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

disposiciones legales y, en ocasiones, de decisiones judiciales específicas, no es posible formular una regla general única aplicable a todos los supuestos.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, verifica el cumplimiento de las obligaciones que corresponden a los actores del sistema dentro del ámbito de sus competencias.

78. «¿Qué mecanismo tiene el prestador que atendió una urgencia de un usuario no afiliado para obtener el pago?» (Sic)

Respuesta: La atención inicial de urgencias debe prestarse con independencia de la condición de afiliación del usuario. Una vez brindada la atención, el prestador podrá adelantar los procedimientos de facturación, cobro, reclamación o reconocimiento económico ante la entidad que resulte responsable de la financiación de los servicios prestados, de conformidad con las reglas y procedimientos establecidos en la normativa vigente.

El mecanismo específico para obtener el pago dependerá de las condiciones particulares del caso, incluyendo la situación de aseguramiento del usuario y la entidad obligada a asumir la financiación de los servicios. En consecuencia, corresponde al prestador adelantar las gestiones administrativas y financieras previstas en la normatividad aplicable para el reconocimiento y pago de la atención suministrada.

BLOQUE E. AFILIACIÓN, TRASLADOS, MOVILIDAD Y REORDENAMIENTO DE LA OPERACIÓN

79. «¿Cuáles son hoy las reglas de afiliación, movilidad y portabilidad dentro del sistema?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

80. «¿Cuál es el término mínimo de permanencia para solicitar traslado de entidad promotora y qué excepciones existen?

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

81. «¿En qué casos procede el traslado antes de cumplirse el término mínimo de permanencia?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

82. «¿Puede negarse el traslado por existir obligaciones pendientes del afiliado o del empleador?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

83. «¿Qué trámite debe surtir el usuario cuando la entidad receptora rechaza su solicitud de traslado?» (Sic)

Respuesta: Cuando una entidad receptora rechaza una solicitud de traslado, el usuario tiene derecho a conocer las razones que sustentan dicha decisión y a solicitar su revisión ante la respectiva entidad. Si considera que el rechazo afecta sus derechos en materia de afiliación o aseguramiento, podrá presentar una reclamación ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Adicionalmente, de acuerdo con las circunstancias particulares del caso y las competencias previstas en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por la Ley 1949 de 2019, las controversias relacionadas con la afiliación y el aseguramiento en salud pueden ser objeto de conocimiento por parte de la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones jurisdiccionales.

84. «*¿Qué ocurre con los tratamientos en curso cuando el usuario se traslada de entidad promotora?»* (Sic)

Respuesta: El traslado de una EPS no debe generar interrupciones injustificadas en la prestación de los servicios de salud que el usuario viene recibiendo. En consecuencia, las entidades responsables del aseguramiento deben adoptar las medidas necesarias para garantizar la continuidad de los tratamientos, procedimientos, medicamentos y demás atenciones requeridas, evitando que el cambio de EPS se convierta en una barrera para el acceso efectivo a los servicios de salud.

Así, cuando un usuario se traslada de entidad promotora, corresponde a las entidades involucradas gestionar las acciones necesarias para asegurar la continuidad e integralidad de la atención, de acuerdo con las necesidades clínicas del afiliado y los principios que rigen la prestación del servicio de salud.

Si como consecuencia del traslado se presentan interrupciones, demoras o dificultades en el acceso a los servicios requeridos, el usuario podrá acudir a los canales de atención de la entidad responsable y, de ser necesario, presentar una reclamación ante la Superintendencia Nacional de Salud, para que se adelanten las actuaciones que correspondan en el marco de sus competencias de inspección, vigilancia y control.

85. «¿Qué reglas aplican a la portabilidad cuando el usuario se desplaza temporal o definitivamente a otro municipio?

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

86. *«¿Qué obligaciones surgen para la entidad cuando el usuario reside habitualmente fuera de su zona de operación?»* (Sic)

Respuesta: Cuando un usuario reside habitualmente fuera de la zona donde opera la EPS, esta mantiene la obligación de garantizar el acceso efectivo, oportuno, continuo e integral a los servicios de salud requeridos por el afiliado. La ubicación geográfica del usuario no constituye una razón para negar, retrasar o limitar la prestación de los servicios.

En estos casos, corresponde a la entidad adoptar las medidas necesarias para asegurar la atención del afiliado, informar y orientar sobre la red de prestadores disponible, coordinar los procesos de referencia y contrarreferencia que resulten necesarios y gestionar oportunamente los servicios requeridos, evitando que la condición de residencia se convierta en una barrera de acceso al derecho fundamental a la salud.

Si la situación genera dificultades en el acceso a los servicios o afecta la continuidad de la atención, el usuario podrá acudir a la Superintendencia Nacional de Salud, para que, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, adelante las actuaciones que correspondan dentro de su ámbito de competencia.

87. «¿Qué efectos produce el reordenamiento territorial de la operación de las entidades promotoras sobre los afiliados?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

88. «¿Puede un afiliado ser trasladado de entidad sin su consentimiento y qué información debe recibir previamente?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

89. «¿Qué derechos conserva el afiliado trasladado de manera automática y puede oponerse o solicitar su reversión?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

90. «¿Qué ocurre con las autorizaciones, citas y tratamientos en curso cuando opera un traslado masivo de afiliados?» (Sic)

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

91. «¿Qué régimen de transición aplica a los usuarios con enfermedades de alto costo en esos traslados?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

92. «¿Qué obligaciones de continuidad asume la entidad receptora respecto de la red de prestadores?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

93. «¿Qué mecanismo tiene el usuario que resulta desprotegido por efecto de un traslado administrativo?» (Sic)

Respuesta: La pregunta no permite identificar un mecanismo único de protección, toda vez que, no precisa el tipo de traslado administrativo ni la situación concreta de desprotección que estaría enfrentando el usuario. En consecuencia, los mecanismos a los que este pueda acudir dependerán de las circunstancias particulares del caso, de la naturaleza de la afectación alegada y de las competencias que el ordenamiento jurídico atribuya a las autoridades involucradas.

Por lo anterior, no es posible señalar de manera general un mecanismo específico, sin contar con información adicional que permita determinar el contexto y los efectos concretos del traslado administrativo sobre la garantía del derecho a la salud del usuario.

94. «¿Cómo se corrige una afiliación múltiple y ante quién se tramita?» (Sic)

Respuesta: La corrección de una afiliación múltiple constituye un trámite de carácter administrativo que debe adelantarse a través de los mecanismos de validación, depuración y actualización de la información de afiliación previstos en el SGSSS.

En ese sentido, la gestión debe realizarse ante la entidad o entidades responsables de la afiliación involucrada, según la situación particular que origine la inconsistencia, con el fin de que se verifique la información registrada y se efectúen los ajustes que correspondan conforme a las reglas de aseguramiento aplicables.

Dado que la pregunta no precisa las entidades involucradas ni el tipo de afiliación múltiple que se presenta, no es posible identificar de manera general una única autoridad competente ni un procedimiento específico, pues ello dependerá de las circunstancias

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

concretas del caso y de las competencias asignadas por la normativa vigente a los actores responsables de la administración de la afiliación.

95. «¿Qué reglas aplican a la afiliación de oficio y al aseguramiento de la población pobre no asegurada?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

96. «¿Qué ocurre con la atención del usuario cuyo régimen subsidiado o contributivo se encuentra suspendido por mora?» (Sic)

Respuesta: La atención del usuario cuyo régimen contributivo o subsidiado se encuentra suspendido por mora debe analizarse conforme a las reglas de aseguramiento aplicables a cada caso. Por tal razón, la sola existencia de una mora no permite concluir de manera general cuáles servicios pueden o no prestarse, ni determinar automáticamente el alcance de la cobertura en salud.

En consecuencia, los efectos de la suspensión sobre la atención del usuario dependerán de las condiciones concretas de afiliación, del régimen al que pertenezca y de la normativa vigente que regule la situación. Por ello, la determinación de las prestaciones a las que puede acceder el usuario requiere la verificación particular de su estado de afiliación y de las reglas aplicables al caso específico.

97. «¿Puede negarse la atención por mora en los aportes del trabajador independiente y cuáles son las excepciones?» (Sic)

Respuesta: La mora en los aportes del trabajador independiente puede generar efectos sobre su afiliación dentro del régimen contributivo; sin embargo, la determinación de sus consecuencias frente a la prestación de servicios de salud debe realizarse conforme a las reglas de aseguramiento previstas en el Decreto 780 de 2016, especialmente en las disposiciones que regulan la afiliación, permanencia, novedades y condiciones de aseguramiento en el SGSSS.

En consecuencia, no es posible afirmar de manera general que toda atención pueda ser negada por la sola existencia de mora en los aportes. La procedencia de la atención y los efectos de dicha mora deben analizarse de acuerdo con el estado de afiliación del usuario, las novedades registradas y las demás condiciones previstas en la normativa de aseguramiento aplicable.

98. «*¿Qué reglas aplican a la afiliación de los beneficiarios y cómo se acredita la condición de dependencia económica?»* (Sic)

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

99. «¿Qué ocurre con la afiliación de la persona que pierde su empleo y cuál es el período de protección al cesante?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

100. « ¿Qué reglas aplican a la afiliación de los trabajadores del servicio doméstico y de los trabajadores por días?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

BLOQUE F. PLAN DE BENEFICIOS, SERVICIOS, SERVICIOS NO FINANCIADOS Y AUTORIZACIONES

101. «¿Cómo se determina hoy qué servicios y tecnologías están financiados con recursos del sistema y cuáles no?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

102. «¿Qué trámite debe seguir el prestador para la prescripción de servicios no financiados y cuál es su término?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

103. «¿Qué ocurre cuando el médico tratante se niega a realizar la prescripción por la vía establecida?» (Sic)

Respuesta: La pregunta no permite establecer una consecuencia única frente a la negativa del médico tratante, toda vez que no precisa cuál es la vía de prescripción a la que se refiere, la tecnología o servicio objeto de la solicitud ni las razones que motivan dicha actuación.

En consecuencia, la situación debe analizarse conforme a la normativa que regula el proceso de prescripción aplicable al caso concreto, teniendo en cuenta que la formulación

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

de servicios y tecnologías en salud involucra aspectos relacionados con el criterio clínico y la autonomía profesional del médico tratante. Asimismo, la valoración de una eventual negativa y de sus efectos dependerá de las circunstancias particulares, de los procedimientos establecidos para la prescripción y de las competencias que correspondan a los diferentes actores del SGSSS.

Por lo anterior, no es posible determinar de manera general qué ocurre ante la negativa del médico tratante ni establecer consecuencias específicas sin analizar las condiciones concretas en que se presenta la situación.

104. «¿Puede la entidad promotora negar un servicio prescrito por el médico tratante y con qué fundamento?» (Sic)

Respuesta: La procedencia de que una EPS niegue un servicio prescrito por el médico tratante no puede determinarse de manera general o abstracta, pues depende de las características del servicio o tecnología ordenada, de los requisitos previstos en la normativa aplicable y de las circunstancias particulares de cada caso.

En ese sentido, la actuación de la EPS debe analizarse a la luz de las disposiciones que regulan el aseguramiento, la prestación de servicios de salud y la prescripción de tecnologías en salud. Por ello, cualquier decisión relacionada con la autorización o suministro de un servicio debe encontrarse sustentada en los criterios y procedimientos previstos en la normativa vigente y no en consideraciones discrecionales de la entidad.

En consecuencia, para establecer si una EPS puede negar un servicio prescrito por el médico tratante y cuál sería el fundamento de dicha decisión, se requiere analizar el caso concreto, la naturaleza de la tecnología o servicio prescrito y las disposiciones normativas aplicables a la situación específica planteada.

105. «¿Qué papel cumple el comité técnico o la junta de profesionales en la negación de un servicio?» (Sic)

Respuesta: La pregunta parte de una valoración sobre el papel que cumplen determinadas instancias técnico-científicas en decisiones relacionadas con la prestación de servicios de salud. Sin embargo, el alcance de su intervención depende del marco normativo aplicable y de las circunstancias particulares de cada caso. En consecuencia, no es posible establecer de manera general que un comité técnico o una junta de profesionales tenga la competencia para ordenar, negar o justificar por sí sola la prestación de un servicio, pues ello requiere analizar las disposiciones vigentes y las condiciones específicas de la situación consultada**.**

106. «¿Es oponible al usuario la negativa fundada en la exclusión expresa de un servicio y cómo se le comunica?» (Sic)

Respuesta: La procedencia de una negativa sustentada en la exclusión expresa de un servicio y la forma en que dicha decisión debe comunicarse al usuario, dependen del marco normativo aplicable y de las circunstancias particulares de cada caso. En consecuencia, no

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

es posible establecer de manera general si una exclusión constituye por sí sola un fundamento suficiente frente al usuario ni definir un mecanismo único de comunicación, sin analizar la tecnología o servicio involucrado y las disposiciones vigentes que regulan la situación consultada.

107. «¿Cuál es el procedimiento vigente para la adopción de exclusiones y qué participación tiene el ciudadano?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

108. «¿Qué ocurre cuando el servicio requerido no tiene alternativa disponible en el país?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

109. «¿Qué reglas aplican al suministro de medicamentos no incluidos y a los medicamentos vitales no disponibles?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), mediante Radicado No. 20261600103116571.

110. «¿Cuál es el término máximo para la entrega de medicamentos y qué ocurre ante la entrega fraccionada?» (Sic)

Respuesta: De acuerdo con el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012 reglamentado por la Resolución 1604 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, los medicamentos pendientes de entrega deben suministrarse dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes cuando no hayan podido ser dispensados completamente al momento de presentar la fórmula médica. En ese sentido, la entrega fraccionada no extingue la obligación de dispensar la totalidad de los medicamentos prescritos, debiendo garantizarse la entrega de las cantidades faltantes en los términos previstos por la normativa vigente.

111. «¿Qué obligaciones surgen para la entidad cuando el medicamento no está disponible en la farmacia asignada?» (Sic)

Respuesta: Cuando el medicamento prescrito no pueda ser dispensado de forma completa e inmediata, el gestor farmacéutico mantiene la obligación de suministrar los medicamentos pendientes dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la presentación de la fórmula médica, salvo las excepciones previstas para medicamentos de baja rotación, de conformidad con el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Asimismo, la Resolución 1604 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social establece medidas orientadas a garantizar la entrega oportuna de medicamentos y evitar barreras de acceso derivadas de entregas incompletas. También prevé obligaciones relacionadas con el reporte de medicamentos pendientes de entrega, por lo que los operadores de la dispensación deben registrar en los mecanismos de información dispuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social los eventos de no entrega y las causas que los originan, incluyendo aquellas asociadas a situaciones de desabastecimiento.

En consecuencia, cuando el medicamento no se encuentra disponible para su dispensación, corresponde garantizar su entrega dentro de los términos previstos en la normativa vigente, evitar la interrupción del tratamiento del usuario y cumplir con las obligaciones de reporte e información establecidas para los medicamentos pendientes de entrega o desabastecidos.

112. «¿Puede exigirse al usuario desplazarse a otro municipio para reclamar sus medicamentos?» (Sic)

Respuesta: En términos generales, no debe exigirse al usuario desplazarse a otro municipio para reclamar sus medicamentos. De conformidad con el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012, los medicamentos pendientes de entrega deben ser suministrados dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes, salvo las excepciones previstas para medicamentos de baja rotación.

Adicionalmente, la Resolución 1604 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social dispone que los medicamentos no dispensados al momento de la presentación de la fórmula médica deben ser enviados al domicilio del afiliado o al lugar de trabajo autorizado por este.

En consecuencia, las dificultades de disponibilidad o de organización de la dispensación no deben trasladarse al usuario, sino ser gestionadas por los responsables de garantizar la entrega oportuna del medicamento y la continuidad del tratamiento.

113. «¿Qué reglas aplican al suministro de insumos, dispositivos, pañales y complementos nutricionales?» (Sic)

Respuesta: El suministro de insumos, dispositivos médicos, pañales y complementos nutricionales debe sujetarse a las reglas de financiación, cobertura y prescripción previstas en la normativa vigente del SGSSS. En tal sentido, su entrega depende de que exista una valoración clínica individual y la correspondiente prescripción por parte del profesional de salud tratante, conforme a los criterios definidos en la regulación aplicable.

Asimismo, la procedencia de estas tecnologías debe analizarse de acuerdo con las disposiciones contenidas en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Decreto 780 de 2016 y la normativa expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social en materia de financiación y suministro de tecnologías en salud, incluyendo las disposiciones sobre exclusiones y mecanismos de acceso.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, puede conocer las reclamaciones relacionadas con eventuales barreras de acceso o incumplimientos en la entrega de tecnologías en salud cuando ello corresponda a su ámbito competencial, pero no le corresponde determinar en cada caso la pertinencia clínica ni ordenar la prescripción de una tecnología específica, decisiones que se encuentran asociadas al criterio del profesional tratante y al marco normativo aplicable.

114. «¿Qué doctrina existe sobre el reconocimiento de cuidador domiciliario y de enfermería en casa?» (Sic)

Respuesta: La pregunta está orientada a conocer la doctrina o desarrollo jurisprudencial sobre el reconocimiento de cuidador domiciliario y de enfermería en casa, asunto que ha sido abordado principalmente por la jurisprudencia de la Corte Constitucional a partir del análisis de casos concretos relacionados con la protección del derecho fundamental a la salud y las condiciones de vulnerabilidad de los usuarios.

No obstante, la determinación de la procedencia, alcance y condiciones para el reconocimiento de un cuidador domiciliario o de servicios de enfermería en casa requiere una valoración de las circunstancias particulares de cada caso y del desarrollo jurisprudencial aplicable. En consecuencia, se trata de una materia de interpretación constitucional cuyo análisis excede las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud en sede administrativa.

Por lo anterior, esta Entidad no emite doctrina ni interpreta el alcance de los criterios jurisprudenciales fijados por la Corte Constitucional, correspondiendo a la autoridad judicial definir el alcance de dichas decisiones y su aplicación a situaciones concretas. Sin perjuicio de ello, la prestación de servicios de atención domiciliaria y demás tecnologías en salud, debe observar la normativa vigente y las condiciones particulares determinadas para cada usuario por los actores competentes del SGSSS.

115. «¿Cuál es el término máximo para asignar una cita con especialista y qué remedio tiene el usuario ante la demora?» (Sic)

Respuesta: La normativa vigente no establece un término máximo general y único para la asignación de citas con especialistas. No obstante, las entidades responsables de la prestación de servicios de salud deben garantizar la atención en condiciones de oportunidad, accesibilidad y continuidad, de acuerdo con las necesidades clínicas del usuario y las condiciones particulares de cada caso.

En cuanto a la demora en la asignación, su análisis debe realizarse atendiendo las circunstancias concretas que la originan y las obligaciones que correspondan a los actores del SGSSS. En esos eventos, el usuario puede acudir a los mecanismos de atención de peticiones, quejas o reclamos dispuestos por la entidad responsable y, de ser el caso, presentar la correspondiente reclamación ante la Superintendencia Nacional de Salud, para que se adelanten las actuaciones que resulten procedentes dentro del ámbito de sus competencias.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

116. «¿Cuál es el término para autorizar un procedimiento y cuándo se entiende negada tácitamente la autorización?» (Sic)

Respuesta: La normativa vigente no establece un término único y general para la autorización de todos los procedimientos de salud ni prevé, de manera general, que la falta de respuesta configure una negativa tácita. La gestión de las solicitudes debe realizarse en condiciones de oportunidad, conforme a la regulación aplicable al servicio requerido y a las circunstancias de cada caso. En consecuencia, la determinación de un eventual incumplimiento requiere analizar las condiciones específicas de la solicitud y las obligaciones que correspondan a la entidad responsable.

117. «¿Es válida la exigencia de autorización previa para servicios de urgencia?» (Sic)

Respuesta: No. La exigencia de autorización previa para la atención inicial de urgencias no es procedente. De conformidad con el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, las disposiciones contenidas en el Decreto 780 de 2016 y los principios consagrados en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la atención inicial de urgencias debe garantizarse sin que pueda condicionarse a trámites administrativos, autorizaciones previas o verificaciones relacionadas con la afiliación o la capacidad de pago del usuario. Los aspectos administrativos, contractuales o de reconocimiento de los servicios deben resolverse entre los actores del sistema con posterioridad a la prestación de la atención requerida.

118. «¿Qué ocurre cuando la entidad autoriza el servicio pero la red no tiene disponibilidad en un plazo razonable?» (Sic)

Respuesta: La sola autorización de un servicio no agota las obligaciones de la entidad responsable del aseguramiento. Cuando la red contratada no cuenta con disponibilidad para garantizar la atención en condiciones de oportunidad, corresponde a la entidad adoptar las medidas necesarias para asegurar la prestación efectiva del servicio, de conformidad con los principios de accesibilidad, continuidad y oportunidad previstos en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y en el Decreto 780 de 2016.

En consecuencia, la falta de disponibilidad de la red no puede constituir una barrera de acceso para el usuario ni trasladarle la carga de gestionar por sus propios medios la obtención del servicio. Corresponde a la entidad gestionar las alternativas disponibles dentro de su red o mediante los mecanismos previstos en la normativa vigente para garantizar la atención requerida en un plazo acorde con la condición clínica del usuario.

119. «¿Qué derechos tiene el usuario que debe acudir a un prestador privado ante la demora de la entidad?» (Sic)

Respuesta: Desde la perspectiva de las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud, no es posible determinar de manera general cuáles son los derechos que tendría un usuario por el hecho de acudir a un prestador privado ante una presunta demora de la entidad responsable, ya que ello depende de las circunstancias particulares de cada caso.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

No obstante, las entidades del SGSSS tienen la obligación de garantizar el acceso oportuno a los servicios de salud, evitando barreras que afecten su prestación. Cuando un usuario considere que se ha presentado una demora injustificada o una afectación en el acceso a los servicios de salud, podrá presentar la correspondiente petición, queja o reclamo ante la entidad responsable y, de ser el caso, acudir a la Superintendencia Nacional de Salud para que, en el marco de sus funciones de inspección, vigilancia y control o de sus competencias jurisdiccionales cuando resulten procedentes, adelante las actuaciones que la ley le atribuye.

En consecuencia, la existencia de una demora no permite concluir de manera automática que surja un derecho al reconocimiento de gastos o al reembolso de los costos asumidos ante un prestador privado. La procedencia de cualquier reconocimiento deberá analizarse a partir de las circunstancias concretas del caso, de la normativa aplicable y de las competencias de las autoridades llamadas a conocer la situación.

120. «¿Procede el reembolso de los gastos asumidos por el usuario en esos casos y cuál es el trámite?» (Sic)

Respuesta: La procedencia del reembolso de los gastos asumidos por un usuario no puede determinarse de manera general, pues depende de las circunstancias particulares que dieron lugar a la atención, de las actuaciones adelantadas ante la entidad responsable y de la normativa aplicable al caso concreto.

En consecuencia, tampoco existe un trámite único que resulte aplicable a todos los eventos en que un usuario acude a un prestador privado. La procedencia de cualquier solicitud de reembolso requiere analizar, entre otros aspectos, las razones que motivaron la atención, los soportes correspondientes y las obligaciones que eventualmente pudieran ser exigibles a la entidad involucrada.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, puede conocer reclamaciones relacionadas con presuntas barreras de acceso o afectaciones en la prestación de los servicios de salud; sin embargo, no le corresponde determinar de manera abstracta la procedencia de un reembolso ni definir un trámite general para su reconocimiento sin la valoración de las circunstancias específicas de cada caso.

121. «¿Qué reglas aplican a la continuidad del tratamiento iniciado con un prestador que sale de la red?» (Sic)

Respuesta: Los cambios en la red de prestación no deben afectar la continuidad de los tratamientos que se encuentren en curso. En consecuencia, cuando un prestador deja de hacer parte de la red contratada por la entidad responsable, corresponde a esta adoptar las medidas necesarias para garantizar que el usuario continúe recibiendo la atención requerida en condiciones de continuidad, accesibilidad y oportunidad.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

En ese sentido, las modificaciones en la red de prestadores no pueden traducirse, por sí solas, en la interrupción de tratamientos, procedimientos o controles que ya se encuentren en ejecución. La entidad responsable debe gestionar las alternativas disponibles dentro de su red y coordinar la prestación de los servicios requeridos para evitar afectaciones en la atención del usuario.

Por lo tanto, las reglas aplicables en estos casos se encuentran orientadas a garantizar la continuidad del tratamiento y a evitar que los cambios en la organización o contratación de la red constituyan una barrera para el acceso efectivo a los servicios de salud. Desde la perspectiva de la Superintendencia Nacional de Salud, el incumplimiento de estas obligaciones puede dar lugar a actuaciones dentro de sus competencias de inspección, vigilancia y control cuando se evidencien afectaciones en el acceso oportuno y continuo a los servicios de salud.

122. «¿Qué doctrina existe sobre la integralidad del servicio y la prohibición de fraccionar la atención?» (Sic)

Respuesta: La pregunta está orientada a conocer la doctrina o desarrollo jurisprudencial relacionado con el principio de integralidad en la prestación de los servicios de salud y la denominada prohibición de fraccionar la atención. Estos temas han sido desarrollados principalmente por la Corte Constitucional en el marco de sus decisiones judiciales, a partir del análisis de casos concretos vinculados con la protección del derecho fundamental a la salud.

No obstante, el alcance de dicha doctrina, así como las reglas jurisprudenciales aplicables a cada situación, corresponde al ámbito de interpretación y definición de las autoridades judiciales competentes. En consecuencia, se trata de una materia cuyo análisis excede las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud en sede administrativa.

Por lo anterior, esta Entidad no emite doctrina ni interpreta el alcance de los criterios jurisprudenciales fijados por la Corte Constitucional sobre la integralidad de los servicios de salud o la prohibición de fraccionar la atención, correspondiendo a la autoridad judicial definir el contenido y aplicación de tales criterios en cada caso concreto. Sin perjuicio de ello, los actores del SGSSS deben garantizar la prestación de los servicios de conformidad con la normativa vigente y las obligaciones que les resulten aplicables.

BLOQUE G. PRESTACIONES ECONÓMICAS, COPAGOS Y APORTES

123. «¿Qué entidad debe reconocer y pagar las incapacidades según su duración y el régimen del afiliado?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

124. «¿Cuál es el término para el pago de una incapacidad y ante quién se reclama la mora?» (Sic)

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

125. «¿Qué requisitos puede exigir la entidad para el pago de la incapacidad y cuáles constituyen exigencias no previstas en la ley?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

126. «¿Qué ocurre con las incapacidades transcritas por la entidad y cuál es el término para esa transcripción?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

127. «¿Qué reglas aplican a las incapacidades superiores a ciento ochenta días y quién asume su pago?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

128. «¿Qué ocurre cuando la entidad promotora y la administradora de pensiones se atribuyen mutuamente la obligación?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

129. «¿Qué mecanismo tiene el afiliado frente a ese conflicto de competencias entre entidades?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

130. «¿Qué reglas aplican al pago de incapacidades del trabajador independiente y qué mora lo excluye del derecho?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

131. «¿Qué reglas aplican a la licencia de maternidad y de paternidad y cuál es el término para su pago?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

132. «¿Qué ocurre cuando hubo mora en los aportes durante la gestación?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

133. «¿Procede el pago proporcional de la licencia y en qué casos?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

134. «¿Cuál es el régimen vigente de copagos y cuotas moderadoras y cómo se determina su monto?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

135. «¿Qué poblaciones están exentas de copagos y cómo se acredita esa condición?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

136. «¿Puede condicionarse la prestación del servicio al pago previo del copago?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

137. «¿Qué reglas aplican a los períodos mínimos de cotización y subsisten hoy para algún servicio?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

138. «¿Qué ocurre cuando la entidad exige semanas de cotización no previstas en la norma vigente?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

BLOQUE H. MEDIDAS ESPECIALES, INTERVENCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE ENTIDADES

139. «¿Cuáles son las medidas especiales que puede adoptar la Superintendencia y cuál es el procedimiento para su imposición?» (Sic)

Respuesta: Las medidas especiales son mecanismos de intervención administrativa que puede adoptar la Superintendencia Nacional de Salud respecto de sus entidades vigiladas cuando se presenten situaciones que comprometan la adecuada prestación de los servicios de salud, la protección de los recursos del sistema o los derechos de los usuarios.

De conformidad con las facultades previstas en la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011 y demás normas aplicables, la Superintendencia Nacional de Salud puede adoptar medidas como la vigilancia especial, la intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar, la remoción de administradores, revisores fiscales u otros órganos de dirección y control, así como la toma de posesión de bienes, haberes y negocios de las entidades vigiladas.

La adopción de estas medidas está precedida de la identificación y evaluación de situaciones que puedan poner en riesgo la adecuada prestación de los servicios de salud, el cumplimiento de las condiciones financieras o administrativas de la entidad o la protección de los recursos del sistema. Una vez verificados los supuestos previstos en la ley, la Superintendencia Nacional de Salud realiza el análisis técnico y jurídico correspondiente y, de encontrar acreditadas las causales, adopta la medida mediante acto administrativo debidamente motivado, en el que se determina su alcance, condiciones y efectos.

En consecuencia, no existe un procedimiento único aplicable a todas las medidas especiales, pues este dependerá de la naturaleza de la medida que se pretenda imponer y de las circunstancias particulares de la entidad vigilada. Sin embargo, en todos los casos su adopción exige la verificación previa de las causales legales y la expedición del correspondiente acto administrativo por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

140. «¿Qué diferencia existe entre la vigilancia especial, la intervención para administrar y la intervención para liquidar?» (Sic)

Respuesta: La diferencia entre la vigilancia especial, la intervención forzosa administrativa para administrar y la intervención forzosa administrativa para liquidar radica principalmente en el nivel de riesgo identificado, la intensidad de la intervención de la autoridad y el propósito perseguido por la medida.

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

- **Vigilancia especial:** es una medida de seguimiento y control reforzado mediante la cual la Superintendencia Nacional de Salud supervisa de manera más estricta a una entidad vigilada que presenta situaciones de riesgo o incumplimientos que pueden afectar la prestación de los servicios de salud o el manejo de los recursos del sistema. Su finalidad es corregir las deficiencias identificadas y evitar que la situación se agrave, sin desplazar a los órganos de administración de la entidad.

- **Intervención forzosa administrativa para administrar:** procede cuando las condiciones de la entidad requieren una actuación más intensa por parte de la autoridad de supervisión. Mediante esta medida, la Superintendencia Nacional de Salud asume el control de la administración a través de un agente interventor, con el propósito de superar las causas que dieron origen a la intervención, restablecer la viabilidad de la entidad y garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud.

- **Intervención forzosa administrativa para liquidar:** se adopta cuando la situación de la entidad evidencia que no es viable su recuperación o cuando concurren las causales legales que hacen procedente su liquidación. Su finalidad es poner fin a la existencia jurídica de la entidad mediante un proceso ordenado de liquidación, garantizando la protección de los usuarios, la adecuada administración de los recursos y el cumplimiento de las disposiciones legales aplicables.

En consecuencia, la vigilancia especial busca corregir y prevenir riesgos manteniendo la administración ordinaria de la entidad; la intervención para administrar implica la sustitución temporal de la administración para recuperar la entidad; y la intervención para liquidar tiene como finalidad la terminación definitiva de la entidad vigilada cuando su recuperación no resulta viable.

141. «¿Cuál es la duración máxima de una medida de intervención y cómo se prorroga?» (Sic)

Respuesta: Frente al particular es menester informar que en el artículo 114 del Decreto Ley 663 de 1993, se encuentran definidas las causales de la toma de posesión de los bienes, haberes y negocios de una entidad sujeta a la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud; de igual manera, el artículo 115 del Decreto Ley 663 de 1993, en concordancia con el artículo 9.1.1.1.1 del Decreto 2555 de 2010, señala que la toma de posesión tiene como fin, establecer si la entidad debe ser objeto de liquidación, si es posible colocarla en condiciones de desarrollar adecuadamente su objeto social o si se pueden realizar otras operaciones que permitan lograr mejores condiciones para los afiliados y sus acreedores.

En este sentido, el inciso tercero del numeral 2 del artículo 116 del Decreto Ley 663 de 1993, en concordancia con lo establecido en el inciso tercero del numeral 2 del artículo 9.1.2.1.1 del Decreto 2555 de 2010, definen que la toma de posesión para administrar no podrá exceder del plazo de un (1) año prorrogable por un término igual, sin perjuicio de que

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

el Gobierno Nacional por resolución ejecutiva autorice una prórroga mayor cuando así se requiera según las características de la institución.

142. «¿Qué recursos proceden contra el acto que adopta una medida especial y quién está legitimado para interponerlos?» (Sic)

Respuesta: De conformidad con el artículo 17 de la Ley 1966 de 2019, en concordancia con el artículo 335 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y el artículo 2.5.5.1.9 del Decreto 780 de 2016, contra la resolución que ordena la toma de posesión inmediata de bienes, haberes y negocios o la intervención forzosa administrativa para administrar procede el recurso de reposición en efecto devolutivo.

La interposición de dicho recurso no suspende la ejecución de la medida, la cual es de cumplimiento inmediato dadas sus finalidades de protección de la prestación de los servicios de salud, de los recursos del sistema y de los derechos de los usuarios.

El recurso podrá interponerse en el momento de la diligencia de notificación o dentro de los diez (10) días siguientes a esta, ante el despacho del Superintendente Nacional de Salud, de conformidad con las reglas previstas en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, normativa que igualmente regula los aspectos relativos a la legitimación para su interposición.

En consecuencia, se encuentran legitimados para interponer el recurso quienes acrediten un interés jurídico directo en la actuación administrativa, en los términos establecidos por el ordenamiento jurídico.

143. «¿Qué efectos produce la intervención sobre los procesos judiciales en curso contra la entidad intervenida?»

Respuesta: La toma de posesión y la intervención forzosa administrativa producen efectos sobre los procesos judiciales que cursan contra la entidad intervenida, en los términos de los artículos 115 y 116 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, aplicables al sector salud. En particular, se suspenden los procesos ejecutivos en curso por obligaciones anteriores a la medida, no pueden iniciarse nuevos procesos ejecutivos por tales obligaciones, los expedientes deben remitirse al agente especial o interventor y se dispondrá el levantamiento de los embargos y medidas cautelares decretadas sobre bienes de la entidad. Estas medidas buscan garantizar la universalidad del proceso de intervención y la adecuada protección de los recursos destinados a la prestación del servicio público de salud

144. «¿Se suspenden los procesos ejecutivos y se levantan las medidas cautelares con la toma de posesión?» (Sic)

Respuesta: Sí, de conformidad con la respuesta anterior.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

145. «¿Qué ocurre con los embargos decretados antes de la intervención sobre cuentas de la entidad?» (Sic)

Respuesta: La toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios de una entidad vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud produce, entre otros efectos legales, la cancelación y levantamiento de los embargos decretados con anterioridad a la medida que afecten bienes y recursos de la entidad intervenida, incluidas sus cuentas bancarias. Así lo prevé el artículo 116 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (EOSF), norma aplicable a las medidas de toma de posesión e intervención forzosa administrativa en el sector salud.

146. «¿Qué régimen aplica a la prelación de créditos en la liquidación de una entidad promotora de salud?» (Sic)

Respuesta: La liquidación forzosa administrativa de las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud se rige por el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, el parágrafo 2 del artículo 233 de la Ley 100 de 1993, el artículo 68 de la Ley 1753 de 2015 y el artículo 2.5.5.1.1 del Decreto 780 de 2016. Estas normas remiten al Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, Decreto Ley 663 de 1993 (en adelante, EOSF), y al Decreto 2555 de 2010, en concordancia con las normas especiales del SGSSS. Cuando la liquidación no la ordena esta Superintendencia, el régimen depende de su causa: la liquidación voluntaria de sociedades se rige por el Código de Comercio, y la de entidades públicas por el Decreto Ley 254 de 2000, modificado por la Ley 1105 de 2006.

En ningún caso aplica a las EPS ni a las IPS el régimen de insolvencia de la Ley 1116 de 2006 ni sus reglas de graduación de créditos, pues el numeral 1 del artículo 3 de esa ley las excluye expresamente.

La prelación de créditos en la liquidación de una EPS está gobernada, en primer término, por una norma especial del sector: el artículo 12 de la Ley 1797 de 2016, aplicable a los procesos de liquidación de las EPS, incluso los que se encontraban en curso a su entrada en vigencia, y a los de las IPS.

La Corte Constitucional declaró exequible la expresión “incluso los que están en curso” mediante la Sentencia C-089 de 2018. Según esa disposición, previo el cubrimiento de los recursos adeudados al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), hoy ADRES, y de los recursos relacionados con los mecanismos de redistribución de riesgo, los créditos se pagan en el siguiente orden:

a. deudas laborales;
b. deudas reconocidas a IPS, incluidos los servicios o tecnologías prestados por urgencias aunque no medie contrato;
c. deudas de impuestos nacionales y municipales;
d. deudas con garantía prendaria o hipotecaria, y
e. deuda quirografaria.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

En la misma línea, el artículo 10 de la Resolución 784 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social dispone que los saldos adeudados a los recursos administrados por la ADRES se compensen con los saldos a favor de las entidades en liquidación, atendiendo el orden de prelación del citado artículo 12.

El procedimiento mediante el cual se reconocen, califican y gradúan las acreencias es el de la liquidación forzosa administrativa del EOSF y del Decreto 2555 de 2010, aplicable por remisión del artículo 68 de la Ley 715 de 2001 y del artículo 2.5.5.1.1 del Decreto 780 de 2016.

Dentro de ese procedimiento, antes de pagar los créditos graduados, el liquidador debe restituir los bienes y sumas excluidos de la masa de la liquidación y atender los gastos de administración de la liquidación. Las reglas generales de los artículos 2488 y siguientes del Código Civil se aplican de manera supletoria, en lo que no regulen las normas especiales: el artículo 12 de la Ley 1797 de 2016 y, por remisión del artículo 68 de la Ley 715 de 2001, el EOSF y el Decreto 2555 de 2010.

En las liquidaciones no ordenadas por la Superintendencia, el artículo 12 de la Ley 1797 de 2016 también resulta aplicable, porque se refiere a los procesos de liquidación de EPS e IPS sin distinguir la causa que los origina. Lo que varía en esos casos es el procedimiento y la autoridad que conduce el proceso, no el orden de prelación.

Cuando la entidad en liquidación es de naturaleza pública, el régimen aplicable es distinto. La supresión o disolución y liquidación de las entidades públicas de la Rama Ejecutiva del orden nacional se rige por el Decreto Ley 254 de 2000, modificado por la Ley 1105 de 2006. Lo mismo ocurre con la liquidación de las sociedades públicas, de las sociedades de economía mixta en las que el Estado posea el noventa por ciento (90 %) o más del capital social y de las Empresas Sociales del Estado (ESE). Ese Decreto es la norma especial que determina el régimen aplicable en esos casos, según su artículo 1. Las entidades territoriales y sus descentralizadas también se sujetan a él cuando decidan suprimir o disolver y liquidar una entidad pública de su nivel, en los términos del parágrafo 1 del mismo artículo. Los vacíos de ese régimen se complementan con el EOSF y las normas que lo desarrollan, entre ellas el Decreto 2555 de 2010. En estos procesos el liquidador no lo designa la Superintendencia Nacional de Salud. Como el artículo 12 de la Ley 1797 de 2016 no distingue la naturaleza jurídica de la IPS, su orden de prelación también rige en la liquidación de las ESE.

147. «¿Qué prelación tienen las acreencias laborales, las de los prestadores y las de los proveedores?» (Sic)

Respuesta: Conforme al artículo 12 de la Ley 1797 de 2016, una vez cubiertos los recursos adeudados a la ADRES y los relacionados con los mecanismos de redistribución de riesgo, el orden entre las categorías consultadas es el siguiente.

- **Primero**, las acreencias laborales, que ocupan el primer lugar de la prelación (literal a).

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

- **Segundo**, las acreencias reconocidas a las IPS (literal b), que se pagan antes que las deudas tributarias, las garantizadas con prenda o hipoteca y las quirografarias. Este privilegio recae sobre las deudas por servicios o tecnologías en salud que la liquidación reconozca, incluidas las atenciones de urgencias prestadas sin contrato, previa la auditoría y revisión de cuentas que la misma norma ordena.
  El fundamento de esa auditoría es el propio literal b) del artículo 12 de la Ley 1797 de 2016, según el cual, frente a las deudas con las IPS, "la liquidación debe desarrollar la auditoría y revisión de cuentas para su reconocimiento en lo pertinente". Se trata de un deber legal de la liquidación, que condiciona el privilegio del literal b) a lo efectivamente reconocido. La auditoría toma como referencia técnica el trámite de glosas del artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, los soportes de cobro y el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas adoptados por la Resolución 2284 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social, y el registro individual de prestación de servicios de salud (RIPS), que es soporte obligatorio de la factura electrónica en salud según la Resolución 2275 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social. Lo anterior se integra al procedimiento de calificación de créditos en el que el liquidador rechaza las reclamaciones que no resulten acreditadas.

  La prelación se determina por la naturaleza de la obligación y no solo por la calidad del acreedor: una obligación a favor de una IPS que no derive de la prestación de servicios de salud no queda comprendida en el literal b).

- **Tercero**, las acreencias de proveedores de bienes y servicios distintos de los de salud, que por regla general son créditos quirografarios (literal e), salvo que cuenten con garantía prendaria o hipotecaria (literal d) o con otro privilegio que la ley les reconozca expresamente.

148. «¿Cómo y en qué término deben presentarse las reclamaciones de acreencias ante el liquidador?» (Sic)

Respuesta: En aplicación del Régimen de Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar, el liquidador designado dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha en que se disponga la liquidación, debe emplazar mediante avisos a quienes tengan reclamaciones de cualquier índole contra la entidad (artículo 9.1.3.2.1 del Decreto 2555 de 2010). El aviso indica, entre otros aspectos, el lugar y la forma de presentación, el término para reclamar y la advertencia de que, vencido ese término, el liquidador no tendrá facultad para aceptar reclamación alguna. Dicho término no puede exceder de un (1) mes, contado a partir de la publicación del último aviso.

La reclamación se presenta ante el liquidador, en el lugar y por los medios físicos o electrónicos señalados en el aviso, acompañada de las pruebas de la existencia y la cuantía del crédito. Cuando la obligación conste en un título valor, debe aportarse el original del título. Vencido el término, se corre traslado de las reclamaciones para que los interesados puedan objetarlas y, luego, el liquidador decide mediante acto administrativo motivado (artículos 9.1.3.2.3 y 9.1.3.2.4 del Decreto 2555 de 2010).

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

En las liquidaciones no ordenadas por esta Superintendencia rigen reglas propias. En la liquidación de entidades públicas, el artículo 23 del Decreto Ley 254 de 2000, modificado por el artículo 12 de la Ley 1105 de 2006, prevé que el emplazamiento se haga dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes al inicio de la liquidación. Se hace mediante un aviso fijado en las oficinas de la entidad y dos avisos publicados en un diario de amplia circulación nacional, con un intervalo no inferior a ocho (8) días calendario. Según el artículo 24 del mismo Decreto, el término para reclamar, el traslado de las reclamaciones y la decisión sobre ellas se sujetan a las disposiciones que rigen a las entidades financieras.

En la liquidación voluntaria de sociedades, el liquidador debe informar a los acreedores sobre el estado de liquidación mediante aviso, conforme al artículo 232 del Código de Comercio.

149. «¿Qué ocurre con las reclamaciones presentadas extemporáneamente y existe alguna oportunidad posterior? (Sic)

Respuesta: Las reclamaciones presentadas después de vencido el término del emplazamiento son extemporáneas, y el liquidador no puede aceptarlas como créditos oportunos. Sin embargo, la extemporaneidad no extingue la obligación. El literal b) del artículo 9.1.3.2.1 del Decreto 2555 de 2010 exige que el aviso de emplazamiento advierta que las obligaciones no reclamadas y las reclamaciones extemporáneas serán calificadas como pasivo cierto no reclamado.

Ese pasivo se rige por el artículo 9.1.3.2.7 del mismo Decreto. Según esa disposición, si después de atendidas las obligaciones excluidas de la masa y las que están a cargo de ella subsisten recursos, el liquidador determina mediante acto administrativo el pasivo cierto no reclamado, y señala su naturaleza, su prelación legal y su cuantía. Para ello, tiene en cuenta los pasivos que no fueron reclamados oportunamente pero que aparecen debidamente registrados en los libros oficiales de contabilidad de la entidad, así como las reclamaciones presentadas extemporáneamente que estén debidamente comprobadas. No se incluyen las obligaciones respecto de las cuales se hayan cumplido los términos de prescripción o de caducidad, según el parágrafo de ese artículo. La notificación de la resolución que determina ese pasivo y el trámite de los recursos contra ella, siguen lo previsto en los artículos 9.1.3.2.5 y 9.1.3.2.6 del Decreto 2555 de 2010.

En consecuencia, la presentación extemporánea desplaza la obligación a un orden de pago posterior al de los créditos reclamados oportunamente. Su pago queda condicionado a que existan recursos remanentes, a que el acreedor acredite debidamente su crédito y a que este no haya prescrito ni caducado.

En la liquidación de entidades públicas rige una regla equivalente: el artículo 34 del Decreto Ley 254 de 2000 incluye en el pasivo cierto no reclamado las acreencias no reclamadas que aparezcan debidamente justificadas en los libros y comprobantes de la entidad, y las presentadas extemporáneamente que estén debidamente comprobadas.

150. «¿Qué requisitos formales debe cumplir la reclamación y qué soportes son indispensables?» (Sic)

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Respuesta: La reclamación debe presentarse dentro del término y en la forma señalados en el aviso de emplazamiento (artículo 9.1.3.2.1 del Decreto 2555 de 2010) y contener, como mínimo: la identificación completa del acreedor y, si actúa por intermedio de otro, el poder correspondiente; la cuantía reclamada; el concepto u origen de la obligación; la indicación de la prelación, garantía o privilegio que se invoca; y los datos de notificación.

Debe acompañarse de los documentos que acrediten la existencia, exigibilidad y cuantía de la obligación, tales como contratos, facturas, cuentas de cobro, títulos valores en original, providencias judiciales con constancia de ejecutoria, actos administrativos o certificaciones.

La carga de probar el crédito corresponde al reclamante, y el liquidador rechazará la reclamación cuya procedencia o validez no resulte acreditada. Para las acreencias de prestadores de servicios de salud aplican además los soportes señalados en la respuesta a la pregunta 151.

151. «¿Cómo se acreditan las acreencias derivadas de facturas glosadas o en discusión?» (Sic)

Respuesta: La sola presentación de una factura glosada no basta para su reconocimiento. El literal b) del artículo 12 de la Ley 1797 de 2016 dispone que, frente a las deudas con las IPS, la liquidación debe desarrollar la auditoría y revisión de cuentas para su reconocimiento en lo pertinente. Por ello, el prestador debe aportar con su reclamación:

(i) la factura y la constancia de su radicación ante la EPS;
(ii) los soportes de la prestación del servicio exigidos por la normativa vigente para el cobro, como los RIPS, la autorización cuando era exigible y los registros clínicos que acrediten la atención;
(iii) la glosa formulada por la EPS y la respuesta del prestador, y
(iv) las actas de conciliación o de auditoría, si existieron.

Con base en la auditoría, el liquidador puede reconocer total o parcialmente el valor reclamado, o rechazarlo cuando no se acredite. El valor glosado que el prestador logre desvirtuar con soportes se reconoce dentro de la prelación del literal b); el que no se desvirtúe, se rechaza, y frente a esa decisión procede el recurso descrito en la respuesta a la pregunta 152. El trámite de glosas previsto en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 y en sus normas reglamentarias sirve de referencia técnica para esa auditoría.

152. «¿Qué recurso procede contra la decisión que rechaza o califica una acreencia?» (Sic)

Respuesta: Las decisiones del liquidador sobre aceptación, rechazo, prelación o calificación de créditos son actos administrativos. De acuerdo con el numeral 2 del artículo 295 del EOSF, contra ellos solo procede el recurso de reposición, que se interpone ante el propio liquidador (particular en ejercicio de funciones públicas transitorias que actúa como auxiliar de la justicia) dentro del término indicado en el acto administrativo respectivo y en

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

el aviso que lo da a conocer; contra los actos de trámite, preparatorios, de impulso o de ejecución no procede recurso alguno.

Si no se recurren, las decisiones quedan en firme respecto de cada crédito. Adicionalmente, no procede recurso de apelación ante la Superintendencia Nacional de Salud, dado que no es superior jerárquico del liquidador. El liquidador actúa como auxiliar de la justicia y no puede reputarse trabajador o empleado de la entidad en liquidación (numeral 6 del artículo 295 del EOSF). Por el contrario, frente a los liquidadores que designa, la Superintendencia ejerce funciones de inspección, vigilancia y control: hace seguimiento a su gestión, protege los derechos de los usuarios y vigila el flujo de los recursos de la salud.

Resuelto el recurso, el acreedor puede acudir a la jurisdicción de lo contencioso administrativo mediante el medio de control de nulidad y restablecimiento del derecho (artículo 138 de la Ley 1437 de 2011), dentro del término de caducidad de cuatro (4) meses previsto en el literal d) del numeral 2 del artículo 164 de la misma ley. La demanda no suspende el proceso liquidatorio.

En la liquidación de entidades públicas, el artículo 7 del Decreto Ley 254 de 2000, modificado por la Ley 1105 de 2006, atribuye la misma naturaleza de actos administrativos a las decisiones del liquidador sobre créditos y dispone que contra ellas únicamente procede el recurso de reposición.

En la liquidación voluntaria de una sociedad, el liquidador no ejerce funciones administrativas, y las controversias sobre créditos se ventilan ante la jurisdicción ordinaria.

153. «¿Cómo se notifican las decisiones del liquidador a los acreedores y qué publicidad debe darse?» (Sic)

Respuesta: La resolución que decide sobre las reclamaciones se da a conocer conforme al procedimiento especial de liquidación forzosa administrativa, mediante la publicación de avisos que informan la expedición del acto, el término para interponer recursos y el lugar donde puede consultarse su texto completo.

En lo no previsto por ese procedimiento se aplican las reglas de notificación de los artículos 66 y siguientes de la Ley 1437 de 2011. Las resoluciones que deciden los recursos se notifican al recurrente y al titular de la acreencia sobre la que se decide.

Como buena práctica, y en atención a los principios de publicidad y transparencia de la función administrativa que rigen la actuación del liquidador, los actos y avisos de la liquidación deben publicarse también en el sitio *web* del proceso liquidatorio.

154. «¿Qué ocurre con las sentencias judiciales en firme contra la entidad en liquidación?» (Sic)

Respuesta: La toma de posesión para liquidar produce, entre otros efectos, la suspensión de los procesos ejecutivos en curso y la imposibilidad de admitir nuevos procesos de esa naturaleza respecto de obligaciones causadas con anterioridad a la medida, de conformidad

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

con el literal d) del artículo 9.1.1.1.1 del Decreto 2555 de 2010, en concordancia con los artículos 20 y 70 de la Ley 1116 de 2006. En consecuencia, los procesos ejecutivos deben remitirse al trámite liquidatorio para que los créditos allí reclamados sean incorporados al proceso concursal.

Cuando existe una sentencia judicial ejecutoriada, esta constituye plena prueba de la existencia y cuantía de la obligación, razón por la cual el liquidador no puede desconocer ni reexaminar lo decidido por la autoridad judicial. Sin embargo, el reconocimiento derivado de la sentencia no implica su pago inmediato o por fuera del proceso liquidatorio. El crédito debe ser calificado y graduado conforme a las reglas de prelación legal y será pagado según la disponibilidad de recursos de la masa de la liquidación y en igualdad de condiciones con los demás acreedores de la misma clase.

Por su parte, los procesos declarativos continúan su trámite con la entidad en liquidación representada por el liquidador, quien debe adoptar las medidas necesarias para la defensa de la entidad y constituir las provisiones o reservas correspondientes para atender las contingencias judiciales, de acuerdo con la disponibilidad de recursos. Tratándose de entidades públicas, el liquidador debe informar a los despachos judiciales sobre el inicio del proceso liquidatorio para que los procesos ejecutivos sean terminados y acumulados a la liquidación, conforme al literal d) del artículo 6 del Decreto Ley 254 de 2000.

Adicionalmente, los acreedores que cuenten con sentencia judicial en firme deben presentar oportunamente su reclamación dentro del término fijado en el emplazamiento realizado por el liquidador, anexando copia de la providencia y la respectiva constancia de ejecutoria. El deber de presentación de la reclamación aplica a todos los acreedores, sin que exista una excepción para quienes sean titulares de sentencias judiciales.

Si el acreedor no presenta su reclamación dentro del término establecido, el crédito podrá ser reconocido y atendido como pasivo cierto no reclamado, siempre que la sentencia acredite de manera suficiente la existencia de la obligación, observando el orden de pago previsto para esta clase de acreencias en el artículo 9.1.3.2.7 del Decreto 2555 de 2010. Finalmente, cuando la sentencia se profiera con posterioridad al vencimiento del término para presentar reclamaciones, dentro de un proceso judicial conocido por la liquidación y respecto del cual se hubieren constituido las correspondientes reservas, el crédito será atendido con cargo a dichas reservas y de acuerdo con la prelación legal que le corresponda.

155. «¿Deben los acreedores con sentencia presentar igualmente su reclamación ante el liquidador?» (Sic)

Respuesta: Los acreedores que cuenten con sentencia judicial en firme deben presentar oportunamente su reclamación dentro del término fijado en el emplazamiento realizado por el liquidador, anexando copia de la providencia y la respectiva constancia de ejecutoria. El deber de presentación de la reclamación aplica a todos los acreedores, sin que exista una excepción para quienes sean titulares de sentencias judiciales.

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Si el acreedor no presenta su reclamación dentro del término establecido, el crédito podrá ser reconocido y atendido como pasivo cierto no reclamado, siempre que la sentencia acredite de manera suficiente la existencia de la obligación, observando el orden de pago previsto para esta clase de acreencias en el artículo 9.1.3.2.7 del Decreto 2555 de 2010. Finalmente, cuando la sentencia se profiera con posterioridad al vencimiento del término para presentar reclamaciones, dentro de un proceso judicial conocido por la liquidación y respecto del cual se hubieren constituido las correspondientes reservas, el crédito será atendido con cargo a dichas reservas y de acuerdo con la prelación legal que le corresponda.

156. «¿Qué mecanismo tiene el acreedor frente a la inactividad prolongada del liquidador?» (Sic)

Respuesta: En las liquidaciones ordenadas por esta Superintendencia, el acreedor cuenta con varios mecanismos, que pueden usarse de manera simultánea.

a) Derecho de petición ante el liquidador, quien ejerce funciones públicas administrativas transitorias (numeral 1 del artículo 295 del EOSF) y está obligado a responder en los términos de la Ley 1755 de 2015.

b) Queja debidamente soportada y aportando las pruebas que se pretende hacer valer ante la Superintendencia Nacional de Salud, dirigida a la Oficina de Liquidaciones, que realiza seguimiento a la actividad de los liquidadores y contralores (numerales 2 y 5 del artículo 11 del Decreto 1080 de 2021) y traslada las presuntas irregularidades a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas o a las instancias competentes (numeral 15). El Superintendente Nacional de Salud puede remover discrecionalmente al liquidador (numeral 10 del artículo 7 del mismo Decreto), la remoción discrecional del liquidador está regulada, además, en el artículo 23 de la Resolución 2599 de 2016, modificado por la Resolución 390 de 2017 de la Superintendencia Nacional del Salud.

c) Acción de tutela, cuando la inactividad vulnere derechos fundamentales, como el de petición, y no exista otro medio eficaz de protección.

d) Acciones de responsabilidad contra el liquidador por los perjuicios que cause con dolo o culpa grave (numeral 10 del artículo 295 del EOSF), y las denuncias ante los organismos de control competentes.

En las liquidaciones no ordenadas por esta Superintendencia, la Oficina de Liquidaciones puede requerir información y hacer seguimiento sobre los recursos del sector y los derechos de los usuarios (numerales 7 y 9 del artículo 11 del Decreto 1080 de 2021), pero no designa ni remueve al liquidador. En esos casos, los mecanismos de control sobre el liquidador son los previstos en el régimen que rige cada liquidación, sobre los cuales no tiene injerencia esta Superintendencia.

157. «¿Qué control ejerce la Superintendencia sobre la gestión del liquidador y ante quién se presentan quejas?» (Sic)

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Respuesta: El alcance del control depende de quién ordenó la liquidación. En las liquidaciones forzosas ordenadas por esta Superintendencia, la entidad designa al liquidador y al contralor y hace seguimiento a su gestión. En las liquidaciones no ordenadas por ella, como el retiro o la liquidación voluntaria de una entidad vigilada o la liquidación de entidades públicas del sector, el liquidador no es designado por la Superintendencia. En esos casos, la Oficina de Liquidaciones ejerce funciones de seguimiento y monitoreo sobre los recursos del sector salud y los derechos de los afiliados y usuarios, conforme a los numerales 7 y 9 del artículo 11 del Decreto 1080 de 2021.

Así lo precisó la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado en la decisión del 26 de noviembre de 2019, radicación 11001-03-06-000-2019-00033-00. En el caso de una IPS disuelta y en liquidación voluntaria, declaró competente a la Superintendencia de Sociedades para designar al liquidador y supervisar la liquidación en sus aspectos societarios. A la Superintendencia Nacional de Salud le reconoció la inspección, vigilancia y control sobre ese proceso, respecto de los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud.

En las liquidaciones que ordena, la Superintendencia Nacional de Salud, se ejerce el control a través de dos instancias o dependencias. Por un lado, el Despacho del Superintendente designa y da posesión al liquidador y al contralor, fija sus honorarios y puede removerlos discrecionalmente (numerales 8, 10 y 11 del artículo 7 del Decreto 1080 de 2021).

Por otro lado, la Oficina de Liquidaciones hace seguimiento a la actividad de los liquidadores y contralores; revisa y evalúa los informes de liquidadores, contralores y revisores fiscales; requiere información; recomienda al Superintendente la prórroga, suspensión o reapertura de los procesos; atiende las peticiones sobre entidades en liquidación y liquidadas, y traslada las presuntas irregularidades a las instancias competentes (numerales 2, 5, 6, 9, 13, 14 y 15 del artículo 11 del mismo Decreto).

Dentro de cada liquidación, el contralor ejerce las funciones propias del revisor fiscal (numeral 10 del artículo 295 del EOSF). Este control no convierte a la Superintendencia en superior jerárquico del liquidador ni la habilita para revocar o sustituir sus decisiones sobre créditos, cuya revisión corresponde al propio liquidador por vía de reposición y a la jurisdicción de lo contencioso administrativo.

Las quejas se presentan por los canales oficiales de atención de la Superintendencia Nacional de Salud, dirigidas a la Oficina de Liquidaciones. Cuando involucren posibles faltas disciplinarias o daño al patrimonio público, pueden presentarse también ante la Procuraduría General de la Nación o la Contraloría General de la República, según corresponda.

En las liquidaciones no ordenadas, la Oficina ejerce las funciones de seguimiento y monitoreo indicadas en la respuesta anterior. Ese seguimiento se apoya en la Resolución 2599 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud y sus modificaciones. Su Capítulo IV fija las funciones y obligaciones de los agentes liquidadores, incluidos los planes de trabajo y los informes de gestión que deben presentar a esta Superintendencia. También

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

se apoya en el Título IX de la Circular Única, que señala la información que deben reportar los liquidadores, contralores y revisores fiscales, incluso en las liquidaciones voluntarias. Además, el artículo 151 de la Ley 2294 de 2023 establece prohibiciones específicas para los liquidadores en salud, durante el proceso y después de él, como celebrar contratos con parientes o en situación de conflicto de interés. Su incumplimiento puede ponerse en conocimiento de esta Superintendencia.

158. «¿Cuál es la duración máxima del proceso liquidatorio y qué ocurre cuando se prolonga indefinidamente?» (Sic)

Respuesta: El término de la liquidación forzosa administrativa se fija en el acto administrativo que la ordena y puede prorrogarse mediante acto motivado cuando las circunstancias del proceso lo justifiquen (artículo 9.1.3.6.1 del Decreto 2555 de 2010), no existiendo una norma que de manera expresa señale un término máximo.

En la práctica de esta Superintendencia, el término inicial suele fijarse en dos (2) años. Corresponde a la Oficina de Liquidaciones recomendar al Superintendente la prórroga, suspensión o reapertura de los procesos liquidatorios (numeral 13 del artículo 11 del Decreto 1080 de 2021).

La prórroga no es automática ni indefinida: debe sustentarse en las actividades pendientes y en un cronograma para su culminación. Si el proceso se prolonga sin justificación, la Superintendencia puede adoptar medidas frente al liquidador, incluida su remoción, y trasladar las presuntas irregularidades a las instancias competentes. Los interesados pueden acudir a los mecanismos descritos en la respuesta a la pregunta 156.

En la liquidación de entidades públicas, el plazo lo fija el acto que ordena la supresión y liquidación, y el Gobierno puede prorrogarlo mediante acto debidamente motivado, conforme al parágrafo 1 del artículo 2 del Decreto Ley 254 de 2000, modificado por la Ley 1105 de 2006.

En ningún caso la prórroga puede convertirse en una extensión indefinida del proceso, pues ello desconocería su naturaleza transitoria y su finalidad.

159. «¿Qué ocurre con las acreencias insolutas al término de la liquidación y subsiste alguna responsabilidad?» (Sic)

Respuesta: Si los activos no alcanzan para pagar la totalidad de las acreencias reconocidas, las que no se paguen, total o parcialmente, quedan insolutas.

Con la terminación de la existencia legal de la entidad desaparece el sujeto deudor, por lo que tales créditos no pueden exigirse a la persona jurídica extinguida. Tampoco surge responsabilidad de la Nación ni de la Superintendencia por el solo hecho de haber ordenado o vigilado la liquidación.

Lo anterior no impide que: (i) los activos que aparezcan con posterioridad, los remanentes y las situaciones no definidas al cierre se gestionen a través del mandatario, la fiducia o el

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

patrimonio autónomo constituido antes del cierre, sobre los cuales la Oficina de Liquidaciones puede requerir información y documentación (numeral 10 del artículo 11 del Decreto 1080 de 2021), y (ii) los acreedores o la liquidación ejerzan las acciones de responsabilidad que procedan contra administradores, revisores fiscales, controlantes o el liquidador, en los términos de la respuesta a la pregunta 160.

Además, el numeral 4 del artículo 300 del EOSF permite reabrir la liquidación cuando, después de declarada la terminación de la existencia legal de la entidad, se conozca la existencia de bienes o derechos de su propiedad o de situaciones jurídicas no definidas. La reapertura tiene por objeto exclusivo liquidar esos activos o definir esas situaciones.

Corresponde a la Oficina de Liquidaciones recomendar al Superintendente Nacional de Salud la reapertura de los procesos liquidatorios, conforme al numeral 13 del artículo 11 del Decreto 1080 de 2021, cuando exista motivación jurídica y fáctica para ello.

160. «¿Responden los socios, administradores o revisores fiscales de la entidad liquidada frente a los acreedores?» (Sic)

Respuesta: Por regla general, la entidad responde con su propio patrimonio y los socios o accionistas responden hasta el monto de sus aportes en los tipos societarios de responsabilidad limitada, como la sociedad anónima (artículo 373 del Código de Comercio) y la sociedad por acciones simplificada (artículo 1 de la Ley 1258 de 2008).

Esa regla tiene excepciones que deben declararse judicialmente.

a) Los administradores responden solidaria e ilimitadamente por los perjuicios que por dolo o culpa ocasionen a la sociedad, a los socios o a terceros (artículo 200 del Código de Comercio, modificado por el artículo 24 de la Ley 222 de 1995).

b) Los revisores fiscales responden por los perjuicios que ocasionen por negligencia o dolo en el cumplimiento de sus funciones (artículo 211 del Código de Comercio), sin perjuicio de la responsabilidad disciplinaria ante la Junta Central de Contadores.

c) En la sociedad por acciones simplificada, cuando se utilice en fraude a la ley o en perjuicio de terceros, los accionistas y administradores que hayan realizado, participado o facilitado los actos defraudatorios responden solidariamente por las obligaciones nacidas de esos actos y por los perjuicios causados (artículo 42 de la Ley 1258 de 2008).

En la liquidación forzosa, corresponde al liquidador promover las acciones de responsabilidad contra los administradores y funcionarios de la entidad (literal n del numeral 9 del artículo 295 del EOSF, que incluye expresamente a los revisores fiscales), sin perjuicio de las acciones que la ley reconozca directamente a los acreedores y de las sanciones administrativas que pueda imponer esta Superintendencia conforme a la Ley 1949 de 2019.

Las entidades con otras formas jurídicas, como cooperativas, cajas de compensación familiar o entidades públicas, se rigen además por su régimen propio.

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

161. «¿Qué ocurre con los afiliados de una entidad en liquidación y cómo se garantiza la continuidad de su atención?» (Sic)

Respuesta: Los afiliados no quedan desprotegidos. En el acto administrativo mediante el cual la Superintendencia acepta el retiro o la liquidación voluntaria, revoca la autorización de funcionamiento o la habilitación, u ordena la intervención forzosa administrativa para liquidar una EPS, se ordena la entrega inmediata de las bases de datos de afiliados a la ADRES y al Ministerio de Salud y Protección Social, y se activa el procedimiento de asignación de afiliados a EPS receptoras (artículo 2.1.11.3 del Decreto 780 de 2016, modificado por el artículo 4 del Decreto 182 de 2026).

Este procedimiento opera tanto en las liquidaciones ordenadas por la Superintendencia como en el retiro o la liquidación voluntaria.

La asignación es un mecanismo excepcional y obligatorio; ninguna EPS puede negarse a recibir a los afiliados asignados, y el procedimiento se rige por los principios del artículo 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, entre ellos el de continuidad (artículo 2.1.11.2 del Decreto 780 de 2016).

El representante legal o el liquidador de la EPS debe entregar la información necesaria, que incluye, entre otros datos, los grupos familiares, los pacientes de alto costo y su red de prestadores, las madres gestantes y los datos de contacto de los afiliados (artículo 2.1.11.5 del Decreto 780 de 2016).

Una vez efectiva la asignación, el afiliado puede ejercer su derecho de libre elección de EPS en el término que señala la norma (artículo 2.1.11.6 del Decreto 780 de 2016).

162. «¿Qué obligaciones asume la entidad receptora de los afiliados de una entidad liquidada?» (Sic)

Respuesta: Además de las obligaciones propias del aseguramiento, a partir de la efectividad de la asignación la EPS receptora debe, conforme a los artículos 2.1.11.6 y 2.1.11.10 del Decreto 780 de 2016:

a) Informar en su página *web* y en un medio de amplia circulación sus canales de contacto, sedes, la fecha desde la cual asume la prestación de los servicios y el derecho de libre elección, e informar a los aportantes lo pertinente.

b) Prestar, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la efectividad de la asignación, los servicios y tecnologías autorizados por la EPS de origen que no se hubieran garantizado, salvo cuando esté en riesgo la vida del paciente, caso en el cual debe atenderlo oportunamente.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

c) Garantizar la continuidad de los tratamientos autorizados no financiados con cargo a la UPC y de los servicios y tecnologías ordenados por autoridades administrativas o judiciales, sin exigir trámites adicionales al afiliado.

d) Garantizar de manera inmediata la oportunidad y la continuidad de la atención a los pacientes con patologías de alto costo, a las madres gestantes y a los afiliados hospitalizados.

La EPS receptora no sucede a la entidad liquidada en sus obligaciones con prestadores, proveedores u otros acreedores, las cuales deben reclamarse en el proceso liquidatorio.

163. «¿Qué reglas aplican a la cesión de activos, pasivos y contratos dentro del proceso liquidatorio?» (Sic)

Respuesta: En la liquidación forzosa administrativa, el liquidador administra la masa de la liquidación y realiza los activos para pagar las acreencias, siguiendo un procedimiento reglado de inventario y valoración. Dentro de los seis (6) meses siguientes a la orden de liquidación debe elaborar un inventario detallado de los activos (artículo 9.1.3.3.1 del Decreto 2555 de 2010).

Dentro de los tres (3) meses siguientes al vencimiento de ese plazo, mediante resolución y con base en avalúos técnicos, acepta su valoración (artículo 9.1.3.3.2). Contra esa resolución los interesados pueden interponer recurso de reposición dentro de los cinco (5) días siguientes a su notificación. El liquidador decide las impugnaciones dentro del mes siguiente al vencimiento del término de traslado de los recursos y puede disponer un nuevo avalúo.

Las partes del inventario que no sean impugnadas quedan en firme (artículo 9.1.3.3.3). El inventario y su valoración deben actualizarse cuando sobrevengan circunstancias que afecten de manera significativa los avalúos o aparezcan activos nuevos (artículo 9.1.3.3.4).

La enajenación de los activos debe hacerse mediante mecanismos que permitan obtener su valor de mercado, con criterios de publicidad y transparencia. Los recursos del SGSSS conservan su destinación específica (artículo 48 de la Constitución Política).

La cesión de pasivos a un tercero implica un cambio de deudor que exige la voluntad del acreedor de liberar al deudor original (artículo 1694 del Código Civil). La cesión de contratos mercantiles se rige por los artículos 887 y siguientes del Código de Comercio. En los contratos de ejecución periódica o sucesiva no se requiere la aceptación expresa del contratante cedido, salvo que la ley o el contrato la prohíban o limiten. En cambio, sí se requiere en los de ejecución instantánea pendientes de cumplimiento y en los celebrados en consideración a la persona.

Los contratos que no resulten necesarios para el proceso se terminan y liquidan, y las obligaciones que de ellos se deriven se reclaman en la liquidación.

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Cuando la cesión de activos, pasivos y contratos se plantea como mecanismo respecto de una EPS, requiere autorización previa del Superintendente Nacional de Salud (numeral 16 del artículo 7 del Decreto 1080 de 2021).

En la liquidación de entidades públicas regida por el Decreto Ley 254 de 2000, el inventario debe elaborarse dentro de los seis (6) meses siguientes a la posesión del liquidador, prorrogables por una sola vez (artículo 18). El avalúo de los bienes muebles lo practican peritos designados por el liquidador, cuya designación puede ser objetada por los acreedores reconocidos (artículo 28). Los activos se ofrecen primero a otras entidades públicas, y los que estas no adquieran se enajenan a terceros con criterio estrictamente comercial (artículos 30 y 31). Los contratos que se terminen cedan o traspasen deben liquidarse previamente (artículo 29). Además, la Nación puede asumir o garantizar obligaciones de las entidades públicas del orden nacional en liquidación, incluidas las derivadas de las cesiones de activos, pasivos y contratos que haya realizado la entidad, en los términos del parágrafo del artículo 32 del mismo Decreto.

En las demás liquidaciones no ordenadas por esta Superintendencia, estas operaciones se rigen por el régimen propio de cada liquidación, sin perjuicio de las autorizaciones sectoriales que resulten exigibles.

164. «¿Dónde puede consultarse el estado actualizado de los procesos de liquidación de entidades del sector?» (Sic)

Respuesta: El estado de los procesos puede consultarse en las siguientes fuentes:

(i) el sitio *web* de cada proceso liquidatorio, donde el liquidador publica avisos, emplazamientos, resoluciones sobre reclamaciones y pagos (generalmente es la respectiva página *web* de la EPS o el vigilado en liquidación);
(ii) el certificado de existencia y representación legal de la entidad, expedido por la cámara de comercio de su domicilio, que registra su estado de liquidación o la terminación de su existencia legal, y
(iii) el Diario Oficial, en los casos en que los actos deban publicarse en él.

Adicionalmente, la Oficina de Liquidaciones mantiene un registro de los sujetos vigilados en proceso de liquidación y liquidados, y atiende las peticiones sobre ellos (numerales 8 y 14 del artículo 11 del Decreto 1080 de 2021), este registro se actualiza de manera periódica con corte mensual y se publica en la sección de transparencia de la Página *Web* de la Superintendencia Nacional de Salud, sub-sección 8 sobre "información específica para grupos de interés", en su numeral 8.12. "entidades en medida especial, liquidación y traslados de EPS", que se puede encontrar en el siguiente enlace:

https://www.supersalud.gov.co/es-co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion publica/informacion-especifica-para-grupos-de-interes/entidades-en-medida-especial-liquidacion-y-traslados-de-eps

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Desde el cual se pueden descargar los archivos en formato Excel para consulta del usuario, en relación con las entidades en proceso de liquidación y liquidadas, no ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud, y las Entidades liquidadas por intervención forzosa administrativa.

BLOQUE I. CARTERA, GIRO DIRECTO, GLOSAS Y RELACIÓN ENTRE ENTIDADES

165. «¿Cuáles son los términos legales para el pago de las facturas presentadas por los prestadores?» (Sic)

Respuesta: Los términos legales para el pago de las facturas presentadas por los prestadores no pueden determinarse únicamente a partir de la fecha de radicación de la cuenta, ya que la normativa prevé etapas de revisión, devolución, glosa, respuesta y conciliación que inciden en la consolidación de la obligación de pago.

En este sentido, el procedimiento se encuentra regulado principalmente por los artículos 56 y 57 de la Ley 1438 de 2011, reglamentados en el Decreto 780 de 2016, los cuales establecen reglas para la presentación, trámite, glosa y pago de las facturas derivadas de la prestación de servicios y tecnologías en salud.

En consecuencia, de manera general:

- Las entidades responsables del pago deben revisar integralmente la factura y formular las glosas que consideren procedentes dentro de los términos establecidos por la ley.

- Una vez la factura ha sido aceptada, ya sea de manera expresa o por no haber sido glosada oportunamente en los términos legales, surge la obligación de efectuar el pago conforme a las reglas previstas en la normativa aplicable.

- Cuando existan glosas, estas deben tramitarse y resolverse dentro de los términos legalmente previstos, sin que puedan convertirse en un mecanismo para dilatar indefinidamente el reconocimiento y pago de las obligaciones.

En consecuencia, los términos legales para el pago de las facturas deben entenderse dentro del procedimiento integral de auditoría de cuentas médicas, por lo que su determinación exige considerar las etapas de radicación, revisión, glosa, respuesta y aceptación de la factura previstas en la Ley 1438 de 2011 y el Decreto 780 de 2016, más que contabilizar un plazo único desde la sola presentación de la cuenta.

166. «¿Qué requisitos debe reunir la factura de servicios de salud para prestar mérito ejecutivo?» (Sic)

Respuesta: La factura de servicios de salud presta mérito ejecutivo cuando contiene una obligación clara, expresa y exigible, de conformidad con el artículo 422 del Código General del Proceso. Adicionalmente, debe cumplir los requisitos legales de la factura previstos en

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

los artículos 772 y siguientes del Código de Comercio y los requisitos de soporte y radicación establecidos por la normativa aplicable al sector salud.

En consecuencia, para que proceda su cobro ejecutivo, la factura debe:

- Acreditar la efectiva prestación del servicio o tecnología en salud.
- Cumplir los requisitos legales de la factura como título valor, cuando corresponda.
- Contener una obligación determinada y exigible a cargo del responsable del pago.
- No encontrarse sujeta a situaciones que afecten su exigibilidad, como controversias pendientes derivadas del trámite de glosas o devoluciones.

167. «¿Cuál es el término para formular glosas y cuál para responderlas?» (Sic)

Respuesta: De conformidad con el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, reglamentado en el Decreto 780 de 2016, las entidades responsables del pago cuentan con veinte (20) días hábiles contados a partir de la radicación de la factura para formular y comunicar las glosas a los prestadores. A su vez, una vez notificadas las glosas, el prestador dispone de quince (15) días hábiles para dar respuesta a las observaciones formuladas. Posteriormente, la entidad responsable del pago cuenta con diez (10) días hábiles para pronunciarse sobre la respuesta presentada por el prestador. Si persisten diferencias entre las partes, estas deben ser objeto de conciliación dentro de los términos previstos por la normativa aplicable.

168. «¿Qué ocurre cuando la entidad formula glosas extemporáneas o reiteradas sobre la misma factura?» (Sic)

Respuesta: De conformidad con el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, las glosas deben formularse dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la radicación de la factura. Vencido ese término, no resulta procedente la formulación de glosas extemporáneas.

Asimismo, las glosas deben presentarse de manera integral dentro de la oportunidad legal prevista, por lo que no procede reabrir sucesivamente la discusión de la misma factura mediante glosas reiteradas sobre aspectos que pudieron ser advertidos durante la revisión inicial.

En consecuencia, las glosas extemporáneas o reiteradas desconocen las reglas del procedimiento de auditoría de cuentas médicas y pueden afectar la exigibilidad y el trámite de pago de la factura conforme a lo previsto en la Ley 1438 de 2011 y el Decreto 780 de 2016.

169. «¿Qué efectos produce el silencio de la entidad frente a la respuesta de la glosa por el prestador?» (Sic)

Respuesta: De conformidad con el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, una vez el prestador da respuesta a las glosas formuladas, la entidad responsable del pago cuenta con diez (10) días hábiles para pronunciarse sobre dicha respuesta.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

En consecuencia, el silencio de la entidad frente a la respuesta presentada por el prestador implica el incumplimiento de los términos previstos para el trámite de auditoría de cuentas médicas y es contrario a los principios de oportunidad y eficiencia que rigen el procedimiento. Asimismo, impide la definición oportuna de la cuenta y retrasa su reconocimiento, conciliación o pago.

Por ello, las entidades responsables del pago deben emitir un pronunciamiento expreso dentro del término legal, sin que resulte procedente mantener indefinidamente abierta la discusión de la factura por falta de respuesta a las observaciones presentadas por el prestador.

170. «¿Cuál es el trámite para la conciliación de glosas ante la Superintendencia?» (Sic)

Respuesta: Cuando, tras la formulación de glosas, la respuesta del prestador y el pronunciamiento de la entidad responsable del pago, persisten diferencias entre las partes, estas pueden someterse a conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

Para ello, la parte interesada debe presentar una solicitud de conciliación identificando las facturas, glosas y valores en controversia, junto con los soportes pertinentes. Posteriormente, la Superintendencia Nacional de Salud convoca a una audiencia de conciliación con el fin de promover un acuerdo respecto de las sumas discutidas.

171. «¿Qué ocurre cuando la conciliación de cartera fracasa y cuál es la vía siguiente?» (Sic)

Respuesta: Cuando la conciliación de cartera no culmina con un acuerdo entre las partes, la controversia se mantiene respecto de las obligaciones, facturas o valores que continúen siendo objeto de discusión.

En consecuencia, el fracaso de la conciliación no extingue los derechos de las partes ni impide que estas acudan a las demás vías previstas en el ordenamiento jurídico para la definición del conflicto. La procedencia de la actuación siguiente dependerá de la naturaleza de la controversia, del estado de la obligación y de las competencias atribuidas a las autoridades correspondientes.

Por lo tanto, una vez agotada sin éxito la etapa de conciliación, las partes podrán acudir a los mecanismos administrativos o judiciales que resulten procedentes para obtener el reconocimiento, pago o definición de las obligaciones controvertidas, según las circunstancias particulares de cada caso.

172. «¿Qué reglas aplican a la devolución de facturas y en qué se diferencia de la glosa?» (Sic)

Respuesta: La devolución y la glosa son actuaciones diferentes dentro del trámite de auditoría de cuentas médicas previsto en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

- **Devolución:** procede cuando la factura presenta inconsistencias o falta de soportes que impiden realizar su revisión de fondo. En este caso, la cuenta se devuelve al prestador para que subsane las observaciones.

- **Glosa:** corresponde a una objeción formulada sobre una factura que ya fue recibida y revisada, respecto de aspectos técnicos, médicos, administrativos, financieros o jurídicos del cobro.

En consecuencia, la devolución se relaciona con requisitos formales o documentales que impiden la auditoría de la factura, mientras que la glosa recae sobre el contenido de la cuenta y los valores facturados una vez esta ha sido objeto de evaluación.

173. «¿Se causan intereses moratorios sobre las facturas no pagadas en término y cómo se liquidan?» (Sic)

Respuesta: Sí. El artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 prevé la causación de intereses moratorios respecto de las obligaciones pagadas por fuera de los términos legales. La determinación y liquidación de dichos intereses deberá realizarse conforme a las disposiciones legales aplicables y a las circunstancias particulares de cada obligación.

174. «¿Qué reglas aplican al giro directo y qué entidades están sujetas a él?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada a la (ADRES), mediante Radicado No. 20261600103116551.

175. «¿Puede el prestador solicitar la inclusión en el giro directo y cuál es el trámite?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada a la ADRES, mediante Radicado No. 20261600103116551.

176. «¿Qué ocurre con los recursos girados directamente cuando la entidad promotora es intervenida?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada a la ADRES, mediante Radicado No. 20261600103116551

177. «¿Son inembargables los recursos del sistema de salud y qué excepciones ha reconocido la jurisprudencia?» (Sic)

Respuesta: De conformidad con los artículos 48 y 63 de la Constitución Política, el artículo 25 de la Ley 1751 de 2015 y la jurisprudencia de la Corte Constitucional, los recursos públicos que financian el SGSSS son, en principio, inembargables, tienen destinación

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

específica y no pueden utilizarse para fines distintos a la financiación de los servicios y tecnologías en salud.

No obstante, la jurisprudencia constitucional ha reconocido excepciones a dicha regla respecto de algunos recursos de destinación específica, particularmente aquellos provenientes del Sistema General de Participaciones (SGP). En estos casos, la medida de embargo puede proceder para garantizar el pago de: **(i)** obligaciones laborales; **(ii)** sentencias judiciales; y **(iii)** títulos o actos administrativos que contengan obligaciones claras, expresas y exigibles, siempre que las obligaciones reclamadas tengan relación con la finalidad a la cual estaban destinados los recursos.

178. «¿Puede embargarse una cuenta de una institución prestadora que recibe recursos del sistema?» (Sic)

Respuesta: No. El hecho de que una IPS reciba recursos del SGSSS no implica, por sí solo, que todas sus cuentas bancarias sean inembargables. La procedencia de una medida de embargo depende de la naturaleza de los recursos depositados en la cuenta y de las reglas constitucionales y legales que les resulten aplicables.

De acuerdo con los artículos 48 de la Constitución Política y 25 de la Ley 1751 de 2015, los recursos públicos destinados a financiar la salud tienen destinación específica e inembargabilidad. Sin embargo, la determinación de si una cuenta concreta se encuentra protegida por dicha regla, exige verificar si los recursos allí depositados conservan efectivamente la naturaleza de recursos del SGSSS o si corresponden a recursos propios de la entidad.

En consecuencia, la sola circunstancia de que una IPS reciba recursos del sistema no permite concluir automáticamente que sus cuentas sean inembargables; dicha valoración debe efectuarse caso por caso, atendiendo la naturaleza, origen y destinación de los recursos objeto de la medida cautelar.

179. «¿Qué doctrina existe sobre el saneamiento de cartera y los acuerdos de pago entre entidades?» (Sic)

Respuesta: La doctrina sobre saneamiento de cartera y acuerdos de pago entre entidades del SGSSS no corresponde a una figura jurídica única ni a una institución con un régimen autónomo, sino a mecanismos orientados a la depuración, conciliación, reconocimiento y pago de obligaciones entre los diferentes actores del sistema.

En ese sentido, los acuerdos de pago constituyen instrumentos mediante los cuales las partes reconocen, total o parcialmente, obligaciones a su cargo y establecen las condiciones para su cancelación. Por su parte, el saneamiento de cartera busca identificar, depurar y conciliar las cuentas por cobrar y por pagar, con el fin de facilitar el flujo de recursos y la definición de obligaciones entre las entidades involucradas.

No obstante, los efectos jurídicos de los acuerdos de pago, su alcance y su exigibilidad dependen de los términos pactados por las partes y de la normativa aplicable a cada

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

relación obligacional. Por ello, no existe una doctrina general que permita afirmar que todos los acuerdos de pago producen los mismos efectos o que toda obligación objeto de saneamiento queda automáticamente reconocida o extinguida.

Desde la perspectiva de la Superintendencia Nacional de Salud, estas figuras constituyen mecanismos de gestión y normalización de cartera que contribuyen a la depuración de obligaciones y a la solución de controversias entre los actores del sistema; sin embargo, la determinación de los efectos concretos de cada acuerdo debe analizarse conforme a sus condiciones particulares y a la normativa aplicable en cada caso.

180. «¿Qué obligaciones de reporte de cartera tienen las entidades y con qué periodicidad?» (Sic)

Respuesta: Las entidades del SGSSS deben reportar la información de cartera conforme a las obligaciones y periodicidades definidas en la normativa vigente y en los actos administrativos que regulan cada reporte.

No existe una periodicidad única para todos los actores del sistema. Esta puede variar según el tipo de entidad, la información requerida y el mecanismo de reporte establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social o exigido por la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control.

En consecuencia, las entidades deben atender los reportes ordinarios o extraordinarios que les resulten aplicables, en los términos y fechas definidos en la regulación o en los actos administrativos que establezcan cada obligación de reporte.

181. «¿Qué sanciones proceden por el no pago reiterado a los prestadores?» (Sic)

Respuesta: El no pago reiterado a los prestadores puede dar lugar a actuaciones de inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, incluyendo la apertura de investigaciones administrativas y la imposición de sanciones cuando se verifique el incumplimiento de las obligaciones a cargo de las entidades vigiladas.

De conformidad con las facultades previstas en la Ley 1438 de 2011, la Ley 1949 de 2019 y las normas que regulan las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud, la Entidad puede imponer multas y, cuando la situación comprometa la adecuada prestación de los servicios de salud, el flujo de recursos o los derechos de los usuarios, adoptar medidas especiales como la vigilancia especial o la intervención administrativa.

En consecuencia, el incumplimiento reiterado en el pago a los prestadores no solo puede generar obligaciones económicas e intereses moratorios, sino también actuaciones administrativas y sancionatorias por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con la gravedad de los hechos y las circunstancias verificadas en cada caso.

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

182. «¿Qué mecanismo tiene el prestador pequeño frente a la imposición de condiciones contractuales abusivas?» (Sic)

Respuesta: Cuando un prestador considere que se le han impuesto condiciones contractuales contrarias a la normativa vigente o que afectan de manera injustificada el desarrollo de la relación entre las partes, puede poner dicha situación en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud, para que, en el marco de sus funciones de inspección, vigilancia y control, evalúe la procedencia de las actuaciones a que haya lugar.

Adicionalmente, las controversias derivadas de la interpretación, ejecución o cumplimiento de los contratos pueden ventilarse a través de los mecanismos previstos en la ley y en el respectivo negocio jurídico, según la naturaleza de la controversia y las cláusulas pactadas entre las partes.

En consecuencia, no existe un mecanismo único frente a toda condición que se considere abusiva, pues su análisis requiere verificar el contenido concreto del acuerdo y determinar si existe un incumplimiento de las disposiciones que regulan las relaciones entre los actores del SGSSS.

183. «¿Qué control ejerce la entidad sobre las cláusulas de los contratos entre entidades promotoras y prestadores?» (Sic)

Respuesta: La Superintendencia Nacional de Salud no revisa ni aprueba previamente los contratos entre EPS e IPS. Sin embargo, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, puede adelantar actuaciones frente a conductas o prácticas contractuales que presuntamente desconozcan la normativa aplicable o afecten la prestación de los servicios de salud, el flujo de recursos del sistema o los derechos de los usuarios.

184. «¿Qué doctrina existe sobre los modelos de contratación por capitación y su impacto en la atención del usuario?» (Sic)

Respuesta: La Superintendencia Nacional de Salud no ejerce control sobre la modalidad de contratación en sí misma. Su actuación se enfoca en verificar que la ejecución de los contratos, incluidos aquellos celebrados bajo la modalidad de capitación, no afecte la prestación de los servicios de salud ni los derechos de los usuarios.

En consecuencia, cuando en desarrollo de estos contratos se evidencien presuntas barreras de acceso, incumplimientos en la prestación de los servicios, afectaciones en la oportunidad o continuidad de la atención, o situaciones que comprometan los derechos de los usuarios, la Superintendencia Nacional de Salud podrá adelantar las actuaciones de inspección, vigilancia y control que correspondan dentro del ámbito de sus competencias.

BLOQUE J. HABILITACIÓN, SUPERVISIÓN Y RÉGIMEN SANCIONATORIO

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

185. «¿Cuáles son los requisitos vigentes de habilitación de prestadores y quién los verifica?» (Sic)

Respuesta: Los requisitos vigentes de habilitación de los prestadores de servicios de salud se encuentran definidos en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social. Esta norma establece las condiciones de capacidad tecnológica y científica que deben cumplir los prestadores en aspectos relacionados con el talento humano, la infraestructura, la dotación, los medicamentos y dispositivos médicos, los procesos prioritarios, la historia clínica y los demás estándares aplicables.

La verificación de estas condiciones corresponde principalmente a las entidades departamentales y distritales de salud, en el marco del Sistema Único de Habilitación. Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud ejerce funciones de inspección, vigilancia y control sobre los actores del sistema, de conformidad con las competencias que le atribuye la ley.

186. «¿Cómo se consulta si un prestador se encuentra habilitado y vigente?» (Sic)

Respuesta: La condición de habilitación de un prestador puede verificarse a través del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Este registro constituye la fuente oficial para consultar la inscripción del prestador, los servicios habilitados y la información asociada a su habilitación.

187. ¿Qué ocurre cuando un prestador opera sin habilitación y ante quién se denuncia?» (Sic)

Respuesta: La prestación de servicios de salud sin cumplir las condiciones de habilitación previstas en la normativa vigente puede dar lugar a actuaciones administrativas por parte de las autoridades competentes, una vez se verifiquen los hechos y circunstancias del caso.

Las situaciones relacionadas con la presunta operación de un prestador sin habilitación pueden ponerse en conocimiento de las secretarías departamentales o distritales de salud, en su condición de autoridades competentes dentro del Sistema Único de Habilitación, así como de la Superintendencia Nacional de Salud, para que adelante las actuaciones que correspondan en el marco de sus funciones de inspección, vigilancia y control.

En consecuencia, cuando exista información sobre la prestación de servicios de salud por parte de un prestador que presuntamente no se encuentra habilitado, la situación puede ser reportada ante dichas autoridades para la verificación correspondiente y la adopción de las medidas a que haya lugar.

188. «¿Qué control ejerce la Superintendencia sobre las condiciones de habilitación financiera de las entidades promotoras?» (Sic)

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Respuesta: La Superintendencia Nacional de Salud ejerce funciones de inspección, vigilancia y control sobre el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia exigidas a las EPS por la normativa vigente. Para ello, realiza seguimiento a la información financiera reportada por las EPS y verifica el cumplimiento de los requisitos y condiciones de permanencia establecidos en la regulación aplicable.

Cuando identifique incumplimientos o riesgos que puedan afectar la adecuada administración de los recursos del sistema, la prestación de los servicios de salud o los derechos de los usuarios podrá adelantar las actuaciones administrativas y adoptar las medidas previstas en la ley dentro del ámbito de sus competencias.

189. «¿Qué indicadores de permanencia deben acreditar las entidades promotoras y con qué periodicidad se verifican?» (Sic)

Respuesta: La Superintendencia Nacional de Salud ejerce funciones de inspección, vigilancia y control sobre el cumplimiento de las condiciones financieras y de permanencia exigidas a las EPS por la normativa vigente. Para ello, realiza seguimiento a la información financiera, contable y demás reportes que deben presentar las EPS, con el fin de verificar el cumplimiento de las condiciones aplicables y adoptar las medidas a que haya lugar en caso de incumplimiento.

En consecuencia, la verificación de estos indicadores se efectúa con base en la información que las entidades vigiladas reportan en cumplimiento de sus obligaciones legales y regulatorias, así como a través de las actuaciones de inspección, vigilancia y control que adelante la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de sus competencias.

190. «¿Qué información publica la entidad sobre el desempeño y el cumplimiento de sus vigiladas?» (Sic)

Respuesta: La Superintendencia Nacional de Salud publica, a través de sus canales institucionales y sistemas de información, información relacionada con el desempeño, la situación financiera, los indicadores de gestión, el cumplimiento de obligaciones legales y regulatorias, así como las actuaciones administrativas, medidas y decisiones adoptadas respecto de las entidades sometidas a su inspección, vigilancia y control.

En consecuencia, los usuarios y demás interesados pueden consultar la información pública que la Entidad divulga sobre sus vigiladas, de conformidad con las disposiciones de transparencia, acceso a la información pública y las competencias de inspección, vigilancia y control atribuidas a la Superintendencia Nacional de Salud en el siguiente enlace: https://www.supersalud.gov.co/es-co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica

191. «¿Cuál es el procedimiento administrativo sancionatorio aplicable y cuáles son sus etapas?» (Sic)

Respuesta: Respuesta: A través de la Resolución 1650 de 2014 de la Superintendencia Nacional de Salud se reglamentó el procedimiento administrativo sancionatorio aplicable por la Superintendencia Nacional de Salud, definiendo las etapas de la investigación, la

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

práctica y valoración de pruebas, el ejercicio del derecho de defensa y contradicción, y la expedición de decisiones motivadas para la imposición de las sanciones a que haya lugar. Posteriormente, la Resolución 2105 de 2014 complementó la Resolución 1650 de 2014 al precisar aspectos operativos para la adecuada tramitación de las investigaciones administrativas sancionatorias, fortaleciendo el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control y asegurando que las actuaciones se desarrollen con observancia de los principios de legalidad, debido proceso, contradicción, imparcialidad y seguridad jurídica

En este sentido, sus etapas son las siguientes:

- **Inicio de la actuación administrativa**: La actuación puede iniciarse de oficio, por queja, denuncia, informe de visita, auditoría o por cualquier otro medio que permita advertir la presunta ocurrencia de una infracción.

- **Averiguación preliminar (cuando haya lugar)**: Tiene como finalidad verificar la ocurrencia de los hechos, identificar a los posibles responsables y determinar si existen méritos para iniciar una investigación administrativa sancionatoria.

- **Auto de iniciación o apertura de investigación**: Cuando existan elementos suficientes, se profiere el acto administrativo que da apertura formal a la investigación. La Resolución 2105 de 2014 dispuso que esta decisión debe notificarse personalmente al interesado en los términos del artículo 67 de la Ley 1437 de 2011.

- **Presentación de descargos**: El investigado cuenta con un término para ejercer su derecho de defensa, presentar explicaciones, controvertir los hechos y solicitar o aportar pruebas.

- **Etapa probatoria**: La autoridad decreta y practica las pruebas que considere pertinentes, conducentes y útiles para el esclarecimiento de los hechos investigados.

- **Alegatos de conclusión**: Concluida la práctica de pruebas, se concede a los investigados la oportunidad de presentar sus argumentos finales respecto de los hechos, las pruebas y la eventual responsabilidad.

- **Decisión de fondo**: La Superintendencia adopta la decisión correspondiente mediante acto administrativo motivado, imponiendo la sanción a que haya lugar o disponiendo el archivo de la actuación cuando no se encuentre acreditada la infracción. Las decisiones definitivas deben notificarse personalmente.

- **Recursos y doble instancia**: Contra la decisión proceden los recursos legales correspondientes, garantizando el principio de doble instancia previsto en la normativa sancionatoria.

192. «¿Cuáles son las conductas sancionables y cómo se gradúan las multas?» (Sic)

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Respuesta: De conformidad con la Ley 1949 de 2019, son sancionables, entre otras, las conductas que impliquen el incumplimiento de las normas del SGSSS, la inobservancia de órdenes e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud, la vulneración de los derechos de los usuarios, el incumplimiento de obligaciones de información y aquellas que afecten la adecuada prestación de los servicios de salud o la administración de los recursos del sistema.

La graduación de las multas se realiza atendiendo criterios como la gravedad de la conducta, el impacto generado sobre los usuarios o el sistema, la reincidencia, el beneficio obtenido, la capacidad económica del infractor y las demás circunstancias relevantes de cada caso.

En consecuencia, la imposición y cuantificación de la sanción no depende únicamente de la conducta investigada, sino de la valoración integral de los criterios previstos en la ley para cada actuación administrativa.

193. «¿Procede la sanción personal contra representantes legales, administradores y revisores fiscales?» (Sic)

Respuesta: Sí. De conformidad con el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019, que modificó el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, la Superintendencia Nacional de Salud puede imponer sanciones a representantes legales, administradores, revisores fiscales, miembros de junta directiva y demás personas naturales cuando se determine su responsabilidad en la comisión de conductas que constituyan infracción a las normas del SGSSS. No obstante, la imposición de la sanción exige el adelantamiento del correspondiente procedimiento administrativo sancionatorio, con observancia del debido proceso y del derecho de defensa.

194. «¿Cuál es el término de caducidad de la facultad sancionatoria de la entidad?» (Sic)

Respuesta: De conformidad con el artículo 130B de la Ley 1438 de 2011, adicionado por el artículo 4 de la Ley 1949 de 2019, la facultad sancionatoria de la Superintendencia Nacional de Salud caduca a los cinco (5) años de ocurrido el hecho, la conducta u omisión que pueda ocasionar la sanción, término dentro del cual el acto administrativo sancionatorio debe haber sido expedido y notificado.

Cuando se trate de conductas de ejecución continuada o permanente, , el término empezará a correr desde el día siguiente a aquel en que cesó la infracción.

En consecuencia, la Superintendencia Nacional de Salud debe ejercer su facultad sancionatoria dentro de dicho término, sin perjuicio de las reglas especiales que puedan resultar aplicables en casos expresamente previstos por la ley.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

En todo caso, deberá tenerse en cuenta lo establecido en el parágrafo del artículo en mención, el cual prescribe:

> ***PARÁGRAFO 1o.*** *El término de excepción propuesto en este artículo para resolver los recursos de vía gubernativa se aplicará por el término de tres años (3) a partir de la entrada en vigencia de la presente ley. Vencido este tiempo se aplicará el término de un (1) año para resolver recursos conforme a lo estipulado en el artículo 52 de la Ley 1437 de 2011*.

195. «¿Qué recursos proceden contra el acto sancionatorio y suspenden su ejecución?» (Sic)

Respuesta: De conformidad con la Ley 1437 de 2011, contra los actos administrativos sancionatorios proferidos por la Superintendencia Nacional de Salud proceden los recursos administrativos previstos en la ley para la actuación correspondiente.

Los recursos que resulten procedentes deberán interponerse dentro de los términos legales y serán resueltos por la autoridad competente. Mientras la decisión no quede en firme, producirá los efectos previstos en la Ley 1437 de 2011.

En consecuencia, la ejecución definitiva de la sanción se encuentra supeditada a la firmeza del acto administrativo, una vez se resuelvan los recursos procedentes o venza la oportunidad para interponerlos.

196. «¿Publica la entidad las sanciones impuestas y dónde pueden consultarse?» (Sic)

Respuesta: La Superintendencia Nacional de Salud no publica las sanciones impuestas a sus vigilados. No obstante, el artículo 6 de la Resolución 1650 de 2014 SNS, modificada por la Resolución 2105 de 2014 SNS, establece la obligación de llevar un Registro de Sanciones correspondiente a las decisiones sancionatorias impuestas en ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control de la entidad, en los siguientes términos:

> *«ARTÍCULO 6o. REGISTRO DE SANCIONES. La Superintendencia Nacional de Salud creará un registro de sanciones en el que figure la entidad sancionada, la conducta vulnerada con indicación de las normas desconocidas, la fecha y el tipo de sanción. En el registro también deberá constar el número de veces que cada entidad ha sido multada por la vulneración de las mismas normas. Se señalará también, cuando proceda, el monto de la multa y las órdenes que se impartan. Cuando la facultad sancionatoria se delegue en las Direcciones de Salud Departamentales y Distritales, estas deberán reportar a la Superintendencia de Salud las sanciones impartidas.»*

197. «¿Qué destinación tienen los recursos recaudados por concepto de multas?» (Sic)

Respuesta: De conformidad con el artículo 120 de la Ley 1438 de 2011, los recursos recaudados por concepto de multas impuestas por la Superintendencia Nacional de Salud son apropiados en el Presupuesto General de la Nación como recursos adicionales de la Entidad. Adicionalmente, el Gobierno nacional determina para cada vigencia el porcentaje del recaudo que se destina a la sostenibilidad financiera del SGSSS.

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

198. «¿Qué mecanismos de terminación anticipada del procedimiento sancionatorio existen?» (Sic)

Respuesta: El procedimiento administrativo sancionatorio adelantado por la Superintendencia Nacional de Salud puede terminar anticipadamente cuando, en el curso de la actuación, se determine que no existen elementos suficientes para continuar la investigación, no haya mérito para formular cargos o se configure alguna circunstancia jurídica que impida proseguir válidamente el procedimiento.

Asimismo, la actuación puede finalizar mediante decisiones de archivo u otras determinaciones adoptadas conforme a las reglas del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011), cuando no se acrediten los presupuestos necesarios para imponer una sanción o se presente alguna causal legal que impida el ejercicio de la potestad sancionatoria.

En consecuencia, la terminación anticipada depende de las circunstancias particulares de cada actuación administrativa y de la valoración que realice la autoridad competente dentro del procedimiento correspondiente

BLOQUE K. TRANSICIÓN, NORMATIVA Y PROSPECTIVA

199. «¿Cuál es el estado del trámite legislativo de las iniciativas de reforma al sistema de salud actualmente radicadas?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

200. «¿Qué régimen de transición se prevé para los afiliados, los prestadores y los acreedores en caso de aprobarse una reformar estructural?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

201. «¿Qué efectos tendría una reforma sobre las funciones jurisdiccionales de la Superintendencia?» (Sic)

Respuesta: La determinación de los efectos que pueda tener una reforma sobre las funciones jurisdiccionales de la Superintendencia Nacional de Salud depende del contenido específico de la iniciativa normativa correspondiente. En consecuencia, no es posible establecer de manera general o anticipada cuáles serían sus efectos jurídicos sin conocer las disposiciones concretas objeto de modificación.

Por ello, cualquier análisis sobre cambios en las competencias jurisdiccionales de la Entidad requiere la revisión del texto de la respectiva reforma y de las normas que eventualmente

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

resulten modificadas. Mientras tanto, las funciones jurisdiccionales de la Superintendencia Nacional de Salud continúan ejerciéndose conforme al marco legal vigente.

202. «¿Qué preparación institucional ha adelantado la entidad frente a un eventual cambio de modelo?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

203. «¿Qué decretos reglamentarios recientes han modificado la operación territorial de las entidades promotoras y cuál es su alcance?

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

204. «¿Qué participación tuvieron los usuarios y los prestadores en la adopción de esas medidas?» (Sic)

Respuesta: Por carecer de competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto planteado, la solicitud fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Radicado No. 20261600103116561.

205. «¿Qué mecanismos de participación ciudadana existen en la definición de la política de inspección, vigilancia y control?» (Sic)

Respuesta: La ciudadanía puede participar a través de los mecanismos de participación y control social previstos en la ley, tales como las veedurías ciudadanas, la rendición de cuentas, las consultas públicas, los espacios de participación promovidos por la Entidad y los canales para la presentación de observaciones, propuestas, peticiones, quejas, reclamos y denuncias.

La ciudadanía puede participar mediante mecanismos de participación ciudadana y control social, formulando observaciones, recomendaciones y realizando seguimiento a la gestión de la Superintendencia Nacional de Salud, así como al ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, a través de los canales y espacios institucionales previstos para tal fin.

206. «¿Qué papel cumplen las asociaciones de usuarios y cómo se constituyen?» (Sic)

Respuesta: De conformidad con los artículos 10 y 11 del Decreto 1757 de 1994, compilados en el Decreto 780 de 2016, las asociaciones de usuarios son mecanismos de participación social conformados por afiliados, beneficiarios, usuarios y potenciales usuarios de una EPS, IPS o entidad del sector salud, cuya finalidad es representar sus intereses y promover su participación en el SGSSS.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Frente a su constitución, estas asociaciones se conforman por la libre iniciativa de los usuarios y deben integrarse con un número plural de personas convocadas a la respectiva Asamblea de Constitución por la entidad correspondiente. Asimismo, pueden obtener reconocimiento por parte de la autoridad competente, de conformidad con las normas legales vigentes.

207. «¿Qué obligaciones tienen las entidades frente a las asociaciones de usuarios y a los comités de ética hospitalaria?» (Sic)

Respuesta: De conformidad con el Decreto 1757 de 1994, compilado en el Decreto 780 de 2016, las entidades del sector salud deben promover y garantizar espacios de participación a las asociaciones de usuarios, facilitando su funcionamiento, el acceso a la información requerida para el ejercicio de sus funciones y la interlocución con los responsables de la prestación y administración de los servicios de salud.

Asimismo, las instituciones prestadoras de servicios de salud deben contar con comités de ética hospitalaria, garantizar su conformación y funcionamiento, así como disponer mecanismos para la recepción y trámite de inquietudes, peticiones y sugerencias de los usuarios relacionadas con la atención en salud.

En consecuencia, las entidades tienen el deber de facilitar la participación de los usuarios, promover mecanismos de representación y control social, y garantizar el adecuado funcionamiento de las instancias previstas por la normativa para la protección de los derechos de los usuarios y el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

208. «¿Qué canales existen para que los profesionales del derecho propongan modificación de doctrina de la entidad?» (Sic)

Respuesta: La Superintendencia Nacional de Salud no cuenta con un procedimiento específico para que los particulares soliciten la modificación de criterios jurídicos institucionales. No obstante, los profesionales del derecho pueden presentar peticiones, observaciones, solicitudes de concepto o comunicaciones a través de los canales oficiales de atención de la Entidad, exponiendo los argumentos jurídicos que consideren pertinentes.

En todo caso, la adopción, modificación o actualización de los criterios jurídicos de la Entidad corresponde a las dependencias competentes de la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con el marco normativo aplicable.

209. «¿Publica la entidad estadísticas sobre quejas por entidad vigilada, motivos y tiempos de respuesta?» (Sic)

Respuesta: Sí. La Superintendencia Nacional de Salud publica información estadística e indicadores relacionados con su gestión y con el ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, en cumplimiento de los principios de transparencia, publicidad y acceso a la información pública previstos en la Ley 1712 de 2014.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Esta información se encuentra disponible para consulta ciudadana a través de la sección Cifras y Estadísticas del portal institucional de la Entidad, en la cual se publican reportes, indicadores y demás información estadística de interés para los usuarios y demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La consulta puede realizarse en el siguiente enlace: https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/cifras-y-estadisticas. Y/o https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYTMwY2Y4ZjEtNWI0MC00YjAxLThjOGUtMjdiYWZhZjVlZjgzIiwidCI6IjE3YzQwYzUxLWIxZGYtNGUyNS04Y2Q2LTlkMGQyNjc4ODMwMCIsImMiOjR9

210. «¿Puede el ciudadano acceder a datos abiertos sobre el desempeño del sistema y dónde se consultan?» (Sic)

Respuesta: Sí. En aplicación de los principios de transparencia y acceso a la información pública previstos en la Ley 1712 de 2014, los ciudadanos pueden acceder a datos abiertos, indicadores y demás información pública relacionada con la gestión institucional y el desempeño del SGSSS.

La Superintendencia Nacional de Salud pone esta información a disposición de la ciudadanía a través de su portal de Datos Abiertos, disponible en el siguiente enlace: https://www.supersalud.gov.co/es-co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica.

211. «¿Qué política tiene la entidad sobre el uso de inteligencia artificial en la autorización y negación de servicios por parte de sus vigiladas?» (Sic)

Respuesta: La Superintendencia Nacional de Salud ejerce funciones de inspección, vigilancia y control sobre los actores del SGSSS, pero no le corresponde autorizar o definir las herramientas tecnológicas que utilicen sus vigiladas para la gestión de sus procesos.

En consecuencia, independientemente del uso de sistemas de inteligencia artificial u otras herramientas tecnológicas, las entidades vigiladas deben garantizar que sus actuaciones se ajusten a la normativa vigente y no generen barreras de acceso, restricciones injustificadas o afectaciones a los derechos de los usuarios.

Por tanto, desde la perspectiva de la Superintendencia Nacional de Salud, el aspecto relevante no es la tecnología utilizada, sino el cumplimiento de las obligaciones legales a cargo de las entidades vigiladas y la garantía efectiva de los derechos de los usuarios del sistema de salud.

212. «¿Está permitido que una entidad promotora niegue servicios mediante decisiones automatizadas sin intervención humana?» (Sic)

Respuesta: La Superintendencia Nacional de Salud no regula ni autoriza de manera individual las herramientas tecnológicas utilizadas por las entidades vigiladas para la gestión de sus procesos. No obstante, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, verifica que las actuaciones de dichas entidades se ajusten a la normativa vigente y no generen afectaciones a los derechos de los usuarios.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

En este contexto, el Ministerio de Salud y Protección Social establece lineamientos para el uso de herramientas de inteligencia artificial en el sector salud, promoviendo criterios de transparencia, trazabilidad, supervisión, gestión de riesgos y responsabilidad en su implementación.

En consecuencia, la utilización de herramientas de inteligencia artificial por parte de las entidades vigiladas no las exonera del cumplimiento de sus obligaciones legales ni de la responsabilidad derivada de las decisiones adoptadas en el marco de la prestación de los servicios de salud. Corresponde a cada entidad garantizar que sus procesos se desarrollen conforme a la normativa aplicable y con observancia de los principios de gobierno corporativo, gestión de riesgos y protección de los derechos de los usuarios.

IV. PETICIONES

«PRIMERA. Absolver, de manera individual, numerada y motivada, cada una de las preguntas formuladas en el capítulo III de este escrito, indicando en cada caso la norma, la circular, el concepto o la jurisprudencia en que se sustente la respuesta.» (Sic)

Respuesta: Frente a las inquietudes formuladas, se precisa que las respuestas suministradas fueron elaboradas en el marco de las competencias legales atribuidas a la Superintendencia Nacional de Salud, atendiendo las funciones de inspección, vigilancia y control que le han sido asignadas por el ordenamiento jurídico.

En ese sentido, las respuestas emitidas tuvieron como propósito orientar sobre el alcance de las competencias institucionales de la Entidad y sobre los mecanismos, procedimientos y actuaciones relacionados con su ámbito funcional. Por tal razón, se evitó realizar interpretaciones, valoraciones o desarrollos doctrinales que correspondan a otras autoridades u organismos del Estado.

Particularmente, no se efectuaron pronunciamientos sobre asuntos cuya definición o interpretación corresponde a las altas cortes, ni se abordaron materias que recaen en las competencias regulatorias, técnicas o administrativas de otras entidades del sector salud, tales como el Ministerio de Salud y Protección Social, las autoridades territoriales de salud u otras autoridades con funciones específicas asignadas por la ley.

«SEGUNDA. Informar, bloque por bloque, si existe doctrina vigente de la entidad sobre la materia consultada, precisando el número y la fecha del acto correspondiente y remitiendo copia o el enlace de consulta.» (Sic)

Respuesta: Respecto de la solicitud de informar, bloque por bloque, si existe doctrina vigente de la Superintendencia Nacional de Salud sobre las materias consultadas, se informa que los conceptos y pronunciamientos emitidos por la Entidad, en el marco de sus competencias, pueden ser consultados a través del repositorio de conceptos jurídicos disponible en el portal institucional.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

En consecuencia, para cada uno de los bloques temáticos objeto de consulta, la existencia, vigencia y alcance de los conceptos emitidos por la Superintendencia Nacional de Salud puede ser verificada directamente por el interesado en el sistema de consulta dispuesto por la Entidad, en el siguiente enlace: https://normograma.supersalud.gov.co/compilacion/conceptos_juridicos.html.

«TERCERA. En relación con el bloque H, precisar el procedimiento, los términos y los requisitos para la presentación y calificación de acreencias en los procesos de liquidación de entidades del sector, así como los recursos que proceden contra las decisiones del liquidador.» (Sic)

Respuesta: En relación con la solicitud de precisar el procedimiento, los términos, los requisitos para la presentación y calificación de acreencias, así como los recursos procedentes contra las decisiones adoptadas dentro de los procesos de liquidación de entidades del sector salud, se informa que dichas materias se encuentran reguladas en la normativa vigente aplicable a los procesos de toma de posesión e intervención forzosa administrativa para liquidar.

En particular, su regulación puede consultarse en las disposiciones contenidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, aplicables por remisión legal a los procesos adelantados por la Superintendencia Nacional de Salud, en la Ley 1966 de 2019, en el Decreto 780 de 2016, especialmente en las disposiciones relacionadas con las medidas especiales, la toma de posesión y los procesos liquidatorios, así como en las demás normas que las modifiquen, sustituyan o complementen.

En dichas disposiciones se regulan, entre otros aspectos, las etapas del proceso de liquidación, los mecanismos de emplazamiento de acreedores, la presentación de reclamaciones, la calificación y graduación de créditos, la determinación de la masa de liquidación, la prelación de acreencias y los recursos procedentes frente a las decisiones adoptadas por el liquidador.

«CUARTA. En relación con el bloque E, precisar los efectos del reordenamiento territorial de la operación de las entidades promotoras sobre los afiliados trasladados y sobre los tratamientos en curso.»

Respuesta: En relación con los efectos del reordenamiento territorial de la operación de las entidades promotoras de salud sobre los afiliados trasladados y los tratamientos en curso, se informa que dicha materia se encuentra regulada en las disposiciones vigentes sobre aseguramiento en salud, movilidad, afiliación, traslados de afiliados y continuidad en la prestación de los servicios de salud, así como en los actos administrativos que, en cada caso, adopten las medidas correspondientes.

En consecuencia, los efectos particulares sobre la afiliación de los usuarios, la asignación de entidad responsable del aseguramiento y la continuidad de los tratamientos deben determinarse a partir de la normativa aplicable y del contenido específico de la medida administrativa que disponga el reordenamiento territorial o el traslado de afiliados.

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Por tratarse de una materia cuyo alcance depende de las disposiciones regulatorias y administrativas aplicables a cada situación concreta, no resulta posible establecer de manera general efectos uniformes para todos los eventos de reordenamiento territorial, por lo que deberá acudirse a las normas y actos administrativos que regulen la medida correspondiente.

«QUINTA. Suministrar el listado actualizado de los procesos de liquidación en curso y de las entidades sujetas a medidas especiales, o indicar la ruta electrónica de consulta.» (Sic)

Respuesta: Se informa que el listado actualizado de las entidades sujetas a medidas especiales, en proceso de liquidación y demás actuaciones relacionadas con traslados de EPS, puede ser consultado directamente a través del portal institucional de la Superintendencia Nacional de Salud, en el siguiente enlace: https://www.supersalud.gov.co/es-co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/informacion-especifica-para-grupos-de-interes/entidades-en-medida-especial-liquidacion-y-traslados-de-eps.

«SEXTA. En caso de que alguna de las preguntas exceda la competencia de esa Superintendencia, remitir la petición a la autoridad competente dentro del término previsto en el artículo 21 del CPACA, informándolo al suscrito.» (Sic)

Respuesta: Al respecto, se informa que varias de las inquietudes formuladas excedían el ámbito competencial de la Superintendencia Nacional de Salud. En consecuencia, y de conformidad con las reglas de competencia previstas en la ley, dichas solicitudes fueron trasladadas a las entidades competentes y copiado el trámite realizado al correo electrónico suministrado en la petición, esto es, [redacted]; mediante los siguientes radicados,:

- Radicado No. 20261600103116551, dirigido a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

- Radicado No. 20261600103116561, dirigido al Ministerio de Salud y Protección Social.

- Radicado No. 20261600103116571, dirigido al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).

Lo anterior, con el fin de que cada una de dichas entidades se pronunciara sobre los asuntos que correspondan al ámbito de sus competencias legales y reglamentarias.

«SÉPTIMA. Si por el número o la complejidad de las preguntas no fuere posible resolver la consulta dentro del término legal, comunicarlo antes de su vencimiento en los términos del parágrafo del artículo 14 del CPACA, expresando los motivos de la demora y señalando el plazo razonable en que se dará respuesta, sin que ello exima del deber de resolver de fondo.» (Sic)

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

Respuesta: Debido al análisis técnico y jurídico integral y en atención al número de interrogantes formulados y a las diferentes materias abordadas, mediante el radicado No. 20261600103385551, fue solicitada la ampliación del término para brindar respuesta frente a petición de interés general a título de consulta, remitido al correo electrónico suministrado en petición, esto es: [redacted].

«OCTAVA. Remitir la respuesta de manera íntegra, clara, precisa y congruente con lo solicitado, en los términos del artículo 13 del CPACA y de la jurisprudencia constitucional sobre el núcleo esencial del derecho de petición.» (Sic)

Respuesta: Al respecto, se informa que las respuestas fueron suministradas de manera clara, precisa, congruente y de fondo, atendiendo los aspectos consultados dentro del ámbito competencial de la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos previstos en el artículo 13 de la Ley 1437 de 2011, Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

El presente pronunciamiento se formula en los términos del artículo 28 del Título II de la Parte Primera de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1° de la Ley 1755 de 2015, que establece que los conceptos emitidos por las autoridades no son de obligatorio cumplimiento o ejecución. Adicionalmente, los conceptos que se emiten son de carácter general y abstracto, no están dirigidos a solucionar o definir situaciones concretas, ni a prestar asesoría en asuntos de interés particular, no son vinculantes y tampoco comprometen la responsabilidad de la Superintendencia Nacional de Salud.

Cordialmente,

Firmado electrónicamente por: Lina Caterin Baracaldo Moreno

Lina Caterine Baracaldo Moreno
Directora Jurídica

Anexos Electrónicos: Traslado a la ADRES, Radicado Nro. 20261600103116551, Traslado al MSPS, Radicado Nro. 20261600103116561, Traslado al INVIMA: Radicado Nro. 20261600103116571, Ampliación de Plazo, Radicado Nro. 20261600103385551.

Proyectó: Lina Daniela Figueroa Samper, Profesional Especializado Grupo de Conceptos, Derechos de Petición y Apoyo Legislativo de la Dirección Jurídica.
Revisó: David Jesús Morales Pérez, Profesional Especializado Grupo de Conceptos, Derechos de Petición y Apoyo Legislativo de la Dirección Jurídica.
Johan Manuel Solorzano Jaimes, Coordinador Grupo de Conceptos, Derechos de Petición y Apoyo Legislativo de la Dirección Jurídica.
Aprobó: Lina Caterin Baracaldo Moreno, Directora Jurídica.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados