REPÚBLICA DE COLOMBIA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXIV - Nº 1023 | Bogotá, D. C., martes, 17 de junio de 2025 | EDICIÓN DE 77 PÁGINAS

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

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA (ALTERNATIVA) PARA TERCER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 410 DE 2025 SENADO, NÚMERO 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 135 DE 2024 CÁMARA

por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones.

Bogotá D.C., 17 de junio de 2025

Honorable Senadora
NADIA GEORGETTE BLEL SCAF
Presidenta de Comisión Séptima Constitucional
Permanente Senado de la República
Congreso de la República

Asunto: **Informe de Ponencia (Alternativa) para tercer debate al Proyecto de Ley N° 410 de 2025-Senado - N° 312 de 2024-Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*.**

Estimada presidente,

En cumplimiento de la designación realizada por la mesa directiva de esta célula legislativa mediante **Resolución 003 del 2 de abril del 2025**, de la manera más atenta por medio del presente escrito y dentro del término establecido para el efecto, procedemos a rendir **Informe de Ponencia (alternativa)** para tercer debate al **Proyecto de Ley N° 410 de 2025-Senado - N° 312 de 2024-Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"***.

De los Honorables Senadores,

BERENICE BEDOYA PÉREZ
Senadora de la República
Ponente

INFORME DE PONENCIA PARA TERCER DEBATE

PROYECTO DE LEY N° 410 DE 2025-SENADO - N° 312 DE 2024-CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY N° 135 DE 2024-CÁMARA: *"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"*

Con el ánimo de rendir una ponencia comprensible a los Honorables miembros de la Comisión Séptima del Senado de la República y buscando precisar los objetivos, el alcance y la necesidad del proyecto, procedemos a desarrollar el informe de ponencia en el siguiente orden:

1. **OBJETO DELPROYECTO**
2. **ANTECENDENTES DE LA INICIATIVA**
3. **TRÁMITE LEGISLATIVO EN CAMARA DE REPRESENTANTES**
4. **TRÁMITE LEGISLATIVO EN COMISIÓN SÉPTIMA DE SENADO**
5. **IMPACTO FISCAL**
6. **PLIEGO DE MODIFICACIONES**
7. **CONFLICTOS DE INTERÉS**
8. **PROPOSICIÓN**
9. **TEXTO PROPUESTO PARA TERCER DEBATE**

1. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

La presente ley tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud. Así mismo, busca desarrollar un modelo de salud centrado en el marco de la atención primaria, organizar sus instancias para la gobernanza y rectoría del sistema con enfoque diferencial y territorial, articular a las instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganizar los destinos y usos de los recursos financieros, establecer un sistema público unificado e interoperable de información, fortalecer la participación social y comunitaria, así como la inspección, vigilancia y control; igualmente definir condiciones para el trabajo digno del sector salud y fijar las reglas de transición y evolución de la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Sistema de Aseguramiento Social en Salud.

2. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA

La presente iniciativa, fue radicada por primera vez en la Secretaría de la Cámara de Representantes el 13 de febrero de 2023 por el Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, con la ministra Dra. Carolina Corcho Mejía, los Honorables Senadores Isabel Cristina Zuleta López, Martha Isabel Peralta Epieyú, Aida Yolanda Avella Esquivel, César Augusto Pachón Achury, y los Honorables Representantes Alfredo Mondragón Garzón, Juan Carlos Vargas Soler, David Ricardo Racero Mayorca, Agmeth José Escaf Tijerino, Pedro Baracutao García Ospina, Marta Alfonso Jurado y Juan Pablo Salazar Rivera.

El 21 de marzo del 2023, mediante Resolución N°. 006 expedida por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, se acumuló el Proyecto de Ley N°. 339 de 2023 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*", con el Proyecto de Ley N°. 340 de 2023 Cámara "*Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud",* de los autores: H.S. Honorio Miguel Henríquez Pinedo, H.S. José Vicente Carreño Castro, H.S. María Fernanda Cabal Molina, H.S. Andrés Felipe Guerra Hoyos, H.S. Josué Alirio Barrera Rodríguez, H.S. Miguel Uribe Turbay, H.S. Carlos Meissel Vergara, H.S. Ciro Alejandro Ramírez Cortés, H.S. Yenny Esperanza Rozo Zambrano, H.S. Paloma Susana Valencia Laserna, H.R. Andrés Eduardo Forero Molina, H.R. Juan Fernando Espinal Ramírez, H.R. Cristián Munír Garcés Aljure, H.R. Yulieth Andrea Sánchez Carreño, H.R. Carlos Edward Ososio Aguilar, H.R. Oscar Darío Pérez Pineda, H.R. Eduard Alexis Triana Rincón, H.R. Jaime Uscátegui Pastrana, H.R. Yenica Sugein Acosta Infante, H.R. Juan Felipe Corzo Álvarez, H.R. Hernán Darío Cadavid Márquez; con el Proyecto de Ley No. 34e de 2023 Cámara "*Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS*)", de los autores: H.S. Carlos Abraham Jiménez López y H.R. Andrés Eduardo Forero Molina; y con el Proyecto de Ley N°. 344 de 2023 Cámara "*Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud*", de los autores: H.R. Oscar Darío Pérez Pineda, Mauricio Parodi Díaz y el H. S. Ciro Alejandro Ramírez Cortés.

En el marco de la discusión para presentar el Informe de ponencia aprobado en la Comisión Séptima, los ponentes concluyeron sobre diferencias estructurales entre las iniciativas legislativas acumuladas dado que, de acuerdo con la ponencia para primer debate, los Proyectos de Ley N°. 340 de 2023 - Cámara, Proyecto de Ley No. 34e de 2023 – Cámara y el Proyecto de Ley N°. 344 de 2023 – Cámara, "*no concuerdan con la necesidad y el interés de implementar cambios estructurales en el Sistema de Salud, principalmente con el establecimiento de regulaciones más precisas frente al manejo y usos de los recursos del sistema que favorezca la transparencia en la aplicación de recursos, por medio de la recuperación de la rectoría en cabeza del Estado",* a pesar de presentar algunas coincidencias, tales como la necesidad de fortalecer la Atención Primaria en Salud, los hospitales públicos, la dignificación de las y los trabajadores del sector de la salud y el mejoramiento del flujo de recursos a través del uso del mecanismo del giro directo desde la ADRES hacia la totalidad de entidades.

Durante el trámite surtido por el ***Proyecto de Ley 339 de 2023-Cámara: "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*** y sus proyectos acumulados, se adelantó un ejercicio ampliamente participativo que incluyó, entre los meses de septiembre y diciembre de 2022 y enero y abril de 2023, la realización de 38 audiencias públicas en 21 ciudades y municipios: Bogotá, Cali, Fonseca, Caucasia, Aracataca, Inírida, Fómeque, Caldas, Pasto, Villavicencio, Quibdó, Medellín, Barranquilla, Yopal, Ibagué, Palmira, Cúcuta, San Andrés, San José del Guaviare, Arauca, Bucaramanga, que recogieron necesidades, solicitudes y propuestas de la comunidad en cuanto a la atención integral en salud e inquietudes de los trabajadores del sector sanitario, del gremio médico e industrial, incluidas en el informe de ponencia para primer debate, así como en el desarrollo de las discusiones de la Comisión Séptima de Cámara, la cual aprobó la proposición con la que termina el informe de la ponencia positiva mayoritaria junto con su enmienda (Gacetas 283 y 338 de 2023) el 25 de abril de 2023.

El día martes 30 de mayo de 2023 fue publicada en la Gaceta 565 el Informe de ponencia para segundo debate al Proyecto de Ley N°. 339 de 2023 cámara y sus proyectos acumulados, y en el marco de este debate en la Plenaria de la Cámara de Representantes se conformó una Comisión Accidental creada mediante Resolución 074e del 19 de septiembre de 2023, conformada por 23 Honorables Representantes a la Cámara del Partido Liberal, Partido Conservador, Cambio Radical, Partido Verde, Partido Mira, Partido de la U, Coalición Pacto Histórico, Centro Democrático, Partido Comunes, Partido Dignidad y Compromiso, Partido Nuevo Liberalismo, Liga de Gobernantes Anticorrupción, Partido Demócrata Colombiano, Gente en Movimiento, de la bancada CITREP.

Durante el desarrollo de la Comisión Accidental se realizaron cinco mesas de diálogo temáticas (25 al 27 de septiembre de 2023) que contaron con la participación de la ciudadanía, los gremios, la academia, y demás actores: e) Gestoras y ADRES, 2: Disposiciones generales y transitorias, 3) Políticas y régimen laboral, 4) Sistema de información, participación social e inspección, vigilancia y control, y 5) Modelo de salud, organización del sistema e Instituciones de Salud del Estado. Asimismo, las y los H.H. R.R de la Comisión Accidental deliberaron durante siete sesiones (27 de septiembre al 3 de octubre del 2023) en las que concertaron la inclusión de buena parte de las propuestas planteadas en el marco de las mesas de diálogo temáticas entre actores, así como sobre numerosas proposiciones radicadas por las y los Honorables Representantes de la Cámara de Representantes, para finalmente presentar un informe de acuerdos sugeridos de modificación a la Plenaria de la Cámara de Representantes el 3 de octubre de 2023.

El Proyecto de Ley N°. 339 de 2023 cámara y sus proyectos acumulados, culmina su aprobación en diciembre de 2023, terminando el trámite en la Cámara de Representantes. Durante el segundo debate en Plenaria de Cámara se acogieron 219 proposiciones radicadas por las y los H.H.R.R. El texto definitivo aprobado en plenaria de la Cámara de Representantes fue publicado en la Gaceta 1785 del 14 de diciembre de 2023.

En el trámite en Comisión Séptima de Senado de la República, mediante la Resolución 001 del 19 de enero de 2024 y Resolución 002 del 21 de febrero de 2024, se designaron como ponentes y coordinadores ponentes a las y los Honorables Senadores Wilson Arias Castillo coordinador ponente, Berenice Bedoya Pérez coordinadora ponente, Fabián Díaz Plata coordinador ponente, Nadia Blel Scaf ponente, Martha Peralta Epieyú ponente, Ómar de Jesús Restrepo Correa ponente, Alirio Barrera Rodríguez ponente, Norma Hurtado Sánchez ponente, Miguel Ángel Pinto Hernández ponente, Ana Paola Agudelo García ponente, Lorena Ríos Cuéllar ponente, Ferney Silva Idrobo ponente (en reemplazo de la Honorable Senadora Piedad Córdoba, fallecida el 20 de enero de 2024).

Entre el 22 de enero y el 1 de marzo de 2024, se adelantaron 11 Audiencias Públicas, en el marco de la Proposición N° 21 aprobada en esa Comisión, en las ciudades de Bucaramanga, Santa Marta, Riohacha, Villavicencio, San Andrés, Pasto, Cali, Cartagena, Barranquilla, Medellín, y Cali, en las que se contó con la participación gremios, prestadores de servicios de salud, profesionales, academia, pacientes, autoridades territoriales y ciudadanía en general; se recogieron inquietudes y sugerencias frente a la carga administrativa que impone el sistema al ciudadano especialmente a quien padece alguna condición crónica o discapacitante, a la precariedad laboral del talento humano en salud y la urgencia de ofrecer condiciones dignas y justas a los trabajadores del sector, sobre las funciones asignadas a las Gestoras de Salud y Vida y los Centros de Atención Primaria en Salud, sobre la realización de auditorías y sostenibilidad financiera del nuevo sistema; a partir de las cuales se realizaron revisiones y ajustes en el articulado.

Igualmente, durante su paso por la Comisión Séptima de Senado se realizaron otras siete (7) mesas técnicas temáticas acordadas entre las y los Honorables Senadores de la comisión: 1) Aspectos relacionados con licencias, producción y distribución de medicamentos, 2) Condiciones laborales del talento humano en salud, 3) Experiencias de los pacientes en el sistema de salud, 4) Fortalecimiento de la gobernanza del sistema y uso de las tecnologías de la información y la comunicación en el sector salud, 5) Experiencias y perspectivas: atención primaria en salud, equipos extramurales y redes de servicios de salud, 6) Aspectos financieros del sistema de salud –flujo de recursos y pagos, fuentes y usos, valoración de tecnologías en salud-, 7) Aspectos financieros del sistema de salud - endeudamiento y sostenibilidad financiera del sistema.

Las mesas contaron con la participación de entidades del Gobierno Nacional, Senadores ponentes con sus respectivos equipos, entidades territoriales, organizaciones de talento humano y profesionales de la salud, academia y centros de pensamiento, agremiaciones, instituciones prestadoras de servicios de salud, asociaciones de pacientes y usuarios y expertos independientes, y se recogieron inquietudes frente a la continuidad en la prestación de servicios y ruta de entrega de medicamentos, específicamente para pacientes con condiciones crónicas o discapacitantes, fortalecimiento de la capacidad técnica de la ADRES para la administración del riesgo financiero, dignificación de las y los trabajadores de la salud, fuentes de financiación e incentivos educativos para reducir el déficit de profesionales de la salud, fortalecimiento de los entes territoriales para cumplir con los roles correspondientes en el sistema de salud, garantía del derecho a la libre escogencia e integración, funcionamiento y financiación del sistema público unificado e interoperable de información.

La ponencia positiva mayoritaria para tercer debate es radicada el 4 de marzo de 2024 por las y los Honorables Senadores ponentes Wilson Arias Castillo, Martha Peralta Epieyu, Omar de Jesús Restrepo Correa y Ferney Silva Idrobo, y publicada en la Gaceta 225 del 11 de marzo de 2024. La ponencia de archivo fue radicada el e2 de marzo de 2024, por las y los Honorables Senadores ponentes Berenice Bedoya Pérez, Nadia Blel Scaf, Alirio Barrera Rodríguez, Norma Hurtado Sánchez, Miguel Ángel Pinto Hernández, Lorena Ríos Cuéllar, y publicada en la Gaceta 239 del e3 de marzo de 2024.

Finalmente, el 3 de abril de 2024, la ponencia de archivo es votada con una mayoría favorable en la Comisión Séptima del Senado, culminando así el trámite legislativo del Proyecto de Ley 339 de 2023 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*" y sus acumulados Proyectos de Ley No. 340 de 2023 - Cámara, el Proyecto de Ley No. 34e de 2023 – Cámara, y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023, en el Congresos de la República.

3. TRÁMITE LEGISLATIVO EN CAMARA DE REPRESENTANTES

El 1 de agosto de 2024 fue radicado el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones",* como autores de la iniciativa por las y los Honorables Representantes a la Cámara Julia Miranda Londoño, Jennifer Dalley Pedraza Sandoval, Catherine Juvinao Clavijo, Carolina Giraldo Botero, Daniel Carvalho Mejía, Cristian Danilo Avendaño Fino, Alejandro García Ríos, Juan Sebastián Gómez Gonzáles, Luvi Katherine Miranda Peña, publicado en la Gaceta 1455 del 17 de septiembre de 2024, y radicado en la Comisión Séptima de Cámara el 7 de octubre de 2024.

El **Proyecto de Ley 312 de 2024 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*"**, fue radicado el día 13 de septiembre de 2024 por el Gobierno Nacional en cabeza y autoría del Ministro de Salud y Protección Social, el señor Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez. El proyecto fue publicado en la Gaceta 1456 del 17 de septiembre de 2024, junto a las Cartas de comentarios del Ministerio de Hacienda y Crédito Público al **Proyecto de Ley Número 312 de 2024-Cámara**, firmado por la doctora Martha Juanita Villaveces Niño (Viceministra Técnica de Hacienda), carta calendada al 11 de septiembre de 2024 y la Carta de comentarios de Presidencia de la República al Proyecto de Ley 312 DE 2024-Cámara firmado por la Paula Robledo Silva (Secretaria Jurídica de Presidencia), concepto sobre proyecto de ley de reforma al sistema de salud, emitido el e2 de septiembre de 2024. El mencionado proyecto fue radicado en la Comisión Séptima de Cámara el 20 de septiembre de 2024.

El 25 de septiembre de 2024 fueron designados como ponentes del **Proyecto de Ley N°. 312 de 2024 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*"**, los Honorables Representantes María Eugenia Lopera Monsalve- Coordinador Ponente, Alfredo Mondragón Garzón-Coordinador Ponente, Camilo Esteban Ávila Morales- Coordinador Ponente, Jorge Alexander Quevedo Herrera-Coordinador Ponente, Andrés Eduardo Forero Molina- Ponente, Jairo Humberto Cristo Correa- Ponente, Juan Camilo Londoño Barrera- Ponente, Karen Juliana López Salazar - Ponente, Germán José Gómez López- Ponente.

El 15 de octubre del 2024, mediante Resolución N°. 004 expedida por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes se acumuló el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", al Proyecto de Ley N°. 312 de 2023 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".

Designados los ponentes para primer debate, se inició un amplio diálogo con diversos actores del sector salud, lo anterior a efectos de recoger sus opiniones, sus sugerencias y propuestas de cambio a las iniciativas que estaban acumuladas, en esa labor, se adelantaron varias mesas de trabajo con el Ministerio de Salud a efectos de construir la ponencia para primer debate que fue puesta a consideración de los parlamentarios de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, finalmente y dentro del término para rendir ponencia, el día 29 de octubre de la anualidad en curso se presenta ponencia positiva mayoritaria que es firmada por los Honorables Representantes María Eugenia Lopera Monsalve, Camilo Esteban Ávila Morales, Jorge Alexander Quevedo Herrera, Alfredo Mondragón Garzón (Los anteriores Coordinadores Ponentes) y Juan Camilo Londoño Barrera, German José Gómez López Y Karen Juliana López Salazar (Los anterior ponentes de la iniciativa) y posteriormente publicada en Gaceta 1821 de 2024, de igual manera se presenta ponencia negativa por parte de los ponentes Andrés Eduardo Forero y Jairo Humberto Cristo, misma que aparece publicada en Gaceta 1846 de 2024.

Como parte del proceso de discusión y deliberación durante el trámite, los honorables representantes a la Cámara, ponentes y coordinadores ponentes, del Proyecto de Ley N°. 3e2 de 2024 – Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N°. 135 de 2023 – Cámara: *"Por medio del cual se transforma el sistema de salud y se dictan otras disposiciones"* se desarrolló la mesa técnica por la transformación por el sistema a la salud, la cual tuvo dos fases. La primera, para escuchar las propuestas de los actores, sectores e instituciones del sector salud orientadas a enriquecer la propuesta de transformación del sistema de salud. La segunda fase consistió en espacios de deliberación de los ponentes y coordinadores ponentes, en donde se revisaron y analizaron las propuestas recogidas durante la primera fase de las mesas técnicas, los Proyectos de Ley N°. 312 y 135 y los documentos allegados por diversos actores a través de correo electrónico.

Los mecanismos de escucha y recepción de propuestas de los actores, organizaciones e instituciones para enriquecer la propuesta fueron:

1. Mesa técnica por la transformación del sistema de salud. La cual sesionó los días e, 2, 3, 8 y 9 de octubre. Durante las sesiones se revisó la totalidad del proyecto de ley radicado y se permitió la participación de todas y todos los asistentes; se solicitó hacer intervenciones destacando: a) los elementos con los que se está de acuerdo, los elementos que se considera deben ser revisados, y c) la propuesta de modificación del articulado ya sea sobre un artículo puntual o a través de la incorporación de un artículo nuevo. De cada sesión se realizó la relatoría correspondiente, que se integra a la presente ponencia más adelante en el presente acápite.
2. Audiencia Pública: Proyecto de ley 312 – 2023 Cámara, acumulado con Proyecto de Ley 135 – 2024 Cámara. Realizada el e6 de octubre de 2024 en las instalaciones del Congreso de la República.
3. Correo electrónico. Se dispuso el siguiente correo electrónico para recibir propuestas de la ciudadanía: ponentesreformasalud@gmail.com. Se recibieron propuestas hasta el 15 de octubre de 2024.

Las sesiones de la segunda fase de la mesa, que consistió en jornadas de deliberación de las y los ponentes, se desarrollaron los días 16, 17, 18, 21, 22 y 23 de octubre.

Así las cosas, y materializado el cumplimiento de rendir ponencia por parte de los corporados, empieza el debate de la iniciativa de Ley, empezando a discutir la misma el día martes 5 de noviembre del año 2024, día en el cual se someten a consideración impedimento de los miembros de la Comisión Séptima y es sustentada la ponencia negativa que fue presentada por los parlamentarios Andrés Eduardo Forero Molina y Jairo Humberto Cristo Correa, dicha ponencia es negada en democracia por parte de la Comisión. Continuando con el trámite legislativo del Proyecto de Ley 312 – 2024 Cámara, acumulado con Proyecto de Ley 135 – 2024 Cámara. La mesa directiva de la Comisión séptima de Cámara de Representantes convoca a sesión el día martes 12 de noviembre del año 2024, en dicha fecha se sustenta por parte de los coordinadores el Informe de Ponencia y posteriormente se aprueban artículos que no tenían proposición alguna. De manera siguiente en sesiones del e3 y el e8 de noviembre de 2024, se termina de aprobar la iniciativa de Ley, luego de debates en los cuales se consideraron proposiciones de otros parlamentarios que mejoraron la iniciativa y que están encaminados a la salvaguarda de la salud y la atención primaria en salud de todo el pueblo colombiano.

Con la aprobación de la totalidad del contenido normativo de la iniciativa y el título y pregunta de la misma, se surtió el primer debate del Proyecto de Ley, en consecuencia y mediante oficio CSCP 3.7 7 1005-24 calendado al 18 de noviembre de 2024, firmado por el Secretario de la Comisión Séptima, son designados como ponentes para segundo debate los siguientes representantes María Eugenia Lopera, Jorge Alexander Quevedo, Camilo Esteban Ávila, Alfredo Mondragón Garzón (Coordinadores Ponentes) y Andrés Eduardo Forero Molina, Jairo Humberto Cristo Correa, Juan Camilo Londoño, Karen Juliana López, German José Gómez (Ponentes).

Designados los ponentes para segundo debate, y dentro del término para rendir ponencia, el día 22 de noviembre de 2024 se presenta Informe de ponencia para segundo debate al Proyecto de Ley N°. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*". Que es firmada por los Honorables Representantes María Eugenia Lopera Monsalve, Jorge Alexander Quevedo Herrera, Alfredo Mondragón Garzón y Juan Camilo Londoño Barrera, Germán José Gómez López y posteriormente Camilo Esteban Ávila y Karen Juliana López Salazar (Gaceta 2085 de 2024). La cual fue publicada en Gaceta 2032 de 2024.

Adicionalmente, se radicó Informe ponencia de archivo para segundo debate al Proyecto de Ley número 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley número 135 de 2024 Cámara, por parte de los ponentes Andrés Eduardo Forero y Jairo Humberto Cristo, misma que aparece publicada en Gaceta 2034 de 2024.

El día 17 de diciembre de 2024, en sesión extraordinaria, la mayoría de la plenaria de la Cámara negó la ponencia negativa y las proposiciones de archivo que se presentaron al proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara.

En plenaria de Cámara de representantes se realizó la votación de articulado, con las respectivas proposiciones, en 4 sesiones. El 18 de diciembre: 23 artículos, 13 de febrero: 7 artículos; 05 de marzo: 24 artículos, 06 de marzo: 30 artículos (Actas 208, 209, 2e2, 220, 22e, 222). En total se aprobaron 83 artículos, de estos 11 fueron aprobados como en el articulado original, 1 fue eliminado, 50 incorporaron modificaciones y 22 son artículos nuevos. Cabe resaltar que durante este trámite se avalaron 176 proposiciones.

Así, en Sesiones Plenarias Ordinarias y Extraordinarias de los días e7 y e8 diciembre de 2024; 13 de febrero y 4, 5 y 6 marzo 2025, fue aprobado en Segundo Debate, con modificaciones, el Texto Definitivo del Proyecto de Ley número 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley número 135 de 2024 Cámara: "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, mismo que aparece publicado en la Gaceta 337 de 2025.

4. TRÁMITE EN LA COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO DE LA REPÚBLICA

Desde Secretaría General de Cámara de Representantes, el día 2 de abril de 2025 fue remitido a la Secretaría General de la Comisión Séptima del Senado el proyecto de **Ley N°. 410 de 2025 Senado, 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N°. 135 de 2024 Cámara: *"Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"***.

Una vez radicado el proyecto en Comisión, la Mesa Directiva mediante Resolución N°. 003 del 2 de abril del 2025, procedió a designar como ponentes a los siguientes Senadores (as), así:

PONENTES COORDINADORES	PARTIDO O MOVIMIENTO POLÍTICO
MARTHA PERALTA EPIEYU (COORDINADORA)	MAIS
NORMA HURTADO SANCHEZ (COORDINADORA)	PARTIDO DE LA U
ESPERANZA ANDRADE SERRANO (COORDINADORA)	PARTIDO CONSERVADOR
PONENTES	**PARTIDO O MOVIMIENTO POLÍTICO**
FERNEY SILVA IDROBO	COLOMBIA HUMANA
WILSON ARIAS CASTILLO	POLO DEMOCRATICO ALTERNATIVO
FABIAN DÍAZ PLATA	ALIANZA VERDE
MIGUEL ANGEL PINTO HERNANDEZ	PARTIDO LIBERAL
LORENA RIOS CUELLAR	COLOMBIA JUSTA LIBRES
ANA PAOLA AGUDELO GARCÍA	PARTIDO MIRA
ALIRIO BARRERA RODRIGUEZ	CENTRO DEMOCRATICO
BERENICE BEDOYA PEREZ	ALIANZA SOCIAL INDEPENDIENTE
OMAR DE JESUS RESTREPO CORREA	COMUNES

Ante la Comisión Séptima del Senado de la Republica se radicaron las siguientes proposiciones en aras de garantizar la participación ciudadana con el fin de escuchar a las diferentes organizaciones, actores y entidades interesadas en el proyecto de ley de la referencia, se presentaron las siguientes proposiciones, así:

PROPOSICIÓN	SENADORES (AS) SUSCRITOS (AS)	TEMA
N°. 59 del 8 de abril de 2025	Fabián Díaz Plata, Martha Peralta Epieyú Wilson Arias Castillo, Ferney Silva Idrobo, Omar de Jesús Restrepo Correa, Ana Paola Agudelo García	Proponen Audiencias Públicas en las ciudades de Bucaramanga, Cali, Bogotá, Popayán, y en los departamentos de La Guajira y Risaralda, para escuchar a la ciudadanía y diferentes grupos de interés respecto de sus perspectivas, inquietudes y comentarios relacionados con las disposiciones contenidas en el Proyecto de Ley No. 4e0 de 2025 Senado, 3e2 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. e35 de 2024 Cámara *"Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*.
N°. 61 del 8 de abril de 2025	Nadia Blel Scaff, Ana Paola Agudelo García, Norma Hurtado Sánchez, Honorio Miguel Hernríquez Pinedo, Lorena Ríos Cuéllar, Josué Alirio Barrera Rodríguez, Esperanza Andrade Serrano, Miguel Ángel Pinto Hernández	a) Acceso, continuidad y oportunidad de la atención en salud para los pacientes y usuarios en el nuevo sistema de salud, evaluando el impacto de la propuesta en la mejora o desmejora de las condiciones de atención brindadas actualmente y los posibles traumatismos que se puedan presentar en razón al cambio de modelo. b) Gobernanza del nuevo sistema de salud, funciones de la ADRES, así como las funciones y conformación del Consejo Nacional de SGSSS y la gestión del riesgo en salud en cabeza de las Gestoras de Salud y Vida, entre otras entidades. c) Nuevas condiciones de funcionamiento, constitución, reconocimiento de pagos, habilitación, permanencia y operación de los prestadores de servicios de salud, la conformación de Redes Integrales e Integradas Territoriales en Salud. De igual forma, la evaluación de la propuesta en los aspectos de auditoría y dispensación de medicamentos y tecnologías en salud. d) Garantía de mejores condiciones laborales y dignificación del talento humano en salud, evaluación del nuevo régimen especial laboral para los trabajadores del sector salud, así como el análisis de la propuesta formativa, planeación y distribución del talento humano. Estudio y viabilidad del modelo de financiamiento en el nuevo sistema de salud, así como la evaluación rigurosa de los conceptos de impacto fiscal (aval fiscal) entregados desde el Gobierno nacional al Congreso de la República, en el marco de la Ley 8e9 de 2003. f) Aportes académicos y de expertos en el sistema de salud, con el fin de recolectar insumos técnicos y científicos sobre la iniciativa legislativa bajo estudio.

El Secretario General de la Comisión Séptima de Senado mediante oficio CSP CS- 0625 – 2025 del 26 de mayo de 2025, certificó la realización de las Audiencias Públicas y las Mesas Técnicas al Proyecto de Ley N°. 410/2025-Senado – 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, así:

No.	PROPOSICIÓN	CIUDAD	SENADOR – SENADORA A CARGO	FECHA Y LUGAR	LINK DE TRANSMISIÓN	No. ASISTEN TES	ESTADO
1	**Prop. 61** de Fecha 8 de Abril de 2025	Bogotá	Norma Hurtado Sánchez Lorena Ríos Cuellar Esperanza Andrade Serrano	Martes 22 de Abril de 2025 - Salón de La Constitución	https://www.youtube.com/watch?v=0hDTdNOvh-s	71	REALIZADA
2	**Prop. 61** de Fecha 8 de Abril de 2025	Bogotá	Norma Hurtado Sánchez Lorena Ríos Cuellar Esperanza Andrade Serrano	Martes 6 de Mayo de 2025 - Recinto Comisión Séptima	https://www.youtube.com/watch?v=4dAMRI8ygEc	31	REALIZADA
3	**Propo. 59** de Fecha 8 de Abril de 2025	Bucaramanga – Santander	Fabián Díaz	Jueves 8 de Mayo de 2025 - Universidad Cooperativa Bucaramanga	https://www.youtube.com/watch? v=-wYNfkhLIeU	142	REALIZADA
4	**Propo. 59** de Fecha 8 de Abril de 2025	Pueblo Rico - Risaralda	Martha Isabel Peralta Epieyú	Viernes 9 de Mayo de 2025		529	REALIZADA
5	**Prop. No. 60 Y 61** de Fecha 8 de Abril de 2025	Neiva – Huila	Esperanza Andrade Serrano	Lunes 12 de Mayo de 2025 - Cámara de Comercio de Neiva	https://www.youtube.com/watch?v=yKTuUOmwH Tw	131	REALIZADA
6	**Propo. No. 59** de 8 de Abril de 2025.	Santiago de Cali – Valle Del Cauca	Wilson Arias	Viernes 16 de Mayo de 2025	https://www.youtube.com/watch?v=e6UBCdRv0V 8	331	REALIZADA
7	**Propo No. 59** de 8 de Abril de 2025.	Popayán - Cauca	Ferney Silva Idrobo	Jueves 22 de Mayo de 2025	https://www.youtube.com/watch?v=4FtjweQYvY0	1333	REALIZADA

Mesas Técnicas

No.	PROPOSICI ÓN	CIUDAD	TEMATICA	SENADOR SENADOR A CARGO	FECHA	LINK TRANSMISICION	No. ASISTE NTES	ESTADO ACTUAL
1	Prop. 61 de Fecha: 8 de Abril de 2025	Bogotá - Recinto Comisión N° 7	Mesa Técnica Reforma a la Salud - Experiencia de los pacientes en El Sistema de Salud Colombiano.	Norma Hurtado Lorena Ríos Cuellar Esperanza Andrade	Lunes 21 de Abril de 2025	Https://Www.Youtube.Com/Watch?V=Rmjxy Xdkqe4	29	Realizada
2	Prop. 61 de Fecha: 8 de Abril de 2025	Bogotá - Recinto Comisión N° 7	Mesa Técnica Reforma A La Salud Gobernanza	Senador A Norma Hurtado Lorena Ríos Cuellar. Esperanza Andrade	Lunes 28 de Abril de 2025 10:00 A. M.	Https://Www.Youtube.Com/Watch?V=C- Yjxxzgzc8	32	Realizada
3	Prop. 61 de Fecha: 8 de Abril de 2025	Bogotá - Recinto Comisión N° Séptima	Mesa Técnica Fortalecimiento de la Auditoría y el sistema de información en Salud,	Ana Paola Agudelo	Viernes 2 de Mayo de 2025 - 8:00 a ee:00 A.M	Https://Www.Youtube.Com/Watch?V=Qtpx Swuaoc0	6	Realizada

Control Político

PROPOSICIÓN	SENADORES (AS) SUSCRITOS (AS)	FECHA	TEMA
N°. 62 del 7 de mayo de 2025	Nadia Blel Scaff, Ana Paola Agudelo García, Norma Hurtado Sánchez, Honorio Miguel Henríquez Pinedo, Lorena Ríos Cuellar, Josué Alirio Barrera Rodríguez, Esperanza Andrade Serrano, Miguel Ángel Pinto Hernández, Berenice Bedoya Pérez, Fabian Diaz Plata	27 de mayo de 2025	Citar a debate de control político a: 1. Ministro de Salud y Protección Social, doctor Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez. 2. Ministerio de Hacienda y Crédito Público, doctor GERMÁN ÁVILA PLAZAS. 3. Los demás que citen o inviten y cuestionario que adicionen los honorables miembros de la Comisión Séptima del Senado para que expliquen ante la Comisión Séptima del Senado de la República sobre el concepto de aval fiscal relacionado con el Proyecto de Ley 4e0 de 2025 Senado y 3e2 de 2024 Cámara - "Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones". Solicitamos que la programación de este debate sea establecida según lo dispuesto por la Mesa Directiva de la Comisión y sea transmitida por los canales institucionales del Congreso de la República.

5. IMPACTO FISCAL

El **Proyecto de Ley N° 410 de 2025-Senado - N° 312 de 2024-Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024-Cámara:** ***"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"***, desde el análisis del documento: ***"Análisis de impacto fiscal"***, en cumplimiento del **Artículo 7°** de la **Ley 819 de 2003**, allegado por el **Ministerio de Hacienda y Crédito Público** a la **Comisión Séptima** del **Senado de la República**, dentro del trámite de estudio para **Tercer Debate**, debemos ser claros en que, aunque el **Ministerio de Salud y Protección Social**, insiste en llamarlo **"aval fiscal"**, no es un aval fiscal, por cuanto al **Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara** le fueron adicionados artículos que **incrementan** el costo de la implementación de la reforma al **Sistema de Seguridad Social en Salud** y se le deja como potestad al **Ministerio de Hacienda y a los próximos gobiernos**, entre ellos los de los **periodos 2026-2029** y **2029-2032**, la consecución de **recursos adicionales para cumplir con lo proyectado**.

La **Ponencia Alternativa Positiva**, de reforma al **Sistema de Seguridad Social en Salud**, que pongo en consideración de la Comisión Séptima, está enmarcada en que se aplique el **Gobierno Corporativo a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES)**, democratizando su Junta Directiva, **se garantice el sostenimiento del sistema con los recursos existentes** y **nuevas fuentes de financiación**, teniendo en cuenta la actual crisis financiera de la Nación, cuando no existen suficiente recursos en caja, **no están claras las**

deudas del sistema, ***cuánto debe el Ministerio de Salud***, que ***está atrasado en el pago de los presupuestos máximos*** de 2024 y lo corrido del 2025, ***no ha cumplido con el reajuste y actualización de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***, la **cartera de las EPS con las IPS se acumula y supera más de veinte billones de pesos**.

Tabla 40. Proyección de usos del sistema

	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Atención Primaria en Salud	19.157	21.783	23.462	25.339	27.366	29.555	31.920	34.473	37.231	40.210
Mediana y alta complejidad	74.283	76.570	78.910	82.066	85.349	88.763	92.314	96.007	99.847	103.841
Fortalecimiento de la red pública	516	1.032	1.032	2.064	3.612	4.128	4.334	4.551	4.779	5.018
Prestaciones económicas	2.914	3.031	3.154	3.281	3.413	3.552	3.694	3.844	3.999	4.159
Otros	516	533	550	568	607	606	624	645	666	686
Becas		124	124	155	206	206	206	206	206	206
Prestación de maternidad		773	1.102	1.172	1.240	1.310	1.308	1.306	1.304	1.302
Fortalecimientos institucionales		103	103	103	103	103	103	103	103	103
Fondo de desastres		52	52	52	52	52	52	52	52	52
SGP - E.T. SGP (10%)	1.906	2.012	2.244	2.323	2.447	2.560	2.680	2.795	2.913	3.029
Gastos directos	**99.292**	**106.013**	**110.733**	**117.123**	**124.395**	**130.835**	**137.235**	**143.982**	**151.100**	**158.606**
SOAT - Rangos diferenciales	224	246	271	298	328	361	397	436	480	528
Migrantes irregulares	316	316	316	316	316	316	316	316	316	316
Saneamiento ESE-ISE	650	950	600	500	215	200	200	200	200	185
Gastos indirectos	**1.190**	**1.512**	**1.187**	**1.114**	**859**	**877**	**913**	**952**	**996**	**1.029**
Incentivos de calidad	0	1.531	1.973	2.439	2.513	2.588	2.666	2.746	2.828	2.913
Unidades Zonales de Planeación	467	669	1.024	1.056	1.099	1.142	1.190	1.242	1.299	1.349
Gastos de gestión	**467**	**2.200**	**2.997**	**3.495**	**3.612**	**3.730**	**3.856**	**3.988**	**4.127**	**4.262**
TOTAL GASTOS	**100.949**	**109.725**	**114.917**	**121.732**	**128.866**	**135.442**	**142.004**	**148.922**	**156.223**	**163.897**

Cifras en pesos constantes de 2025
Cifras en miles de millones

En primer lugar, debemos tener claro **cómo se financia el Sistema de Seguridad Social en Salud**:

Estos son los ingresos proyectados para financiar el Sistema de Salud (2025-2034):

Tabla 5 Ingresos proyectados del Sistema de Salud

Fuentes	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Aporte Nación	38.173	41.400	44.210	48.922	53.574	58.726	64.247	70.277	76.796	83.874
Cotizaciones	36.053	37.121	38.219	39.355	40.531	41.767	43.062	44.410	45.813	47.266
SGP salud (100%)	19.061	20.116	e22.437	23.227	24.472	25.601	26.796	27.952	29.126	30.286
Otras fuentes	7.953	8.226	8.509	8.802	9.108	9.429	9.764	10.113	10.478	10.857
Total ingreso	101.241	106.863	113.376	120.306	127.685	135.523	143.869	152.752	162.214	172.283
Participación en PIB	5,76%	5,91%	6,09%	6,28%	6,47%	6,66%	6,86%	7,06%	7,27%	7,48%

Dentro del Presupuesto General de la Nación para el año 2025 el sistema de salud fue presupuestado con un monto de **ciento un billón de pesos ($101 billones)**, de los cuales el aporte de la Nación es de $38 billones, las cotizaciones $36 billones, la asignación por el Sistema General de Participaciones (SGP) son $19 billones y como otras fuentes (entre ellas el SOAT) son 7,9 billones.

Se proponen como **nuevas fuentes de financiación** del Sistema de Seguridad Social en Salud la totalidad de los ingresos por el **Impuesto a las Bebidas Ultraprocesadas Azucaradas (IBUA)** y la destinación del **0,5% del IVA-Social**:

Tabla 7 Recaudo proyectado impuestos saludables e IVA Social

Rubro	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
IVA social 0,5%	2.271	2.146	2.225	2.327	2.411	2.505	2.597	2.705	2.812	2.930
Saludables	2.972	3.093	3.220	3.352	3.490	3.636	3.790	3.952	4.123	4.302
Total	**5.243**	**5.239**	**5.445**	**5.679**	**5.901**	**6.141**	**6.387**	**6.657**	**6.935**	**7.232**

Nota. Miles de millones de pesos constantes de 2025. Elaboración Dirección General de Política Macroeconómica - Ministerio de Hacienda y Crédito Público

De aprobarse el **Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado**, con las **proposiciones** de esta ponencia alternativa, tanto en la **Comisión Séptima** como en **Plenaria del Senado**, ingresarían para el segundo **semestre del 2025** un total de **2,6 billones de pesos** de la destinación del **IBUA** y el **IVA-social**, descargando el articulado que crea nuevos gastos, aunque el Ministerio de Hacienda plantea un ***"balance positivo"*** en el **periodo 2025-2034** entre los **ingresos vs. gastos**:

Balance del sistema de salud (ingresos vs. gastos) en el periodo 2025-2034

TOTAL INGRESOS	101.241	109.956	116.596	123.658	131.175	139.159	147.659	156.705	166.337	176.585
TOTAL GASTOS	100.949	109.725	114.917	121.732	128.866	135.442	142.004	148.922	156.223	163.897
BALANCE	**292**	**231**	**1.679**	**1.926**	**2.310**	**3.717**	**5.655**	**7.783**	**10.114**	**12.689**

Para el **2026** el presupuesto del Sistema General de Salud está proyectado en **$106,8 billones de pesos**:

El Sistema de Seguridad Social, con las nuevas fuentes de financiación, aunque no se alcanzaría a superar el déficit, **sería sostenible**, sin que se tengan en cuenta **gastos adicionales** como el pago de **licencias de maternidad para la población no cotizante**, que está presupuestado entre **2026 y 2024** en **10,8 billones**.

Una de las mayores discusiones, tanto en el **Proyecto de Ley 339 de 2023-Cámara**, archivado en **mayo de 2024** en la **Comisión Séptima del Senado de la República**, como en la actual al Sistema de Seguridad Social en Salud (**Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado**), en cuanto a la eliminación de la tercerización laboral de los trabajadores del sector salud, un tema que se encuentra también en discusión en la reforma al Código Sustantivo del Trabajo, como es la **eliminación del contrato sindical**, es la manera como la Nación le garantizará a las Instituciones de Salud del Estado (ISE), como pasarán a llamarse las Empresa Sociales del Estado (ESE), los recursos adicionales para la vinculación del personal (llamado en la reforma Talento Humano en Salud –THS–), los recursos adicionales para cubrir los factores salariales.

El 23 de febrero de 2024, en una Audiencia Pública en la Universidad de Antioquia, en Medellín, manifesté que la Comisión Séptima del Senado debía "***aprobar la mejor reforma posible"***, no sólo teniendo en cuenta la presentado por el Gobierno, sino también las objeciones presentadas por la oposición. **Ahora, ante la premura de la crisis debemos esforzarnos por aprobar una reforma urgente y de coyuntura, no estructural**. Es necesario llegar a acuerdos y que **el Ministerio de Salud y Protección Social de distancie de sus "líneas rojas"**.

6. PLIEGO DE MODIFICACIONES

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
El Congreso de Colombia **DECRETA**	El Congreso de Colombia **DECRETA**	Sin modificaciones
TÍTULO I **OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN**	**TÍTULO I** **OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN**	Sin modificaciones
Artículo 1°. *Objeto*. La presente ley tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud. Así mismo, busca desarrollar un modelo de salud centrado en el marco de la atención primaria, organizar sus instancias para la gobernanza y rectoría del sistema con enfoque diferencial y territorial, articular a las instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganizar los	**Artículo 1°. *Objeto***. La presente ley tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud. Así mismo, busca desarrollar un modelo de salud centrado en el marco de la atención primaria, organizar sus instancias para la gobernanza y rectoría del sistema con enfoque diferencial y territorial, articular a las instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganizar los	Se adiciona el término de trabajadores del sector salud quienes en ningún momento son colaboradores o asociados, así estén contratados mediante tercerización a través de agremiaciones sindicales.

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
destinos y usos de los recursos financieros, establecer un sistema público unificado e interoperable de información, fortalecer la participación social y comunitaria, así como la inspección, vigilancia y control; igualmente definir condiciones para el trabajo digno del sector salud y fijar las reglas de transición y evolución de la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Sistema de Aseguramiento Social en Salud.	destinos y usos de los recursos financieros, establecer un sistema público unificado e interoperable de información, fortalecer la participación social y comunitaria, así como la inspección, vigilancia y control; igualmente definir condiciones para el trabajo digno **de los trabajadores** del sector salud y fijar las reglas de transición y evolución de la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Sistema de Aseguramiento Social en Salud.	
Artículo 2°. *Aseguramiento social en salud*. El aseguramiento social en salud se entiende como la protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población. Para tal efecto, esta ley desarrolla los medios, fuentes de financiamiento y la mancomunación de los recursos financieros del Sistema de Salud, con criterios de equidad; así mismo, desarrolla un sistema de gestión de riesgos de salud y operativo a cargo de los actores del sistema y la gestión de riesgos financieros a cargo del Estado, con una operación en la que confluyen de manera permanente, una gestión pública, privada y mixta, a través de la institucionalidad del Estado y de las Gestoras de Salud y Vida.	**Artículo 2°. *Aseguramiento social en salud***. El aseguramiento social en salud se entiende como la protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población. Para tal efecto, esta ley desarrolla los medios, fuentes de financiamiento y la mancomunación de los recursos financieros del Sistema de Salud, con criterios de equidad; así mismo, desarrolla un sistema de gestión de riesgos de salud y operativo a cargo de los actores del sistema y la gestión de riesgos financieros a cargo del Estado, con una operación en la que confluyen de manera permanente, una gestión pública, privada y mixta, a través de la institucionalidad del Estado y de las Gestoras de Salud y Vida.	Se deja como viene de Cámara

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
Artículo 3°. *Atención Primaria en Salud (APS)*. La Atención Primaria en Salud (APS) es una estrategia dentro del Sistema de Salud y está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana y las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La Atención Primaria en Salud (APS) está orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud. Tiene carácter universal, territorial, sistemático, permanente, predictivo y resolutivo e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Es transversal al Sistema de Salud y todos sus integrantes son responsables por su desarrollo en lo de su competencia, y deberán realizar la gestión que corresponda para lograr los objetivos de la APS. Por tratarse de una acción intersectorial/ transectorial, el	**Artículo 3°. *Atención Primaria en Salud (APS)***. La Atención Primaria en Salud (APS) es una estrategia dentro del Sistema de Salud y está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: **las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) los servicios de salud** ~~los servicios de salud~~, la acción intersectorial/transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana**.** ~~y las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS)~~. La Atención Primaria en Salud (APS) está orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud. Tiene carácter universal, territorial, sistemático, permanente, predictivo y resolutivo e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Es transversal al Sistema de Salud y todos sus integrantes son responsables por su desarrollo en lo de su competencia, y deberán realizar la gestión que corresponda para lograr los objetivos de la APS. Por tratarse de una acción intersectorial/ transectorial, el	Se adiciona el componente de la red integrada

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, destinarán recursos adicionales de fuentes diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud, para la intervención de los determinantes sociales de la salud, en los territorios los gobernadores y alcaldes distritales y municipales serán los responsables de la coordinación y dirección de las acciones de intervención de los determinantes sociales.	Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, ~~destinarán~~ **apropiará los** recursos adicionales de fuentes diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud, para la intervención de los determinantes sociales de la salud, en los territorios los gobernadores y alcaldes distritales y municipales serán los responsables de la coordinación y dirección de las acciones de intervención de los determinantes sociales.	Se adiciona
Artículo 4°. *Modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS).* Se define el modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo como la política en salud del Estado para la población residente en el territorio colombiano. Este modelo establece el marco conceptual y operativo para la comprensión integral de la salud en el territorio y la redefinición y reorganización de los servicios de salud permitiendo la superación de inequidades, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la transformación social. Integra, como estrategias, la promoción de la salud, la prevención, el	**Artículo 4°. *Modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS).*** Se define el modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo como la política en salud del Estado para la población residente en el territorio colombiano. Este modelo establece el marco conceptual y operativo para la comprensión integral de la salud en el territorio y la redefinición y reorganización de los servicios de salud permitiendo la superación de inequidades, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la transformación social. Integra, como estrategias, la promoción de la salud, la prevención, el	Se deja como viene de Cámara

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, la recuperación del estado de salud, la rehabilitación, los cuidados paliativos y el acompañamiento hasta el final de la vida, así como la intersectorialidad y la participación comunitaria. Está fundamentado en la Atención Primaria en Salud (APS) y establece el desarrollo de acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y resolutivas centradas en las personas, las familias y las comunidades; se organiza y funciona mediante Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad e implementa las estrategias de salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado, enfoque de género, diferencial y de transectorialidad. El propósito del modelo es orientar el accionar de los agentes del Sistema de Salud para la garantía del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional haciendo efectiva la Atención Primaria en Salud (APS) a través de estrategias orientadas a fortalecer	diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, la recuperación del estado de salud, la rehabilitación, los cuidados paliativos y el acompañamiento hasta el final de la vida, así como la intersectorialidad y la participación comunitaria. Está fundamentado en la Atención Primaria en Salud (APS) y establece el desarrollo de acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y resolutivas centradas en las personas, las familias y las comunidades; se organiza y funciona mediante Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad e implementa las estrategias de salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado, enfoque de género, diferencial y de transectorialidad. El propósito del modelo es orientar el accionar de los agentes del Sistema de Salud para la garantía del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional haciendo efectiva la Atención Primaria en Salud (APS) a través de estrategias orientadas a fortalecer	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
la integridad del sector salud, la soberanía sanitaria y la gobernanza territorial; fomentar el trabajo digno y decente; y conformar y organizar Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) en donde se fortalezca el nivel primario, como componente de la red que desarrolla los vínculos con los individuos, las familias, la comunidad y los sectores sociales. La promoción de la salud es un proceso que comprende acciones orientadas a fortalecer la educación en salud, el conocimiento y las capacidades de las personas, y la formación en derechos y deberes de los usuarios, de las familias y de las comunidades para contribuir en la transformación positiva de las condiciones y entornos de desarrollo, mediante la participación transectorial, el empoderamiento comunitario y el autocuidado. Dentro del modelo, en el nivel primario operan los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los equipos de salud territoriales, de acuerdo con las necesidades de la población. El modelo es predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis,	la integridad del sector salud, la soberanía sanitaria y la gobernanza territorial; fomentar el trabajo digno y decente; y conformar y organizar Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) en donde se fortalezca el nivel primario, como componente de la red que desarrolla los vínculos con los individuos, las familias, la comunidad y los sectores sociales. La promoción de la salud es un proceso que comprende acciones orientadas a fortalecer la educación en salud, el conocimiento y las capacidades de las personas, y la formación en derechos y deberes de los usuarios, de las familias y de las comunidades para contribuir en la transformación positiva de las condiciones y entornos de desarrollo, mediante la participación transectorial, el empoderamiento comunitario y el autocuidado. Dentro del modelo, en el nivel primario operan los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los equipos de salud territoriales, de acuerdo con las necesidades de la población. El modelo es predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis,	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud, preventivo porque brinda cuidado integral en todos sus niveles, a las personas, familias y comunidades, minimizando la morbilidad y la carga de la enfermedad; y resolutivo porque permite responder de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individual y colectiva.	deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud, preventivo porque brinda cuidado integral en todos sus niveles, a las personas, familias y comunidades, minimizando la morbilidad y la carga de la enfermedad; y resolutivo porque permite responder de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individual y colectiva.	
TÍTULO II **GOBERNANZA Y RECTORÍA DEL SISTEMA**	**TÍTULO II** **GOBERNANZA Y RECTORÍA DEL SISTEMA**	
Artículo 5°. *Gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud.* La gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social como órgano rector del sector. El Ministerio de Salud y Protección Social será quien oriente la toma de decisiones en salud, la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas de salud; así como la gestión de los procesos al interior del Sistema. Además, ejercerá la coordinación intersectorial y ejecutará las disposiciones legales vigentes. En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por los gobernadores	**Artículo 5°. *Gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud.*** La gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social como órgano rector del sector. El Ministerio de Salud y Protección Social será quien oriente la toma de decisiones en salud, la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas de salud; así como la gestión de los procesos al interior del Sistema. Además, ejercerá la coordinación intersectorial y ejecutará las disposiciones legales vigentes. En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por los gobernadores	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
y alcaldes, como autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, y consiste en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito, de conformidad con las disposiciones orgánicas y legales que se le asignen. También ejercerán la función de autoridad sanitaria en su jurisdicción.	y alcaldes, como autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, y consiste en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito, de conformidad con las disposiciones orgánicas y legales que se le asignen. También ejercerán la función de autoridad sanitaria en su jurisdicción.	
Parágrafo 1°. Los órganos de dirección en los ámbitos nacional y territorial deberán atender las recomendaciones que formulen el Consejo Nacional de Salud y los respectivos Consejos Territoriales de Salud.	**Parágrafo 1°.** Los órganos de dirección**,** en los ámbitos nacional y territorial**,** deberán atender las recomendaciones que formulen el Consejo Nacional de Salud y los respectivos Consejos Territoriales de Salud.	Se ajusta la redacción
Parágrafo 2°. Las acciones de salud pública se realizarán bajo la rectoría del Estado, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social y los departamentos, distritos y municipios, los cuales garantizarán el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y predicción en salud, la gestión del riesgo en salud, la investigación en salud pública, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del	**Parágrafo 2°.** Las acciones de salud pública se realizarán bajo la rectoría del Estado, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social y los departamentos, distritos y municipios, los cuales garantizarán el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y predicción en salud, la gestión del riesgo en salud, la investigación en salud pública, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
sector, la participación de entidades públicas, privadas y mixtas y la participación social en la salud.	sector, la participación de entidades públicas, privadas y mixtas y la participación social en la salud.	
Parágrafo 3°. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social definirá la construcción de la política de calidad en salud y del Plan Decenal de Mejoramiento de la Calidad en Salud, que servirán para transformar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) en el Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA).	**Parágrafo 3°.** El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social definirá la construcción de la política de calidad en salud y del Plan Decenal de Mejoramiento de la Calidad en Salud, que servirán para transformar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) en el Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA).	
Parágrafo 4°. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social definirá la construcción e implementación de la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación para el sector salud en coordinación con el Instituto Nacional de Salud (INS), que servirá para impulsar el desarrollo técnico, tecnológico y científico en salud del país.	**~~Parágrafo 4°.~~** ~~El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, definirá la construcción e implementación de la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación para el sector salud, en coordinación con el Instituto Nacional de Salud (INS), que servirá para impulsar el desarrollo técnico, tecnológico y científico en salud del país.~~	Se elimina por tratarse de asunto definido en la Ley Estatutaria.
Parágrafo 5°. El Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Salud o quien haga sus veces, consolidará un informe que evidencie los resultados obtenidos del ejercicio de gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud, el cual será publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, a efectos de que la ciudadanía pueda acceder a su	**Parágrafo 5~~°~~ 4°.** El Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Salud o quien haga sus veces, consolidará un informe que evidencie los resultados obtenidos del ejercicio de gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud, el cual será publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, a efectos de que la ciudadanía pueda acceder a	Se ajusta la numeración del Parágrafo

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
contenido.	su contenido.	
Artículo 6°. *Consejo Nacional de Salud.* Créase el Consejo Nacional de Salud como instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social. El Consejo Nacional de Salud estará conformado por: 1. Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá. 2. Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado. 3. Ministro del Trabajo o su delegado. 4. Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible o su delegado. 5. Ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación, o su delegado. 6. El Director de Planeación Nacional o su delegado. 7. El Director de la ADRES o su delegado. 8. Un representante de los gobernadores. 9. Un representante de los alcaldes. 10. Un representante de los trabajadores de la salud. 11. Un representante de las organizaciones representativas de los profesionales de la salud. 12. Un representante de pacientes o usuarios. 13. Un representante de la	**Artículo 6°. *Consejo Nacional de Salud.*** Créase el Consejo Nacional de Salud como instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social. El Consejo Nacional de Salud estará conformado por: 1. Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá. 2. Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado. 3. Ministro del Trabajo o su delegado. 4. Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible o su delegado. 5. Ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación, o su delegado. 6. El Director de Planeación Nacional o su delegado. 7. El Director de la ADRES o su delegado. 8. Un representante de los gobernadores. 9. Un representante de los alcaldes. 10. Un representante de los trabajadores de la salud. 11. Un representante de las organizaciones representativas de los profesionales de la salud. 12. Un representante de pacientes o usuarios. 13. Un representante de la	Se adiciona en el numeral 11 una nueva función

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
academia, facultades y escuelas de salud. 14. Un representante de las comunidades étnicas NARP (Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras). 15. Un representante de las comunidades indígena y ROM. 16. Un representante de la población campesina. 17. Un representante por víctimas del conflicto armado. 18. Un representante de las Gestoras de Salud y Vida. 19. Un representante de los prestadores de salud. El Superintendente Nacional de Salud, el Director del IETS, el Director del Invima, el Defensor del Pueblo y el Director del Instituto Nacional de Salud formarán parte del Consejo Nacional de Salud con voz, pero sin voto. A su vez, el Consejo Nacional de Salud podrá invitar a instituciones y personas naturales o jurídicas que considere pertinentes. El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesiones extraordinarias por el Ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de nueve (9) de sus	academia, facultades y escuelas de salud. 14. Un representante de las comunidades étnicas NARP (Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras). 15. Un representante de las comunidades indígena y ROM. 16. Un representante de la población campesina. 17. Un representante por víctimas del conflicto armado. 18. Un representante de las Gestoras de Salud y Vida. 19. Un representante de los prestadores de salud. El Superintendente Nacional de Salud, el Director del IETS, el Director del Invima, el Defensor del Pueblo y el Director del Instituto Nacional de Salud formarán parte del Consejo Nacional de Salud con voz, pero sin voto. A su vez, el Consejo Nacional de Salud podrá invitar a instituciones y personas naturales o jurídicas que considere pertinentes. El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesiones extraordinarias por el Ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de nueve (9) de sus	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quórum para sesionar con doce (12) de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría calificada del total de los miembros del Consejo. El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones: 1. Recomendar a los distintos sectores y entidades del Gobierno nacional y a los actores del Sistema de Salud, la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión. 2. Realizar recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social, respecto de la definición del valor anual de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), teniendo en cuenta factores diferenciales como edad, el sexo, ubicación geográfica, condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población, y costos de las tecnologías en salud, entre otros. 3. Presentar iniciativas en materia de reglamentación del Sistema de	miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quórum para sesionar con doce (12) de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría calificada del total de los miembros del Consejo. El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones: 1. Recomendar a los distintos sectores y entidades del Gobierno nacional y a los actores del Sistema de Salud, la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión. 2. Realizar recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social, respecto de la definición del valor anual de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), teniendo en cuenta factores diferenciales como edad, el sexo, ubicación geográfica, condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población, y costos de las tecnologías en salud, entre otros. 3. Presentar iniciativas en materia de reglamentación del Sistema de	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
Salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social. 4. Monitorear el buen funcionamiento del Sistema de Salud y el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud, así mismo proponer mecanismos y herramientas para optimizar la vigilancia y control del sistema. 5. Revisar y consolidar los informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de Salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia. Esta consolidación de los informes deberá ser publicado para su libre acceso y conocimiento en el sitio web del Ministerio de Salud y Protección Social. 6. Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente ley. El Consejo Nacional de Salud, en cabeza de la Secretaría Técnica en el primer trimestre de cada año, rendirá un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, en el que se evalúe la implementación y reglamentación	Salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social. 4. Monitorear el buen funcionamiento del Sistema de Salud y el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud, así mismo proponer mecanismos y herramientas para optimizar la vigilancia y control del sistema. 5. Revisar y consolidar los informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de Salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia. Esta consolidación de los informes deberá ser publicado para su libre acceso y conocimiento en el sitio web del Ministerio de Salud y Protección Social. 6. Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente ley. El Consejo Nacional de Salud, en cabeza de la Secretaría Técnica en el primer trimestre de cada año, rendirá un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, en el que se evalúe la implementación y reglamentación	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
de la presente ley. 7. Adoptar su propio reglamento. 8. Elaborar estrategias, planes y proyectos para la prevención, mitigación y gestión de los riesgos relacionados con los estados de emergencia, como los sanitarios y/o financieros que puedan afectar e impedir el funcionamiento eficaz y continuo del sistema de salud. 9. Estudiar y plantear recomendaciones sobre el plan integral de fortalecimiento y modernización de la red pública nacional de servicios de salud presentado a consideración del CNS por el Ministerio de Salud y Protección Social. 10. Promover estudios técnicos y alternativas para el fortalecimiento de las intervenciones colectivas y poblacionales de salud pública territorial y su distribución, según las necesidades evidenciadas por los resultados en salud de los diferentes territorios.	de la presente ley. 7. Adoptar su propio reglamento. 8. Elaborar estrategias, planes y proyectos para la prevención, mitigación y gestión de los riesgos relacionados con los estados de emergencia, como los sanitarios y/o financieros que puedan afectar e impedir el funcionamiento eficaz y continuo del sistema de salud. 9. Estudiar y plantear recomendaciones sobre el plan integral de fortalecimiento y modernización de la red pública nacional de servicios de salud presentado a consideración del CNS por el Ministerio de Salud y Protección Social. 10. Promover estudios técnicos y alternativas para el fortalecimiento de las intervenciones colectivas y poblacionales de salud pública territorial y su distribución, según las necesidades evidenciadas por los resultados en salud de los diferentes territorios. **11. Designar al Veedor Fiscal del Sistema de Seguridad Social en Salud.**	
Parágrafo 1°. Las decisiones que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.	**Parágrafo 1°.** Las decisiones que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.	Sin modificaciones
Parágrafo 2°. El Gobierno nacional reglamentará, en un tiempo máximo de seis (6) meses siguientes a la expedición de la ley, los mecanismos de elección, alternancia y participación en este Consejo.	**Parágrafo 2°.** El Gobierno nacional reglamentará, en un tiempo máximo de seis (6) meses siguientes a la expedición de la ley, los mecanismos de elección, alternancia y participación en este Consejo.	Sin modificaciones
Parágrafo 3°. La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo humano independiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito y previa convocatoria, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud.	**Parágrafo 3°.** La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo humano independiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito y previa convocatoria, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud.	Sin modificaciones
Parágrafo 4°. El Ministerio de Salud y Protección Social incluirá en su presupuesto el funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que cubra los gastos de la Secretaría Técnica, honorarios y desplazamiento de los consejeros no gubernamentales, el soporte técnico, y gastos para comunicación.	**Parágrafo 4°.** El Ministerio de Salud y Protección Social incluirá en su presupuesto el funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que cubra los gastos de la Secretaría Técnica, honorarios y desplazamiento de los consejeros no gubernamentales, el soporte técnico, y gastos para comunicación.	Sin modificaciones
Parágrafo 5°. Los Consejos Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Seguridad Social en Salud, se denominarán Consejos Territoriales en Salud y tendrán una conformación y funciones similares al Consejo Nacional de Salud.	**Parágrafo 5°.** Los Consejos Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Seguridad Social en Salud, se denominarán Consejos Territoriales en Salud y tendrán una conformación y funciones similares al Consejo Nacional de Salud.	Sin modificaciones
Artículo 7°. *Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS)*. Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores participantes en el Sistema de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará, desarrollará e implementará el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) para garantizar el acceso transparente, en línea y en tiempo real de las transacciones en salud y administrativas por parte de cada actor del Sistema de Salud, según sean sus responsabilidades operativas o estratégicas, en el orden nacional, territorial e institucional. Para ello deberá elaborar un plan estratégico de diseño, implementación y evaluación y deberá contar con la cooperación técnica del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, cuando lo considere pertinente y en el marco de sus competencias. La incorporación de la información al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), tanto administrativa como asistencial, será obligatoria para todos los integrantes del Sistema de Salud. El Sistema entrará a operar por etapas, en armonía con los avances en conectividad y capacidad tecnológica instalada en el país y deberá integrar los sistemas de información ya disponibles. Para el desarrollo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) se articularán los actores en una estructura multimodal de coordinación con un desarrollo por etapas secuenciales y armónicas con la incorporación de funcionalidades. Se brindará asistencia técnica e inversión prioritaria, en aquellos municipios donde no hay conectividad con el fin de cerrar brechas tecnológicas y facilitar su vinculación al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) deberá recoger los estándares y políticas de interoperabilidad para los sistemas de información definidas por el Gobierno nacional. El manejo de la información confidencial sobre las condiciones de salud de las personas estará sujeto a la normatividad vigente, en especial a la Ley 2015 de 2020, o la que la modifique o sustituya.	**Artículo 7°. *Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS)***. Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores participantes en el Sistema de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará, desarrollará e implementará el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) para garantizar el acceso transparente, en línea y en tiempo real de las transacciones en salud y administrativas por parte de cada actor del Sistema de Salud, según sean sus responsabilidades operativas o estratégicas, en el orden nacional, territorial e institucional. Para ello deberá elaborar un plan estratégico de **diagnóstico,** diseño, implementación y evaluación y deberá contar con la cooperación técnica del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, cuando lo considere pertinente y en el marco de sus competencias. La incorporación de la información al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), tanto administrativa como asistencial, será obligatoria para todos los integrantes del Sistema de Salud. El Sistema entrará a operar por etapas, en armonía con los avances en conectividad y capacidad tecnológica instalada en el país y deberá integrar los sistemas de información ya disponibles. Para el desarrollo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) se articularán los actores en una estructura multimodal de coordinación con un desarrollo por etapas secuenciales y armónicas con la incorporación de funcionalidades. Se brindará asistencia técnica e inversión prioritaria, en aquellos municipios donde no hay conectividad con el fin de cerrar brechas tecnológicas y facilitar su vinculación al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) deberá recoger los estándares y políticas de interoperabilidad para los sistemas de información definidas por el Gobierno nacional. El manejo de la información confidencial sobre las condiciones de salud de las personas estará sujeto a la normatividad vigente, en especial a la Ley 2015 de 2020, o la que la modifique o sustituya.	Se adiciona ***diagnóstico***
Parágrafo. El Sistema Público	**Parágrafo 1°.** El Sistema Público	Se ajusta la numeración del

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), deberá cumplir con estándares internacionales de interoperabilidad y seguridad de la información, garantizando la protección de datos personales, el acceso equitativo y la transparencia en la gestión del sistema.	Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), deberá cumplir con estándares internacionales de interoperabilidad y seguridad de la información, garantizando la protección de datos personales, el acceso equitativo y la transparencia en la gestión del sistema.	Parágrafo
	Parágrafo 2°. La primera etapa del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) deberá comenzar a operar en un término no mayor a seis meses con la información disponible en el Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud y la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).	Se adiciona un Parágrafo nuevo para determinar las etapas en que debe desarrollarse la implementación del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS)
Artículo Nuevo. ***Defensor del usuario en salud.*** El defensor del usuario en salud, creado a través del artículo 42 de la Ley 1122 de 2007, será una de la instancia encargadas de recibir y atender quejas y reclamos de los pacientes y usuarios que presenten barreras o conflictos relacionados con la Atención Primaria en Salud (APS) y la atención en los niveles primario y complementario, para garantizar el cumplimiento de los principios de universalidad, integralidad, solidaridad, participación, humanización, eficiencia y calidad de los servicios de salud en la	**Artículo 8°.** ***Defensor del usuario en salud.*** El defensor del usuario en salud, creado a través del artículo 42 de la Ley 1122 de 2007, será una de la instancia encargadas de recibir y atender quejas y reclamos de los pacientes y usuarios que presenten barreras o conflictos relacionados con la Atención Primaria en Salud (APS) y la atención en los niveles primario y complementario, para garantizar el cumplimiento de los principios de universalidad, integralidad, solidaridad, participación, humanización, eficiencia y calidad de los servicios de salud en la	Se ajusta la numeración como Artículo 8°

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
jurisdicción territorial de cada departamento o distrito. La organización y funcionamiento del defensor del usuario en salud será financiado con los recursos establecidos en el artículo 137 de la Ley 1438 de 2011. La defensoría del usuario en salud hará uso de las tecnologías de la información para brindar una tención ágil y eficiente; la cual contará con un enfoque diferencial territorial, etario y de género. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo relacionado con el número de defensores y la elección de estos por los usuarios, para lo cual deberá prever unas garantías electorales democráticas mínimas, en particular, el voto libre y la adjudicación de los escaños en forma proporcional a los votos obtenidos por cada lista. Los usuarios de los servicios de salud podrán formular sus quejas o reclamaciones, relacionadas con la prestación de los mismos, ante la Superintendencia Nacional de Salud, Instaurar las acciones judiciales correspondientes ante las autoridades competentes, directamente y con independencia de la actuación que adelanten o que pueda adelantar ante el defensor del usuario de salud. El defensor del usuario de salud no tendrá la competencia de sancionar	jurisdicción territorial de cada departamento o distrito. La organización y funcionamiento del defensor del usuario en salud será financiado con los recursos establecidos en el artículo 137 de la Ley 1438 de 2011. La defensoría del usuario en salud hará uso de las tecnologías de la información para brindar una tención ágil y eficiente; la cual contará con un enfoque diferencial territorial, etario y de género. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo relacionado con el número de defensores y la elección de estos por los usuarios, para lo cual deberá prever unas garantías electorales democráticas mínimas, en particular, el voto libre y la adjudicación de los escaños en forma proporcional a los votos obtenidos por cada lista. Los usuarios de los servicios de salud podrán formular sus quejas o reclamaciones, relacionadas con la prestación de los mismos, ante la Superintendencia Nacional de Salud, Instaurar las acciones judiciales correspondientes ante las autoridades competentes, directamente y con independencia de la actuación que adelanten o que pueda adelantar ante el defensor del usuario de salud. El defensor del usuario de salud no tendrá la competencia de sancionar	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
a los prestadores de servicios de salud.	a los prestadores de servicios de salud.	
TÍTULO III **FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD**	**TÍTULO III** **FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD**	Sin modificaciones
Artículo 8°. ***Obligatoriedad de las cotizaciones.*** Son aportantes al Sistema de Salud las personas jurídicas en calidad de empleadores y las personas naturales de acuerdo con la normatividad vigente. Las cotizaciones y aportes son contribuciones sobre los salarios, honorarios, pensiones, ingresos o la renta de las personas. La liquidación y pago de las cotizaciones al Sistema de Salud son de carácter obligatorio. Los aportantes presentarán las liquidaciones de sus cotizaciones en salud ante los operadores del pago de aportes autorizados y con destino a la cuenta de recaudo del Fondo Único Público de Salud administrado por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). La Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP), será la entidad competente para adelantar las acciones de determinación y	**Artículo 8° 16.** ***Obligatoriedad de las cotizaciones.*** Son aportantes al Sistema de Salud las personas jurídicas en calidad de empleadores y las personas naturales de acuerdo con la normatividad vigente. Las cotizaciones y aportes son contribuciones sobre los salarios, honorarios, pensiones, ingresos o la renta de las personas. La liquidación y pago de las cotizaciones al Sistema de Salud son de carácter obligatorio. Los aportantes presentarán las liquidaciones de sus cotizaciones en salud ante los operadores del pago de aportes autorizados y con destino a la cuenta de recaudo del Fondo Único Público de Salud administrado por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). La Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP), será la entidad competente para adelantar las acciones de determinación y	Se ajusta la numeración como Artículo 16

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
cobro de las contribuciones parafiscales en salud, respecto de las personas naturales con ingresos ordinarios mensualizados, no mensualizados o extraordinarios, los omisos o inexactos; igualmente, lo podrá hacer respecto de las personas jurídicas. De igual manera la UGPP establecerá auditorías aleatorias, para verificar la veracidad de las liquidaciones y pagos realizados por los aportantes, con el fin de prevenir prácticas de evasión.	cobro de las contribuciones parafiscales en salud, respecto de las personas naturales con ingresos ordinarios mensualizados, no mensualizados o extraordinarios, los omisos o inexactos; igualmente, lo podrá hacer respecto de las personas jurídicas. De igual manera la UGPP establecerá auditorías aleatorias, para verificar la veracidad de las liquidaciones y pagos realizados por los aportantes, con el fin de prevenir prácticas de evasión.	
Artículo 9°. ***Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES)***. La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) creada en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, a partir de la vigencia de la presente ley se denominará "Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES", tendrá por objeto garantizar el adecuado recaudo, administración, f lujo y control de los recursos públicos del Sistema de Salud y ejercerá las siguientes funciones: 1. Recaudar todos los recursos fiscales y parafiscales que legalmente deben ingresar al Fondo Único Público de Salud. 2. Administrar los recursos del	**Artículo 9° 17.** ***Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES)***. La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) creada en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, a partir de la vigencia de la presente ley se denominará "Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES", tendrá por objeto garantizar el adecuado recaudo, administración, f lujo y control de los recursos públicos del Sistema de Salud y ejercerá las siguientes funciones: 1. Recaudar todos los recursos fiscales y parafiscales que legalmente deben ingresar al Fondo Único Público de Salud. 2. Administrar los recursos del	Se ajusta la numeración como Artículo 17 Se elimina el numeral 30 en consideración a que no se cuenta con aval fiscal y sería un nuevo cargo a la financiación del sistema de salud. Se justa la numeración.

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
Fondo Único Público en Salud, que financian el Sistema de Salud, de conformidad con lo previsto en la presente ley. 3. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet). 4. Realizar los pagos de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, asumir como pagador único del Sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de medicamentos y tecnologías en salud, de naturaleza pública, privada y mixta, de acuerdo con los controles Salud y Vida. 5. Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) o a las instituciones de las que dependan o los operen. 6. Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas, pagos y transferencias que corresponden a los diferentes agentes del Sistema, en los términos de la presente ley, que serán registrados en el Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). 7. Desarrollar un modelo de seguimiento y evaluación del gasto del Sistema de Salud, que esté en capacidad de detectar tendencias y desviaciones y realizar comparaciones entre regiones e	Fondo Único Público en Salud, que financian el Sistema de Salud, de conformidad con lo previsto en la presente ley. 3. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet). 4. Realizar los pagos de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, asumir como pagador único del Sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de medicamentos y tecnologías en salud, de naturaleza pública, privada y mixta, de acuerdo con los controles Salud y Vida. 5. Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) o a las instituciones de las que dependan o los operen. 6. Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas, pagos y transferencias que corresponden a los diferentes agentes del Sistema, en los términos de la presente ley, que serán registrados en el Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). 7. Desarrollar un modelo de seguimiento y evaluación del gasto del Sistema de Salud, que esté en capacidad de detectar tendencias y desviaciones y realizar comparaciones entre regiones e	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
instituciones, como elemento fundamental para retroalimentar el régimen de tarifas y formas de pago, con el fin de garantizar el control del riesgo financiero y la sostenibilidad del sistema. 8. Realizar el pago de la remuneración por administración e incentivos a las Gestoras de Salud y Vida. 9. Realizar los pagos por incentivos a los prestadores de mediana y alta complejidad. 10. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promuevan la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto podrá contratar las auditorías aleatorias que correspondan. 11. Administrar y llevar registro de la información propia de sus operaciones financieras y las de los diferentes actores del sistema que tengan relación con las funciones de la entidad, a través de un sistema de información interoperable con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). 12. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales. 13. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o	instituciones, como elemento fundamental para retroalimentar el régimen de tarifas y formas de pago, con el fin de garantizar el control del riesgo financiero y la sostenibilidad del sistema. 8. Realizar el pago de la remuneración por administración e incentivos a las Gestoras de Salud y Vida. 9. Realizar los pagos por incentivos a los prestadores de mediana y alta complejidad. 10. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promuevan la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto podrá contratar las auditorías aleatorias que correspondan. 11. Administrar y llevar registro de la información propia de sus operaciones financieras y las de los diferentes actores del sistema que tengan relación con las funciones de la entidad, a través de un sistema de información interoperable con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). 12. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales. 13. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria en Salud (APS) para lo cual podrá solicitar información a las entidades territoriales y otros agentes. 14. Garantizar el flujo oportuno de los recursos del Sistema de Salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los recursos disponibles, de conformidad con mecanismos de autorización del pago de servicios. 15. Hacer públicas todas las transacciones y reconocimientos del sector salud para garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud, a través del Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). 16. Realizar las actividades de gestión administrativa necesarias para garantizar la administración del Fondo Único Público. Su régimen de contratación interno para fines de funcionamiento y apoyo administrativo se regirá por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. La ejecución de los recursos administrados del Fondo Único Público destinados a garantizar los servicios de salud y protección social se realizará sin más	sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria en Salud (APS) para lo cual podrá solicitar información a las entidades territoriales y otros agentes. 14. Garantizar el flujo oportuno de los recursos del Sistema de Salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los recursos disponibles, de conformidad con mecanismos de autorización del pago de servicios. 15. Hacer públicas todas las transacciones y reconocimientos del sector salud para garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud, a través del Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). 16. Realizar las actividades de gestión administrativa necesarias para garantizar la administración del Fondo Único Público. Su régimen de contratación interno para fines de funcionamiento y apoyo administrativo se regirá por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. La ejecución de los recursos administrados del Fondo Único Público destinados a garantizar los servicios de salud y protección social se realizará sin más	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
formalidad que el reconocimiento de los servicios prestados y auditados por los diferentes prestadores y proveedores, de acuerdo con lo establecido en la presente ley y las normas vigentes que regulan la ordenación de pagos a los distintos actores del sistema. 17. Adelantar las acciones de reembolso del pago de servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales. 18. Realizar las acciones de cobro o de repetición por los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito por vehículos no asegurados con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema. 19. Realizar convenios y/o contratos con entidades especializadas para la realización de auditorías médicas y de cuentas en salud, incluidas auditorías aleatorias o dirigidas sobre la auditoría de las Gestoras de Salud y Vida. 20. De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con	formalidad que el reconocimiento de los servicios prestados y auditados por los diferentes prestadores y proveedores, de acuerdo con lo establecido en la presente ley y las normas vigentes que regulan la ordenación de pagos a los distintos actores del sistema. 17. Adelantar las acciones de reembolso del pago de servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales. 18. Realizar las acciones de cobro o de repetición por los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito por vehículos no asegurados con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema. 19. Realizar convenios y/o contratos con entidades especializadas para la realización de auditorías médicas y de cuentas en salud, incluidas auditorías aleatorias o dirigidas sobre la auditoría de las Gestoras de Salud y Vida. 20. De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
mayores riesgos en salud, así como manuales tarifarios, con pisos y techos, los cuales se establecerán de manera participativa y democrática. 21. Entregar al Ministerio de Salud y Protección Social insumos y análisis del gasto para el establecimiento y actualización del régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud. 22. Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud, de acuerdo con las auditorías integrales que realicen las Gestoras de Salud y Vida, para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población. 23. Desarrollar una política de inversión y manejo financiero de los recursos que permita la mayor rentabilidad al menor riesgo. 24. Administrar, gestionar y girar los recursos de inversión o funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social que este determine. 25. Diseñar mecanismos financieros y de crédito para contribuir a la liquidez de las instituciones prestadoras de servicios de salud, siempre que se cumplan los criterios de respaldo en el monto y la frecuencia de los pagos realizados por la Administradora de	mayores riesgos en salud, así como manuales tarifarios, con pisos y techos, los cuales se establecerán de manera participativa y democrática. 21. Entregar al Ministerio de Salud y Protección Social insumos y análisis del gasto para el establecimiento y actualización del régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud. 22. Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud, de acuerdo con las auditorías integrales que realicen las Gestoras de Salud y Vida, para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población. 23. Desarrollar una política de inversión y manejo financiero de los recursos que permita la mayor rentabilidad al menor riesgo. 24. Administrar, gestionar y girar los recursos de inversión o funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social que este determine. 25. Diseñar mecanismos financieros y de crédito para contribuir a la liquidez de las instituciones prestadoras de servicios de salud, siempre que se cumplan los criterios de respaldo en el monto y la frecuencia de los pagos realizados por la Administradora de	
los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) a la institución prestadora, que permita la recuperación de los recursos. 26. Suscribir los acuerdos marco con los prestadores, gestores farmacéuticos, y proveedores de servicios y tecnologías en salud. 27. Constituir un fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras que se puedan presentar. 28. Pagar la cofinanciación de las ISE, previa aprobación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, según lo dispuesto en la presente ley. 29. Pagar el valor correspondiente al saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que se transformen en ISE, según lo dispuesto en la presente ley. 30. Realizar el pago de las licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres gestantes no cotizantes, según lo dispuesto en la presente ley. 31. Rendir semestralmente un informe detallado, el cual deberá ser de público acceso y conocimiento, sobre la ejecución de los recursos destinados para el Sistema de Salud. Este informe deberá ser presentado ante las Comisiones Séptimas Constitucionales de Senado de la	los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) a la institución prestadora, que permita la recuperación de los recursos. 26. Suscribir los acuerdos marco con los prestadores, gestores farmacéuticos, y proveedores de servicios y tecnologías en salud. 27. Constituir un fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras que se puedan presentar. 28. Pagar la cofinanciación de las ISE, previa aprobación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, según lo dispuesto en la presente ley. 29. Pagar el valor correspondiente al saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que se transformen en ISE, según lo dispuesto en la presente ley. ~~30. Realizar el pago de las licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres gestantes no cotizantes, según lo dispuesto en la presente ley.~~ ~~31.~~ **30.** Rendir semestralmente un informe detallado, el cual deberá ser de público acceso y conocimiento, sobre la ejecución de los recursos destinados para el Sistema de Salud. Este informe deberá ser presentado ante las Comisiones Séptimas Constitucionales de Senado de la	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
República y Cámara de Representantes. 32. Las demás que sean necesarias para el desarrollo de su objeto.	República y Cámara de Representantes. ~~32~~ **31.** Las demás que sean necesarias para el desarrollo de su objeto.	
Parágrafo 1°. Todas las referencias legales vigentes relacionadas con la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud se entienden referidas a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).	**Parágrafo 1°.** Todas las referencias legales vigentes relacionadas con la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud se entienden referidas a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).	
Parágrafo 2°. A partir de la entrada en vigencia de la presente Ley el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) reglamentarán y definirán el Plan de Fortalecimiento Institucional necesario para garantizar que en un plazo máximo de un (1) año la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) cuente con la capacidad operativa para asumir las funciones asignadas.	**Parágrafo 2°.** A partir de la entrada en vigencia de la presente Ley**,** el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES)**,** reglamentarán y definirán el Plan de Fortalecimiento Institucional necesario para garantizar que en un plazo máximo de ~~un (1) año~~ **seis (6) meses** la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) cuente con la capacidad operativa para asumir las funciones asignadas.	Se reduce el tiempo a seis (6) meses para la implementación del Plan de Fortalecimiento Institucional de las ADRES.
Parágrafo 3°. El Ministerio de Salud y Protección Social en los seis (6) meses siguientes a la sanción de la presente ley. Expedirá la reglamentación en relación a las buenas prácticas de gobierno corporativo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). Sin perjuicio de las	**Parágrafo 3°.** El Ministerio de Salud y Protección Social**,** en los seis (6) meses siguientes a la sanción de la presente ley**, e**xpedirá la reglamentación en relación a las buenas prácticas de gobierno corporativo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). Sin perjuicio de las	Se ajusta la redacción

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud y demás organismos de control, la Administradora deberá realizar audiencias de rendición de cuentas ante el Consejo Nacional de Salud, informando de su gestión y los resultados obtenidos de la misma.	funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud y demás organismos de control, la Administradora deberá realizar audiencias de rendición de cuentas ante el Consejo Nacional de Salud, informando de su gestión y los resultados obtenidos de la misma.	
Parágrafo 4°. Para efectos de establecer los pisos y techos de los manuales tarifarios de que trata el numeral 20 del artículo 9°, el Ministerio de Salud, deberá conformar un Comité Técnico en el que participe la (ADRES), un (1) representante de las Comunidades Científicas, un (1) representante de los hospitales públicos y un (1) representante de las clínicas privadas.	**Parágrafo 4°.** Para efectos de establecer los pisos y techos de los manuales tarifarios de que trata el numeral 20 del artículo ~~9°~~ **17**, el Ministerio de Salud, deberá conformar un Comité Técnico en el que participe la (ADRES), un (1) representante de las Comunidades Científicas, un (1) representante de los hospitales públicos y un (1) representante de las clínicas privadas.	Se ajusta la redacción en cuanto al Artículo mencionado
Artículo 10. ***Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).*** A la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) le corresponde administrar los recursos f iscales y parafiscales del orden nacional y territorial, asignados para garantizar el aseguramiento social en salud, los cuales se consolidarán en el Fondo Único Público de Salud que contará con un conjunto de subcuentas, de acuerdo con la destinación de los recursos, y entre otros incluye los	**Artículo ~~10~~ 18.** ***Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).*** A la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) le corresponde administrar los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional y territorial, asignados para garantizar el aseguramiento social en salud, los cuales se consolidarán en el Fondo Único Público de Salud que contará con un conjunto de subcuentas, de acuerdo con la destinación de los recursos, y entre otros incluye los	Se ajusta la numeración como Artículo 18

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
siguientes: 1. Las cotizaciones sociales que al Sistema de Salud aporten las personas naturales y jurídicas asociados a los aportes patronales, ingreso por salarios, rentas, trabajo independiente o por cuenta propia, contratos de prestación de servicios o pensiones. 2. Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001. 3. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar el aseguramiento social en salud. 4. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, las municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 por los obligados. 5. Los recursos de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, destinados a financiar el Sistema de Salud. 6. Los recursos destinados por la Nación u organismos internacionales a la atención en salud de la población migrante y otras poblaciones especiales. 7. Los recursos de las Entidades Territoriales provenientes de las rentas cedidas asignadas, que a la	siguientes: 1. Las cotizaciones sociales que al Sistema de Salud aporten las personas naturales y jurídicas asociados a los aportes patronales, ingreso por salarios, rentas, trabajo independiente o por cuenta propia, contratos de prestación de servicios o pensiones. 2. Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001. 3. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar el aseguramiento social en salud. 4. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, las municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 por los obligados. 5. Los recursos de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, destinados a financiar el Sistema de Salud. 6. Los recursos destinados por la Nación u organismos internacionales a la atención en salud de la población migrante y otras poblaciones especiales. 7. Los recursos de las Entidades Territoriales provenientes de las rentas cedidas asignadas, que a la	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud, incluyen los recaudos gestionados por entidades del orden nacional y los recaudados territorialmente, los cuales deben ser girados directamente por los administradores y/o recaudadores a la ADRES. 8. Los recursos propios de las Entidades Territoriales, correspondientes a recursos corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente ley, venían siendo girados a la ADRES para el financiamiento del aseguramiento en salud. 9. Los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), que el Ministerio de Salud y Protección Social determine. 10. Los recursos correspondientes a la contribución equivalente al 52% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que se cobra con adición a ella. 11. Los recursos del Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT) creado por el Decreto Ley 1032 de 1991. 12. Los ingresos provenientes de cuotas moderadoras y copagos que deben ser descontados de las	vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud, incluyen los recaudos gestionados por entidades del orden nacional y los recaudados territorialmente, los cuales deben ser girados directamente por los administradores y/o recaudadores a la ADRES. 8. Los recursos propios de las Entidades Territoriales, correspondientes a recursos corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente ley, venían siendo girados a la ADRES para el financiamiento del aseguramiento en salud. 9. Los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), que el Ministerio de Salud y Protección Social determine. 10. Los recursos correspondientes a la contribución equivalente al 52% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que se cobra con adición a ella. 11. Los recursos del Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT) creado por el Decreto Ley 1032 de 1991. 12. Los ingresos provenientes de cuotas moderadoras y copagos que deben ser descontados de las	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
facturas presentadas y contabilizados por la ADRES. 13. Los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales serán transferidos directamente por la UGPP a la ADRES, sin operación presupuestal. 14. Los recursos destinados al financiamiento de los residentes médicos y otros programas de formación del talento humano en salud. 15. Los recursos del Presupuesto General de la Nación y otros recursos destinados a la financiación del aseguramiento social en salud. 16. Los rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del sistema y sus excedentes. 17. Los demás recursos que por disposición legal se le asignen para el financiamiento del Sistema de Salud o que se le entreguen en administración relacionados con la salud y la protección social. 18. Los recursos que se recauden por concepto de los impuestos saludables considerados en el Título V de la Ley 2277 de 2022 o la norma que la sustituya o modifique.	facturas presentadas y contabilizados por la ADRES. 13. Los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales serán transferidos directamente por la UGPP a la ADRES, sin operación presupuestal. 14. Los recursos destinados al financiamiento de los residentes médicos y otros programas de formación del talento humano en salud. 15. Los recursos del Presupuesto General de la Nación y otros recursos destinados a la financiación del aseguramiento social en salud. 16. Los rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del sistema y sus excedentes. 17. Los demás recursos que por disposición legal se le asignen para el financiamiento del Sistema de Salud o que se le entreguen en administración relacionados con la salud y la protección social. 18. Los recursos que se recauden por concepto de los impuestos saludables considerados en el Título V de la Ley 2277 de 2022 o la norma que la sustituya o modifique.	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
19. Figura jurídica para la destinación específica del 0.5 del IVA social. 20. El Gobierno nacional ampliará los cupos de gasto con cargo a recursos de ingresos corrientes y recursos de capital del Ministerio de Salud y Protección Social de manera progresiva equivalente a un punto porcentual (1%) del Producto Interno Bruto entre los años 2026 y 2032.	19. Figura jurídica para la destinación específica del 0.5 del IVA social. 20. El Gobierno nacional ampliará los cupos de gasto con cargo a recursos de ingresos corrientes y recursos de capital del Ministerio de Salud y Protección Social de manera progresiva equivalente a un punto porcentual (1%) del Producto Interno Bruto entre los años 2026 y 2032.	
Parágrafo. Los recursos correspondientes a los numerales 18 y 19 de que trata el presente artículo se incorporarán como cupos adicionales del sector salud en el marco de gasto de mediano plazo para 2026 en adelante, sin que representen una sustitución de otras fuentes a las que financian el presupuesto del sector en la vigencia fiscal de 2025, ni disminuyan el esfuerzo de la Nación en su financiamiento.	**Parágrafo.** Los recursos correspondientes a los numerales 18 y 19 de que trata el presente artículo se incorporarán como cupos adicionales del sector salud en el marco de gasto de mediano plazo ~~para 2026 en adelante~~ **con la entrada en vigencia de esta Ley**, sin que representen una sustitución de otras fuentes a las que financian el presupuesto del sector en la vigencia fiscal de 2025, ni disminuyan el esfuerzo de la Nación en su financiamiento.	Se modifica en Parágrafo en cuanto a la incorporación de los nuevos recursos de los impuestos saludables y el IVA social
Artículo 11. ***Nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud***. Adiciónese el artículo 513-14 del Título X del Libro III del Estatuto Tributario, así: **Artículo 513-14. Destinación de los impuestos saludables.** El Gobierno nacional, a partir del primero (1°) de enero de 2026, destinará el cien por ciento (100%) del recaudo de	**Artículo ~~11~~ 19. *Nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud.*** Adiciónese el artículo 513-14 del Título X del Libro III del Estatuto Tributario, así: **Artículo 513-14. Destinación de los impuestos saludables.** El Gobierno nacional, a partir del primero (1°) de enero de 2026, destinará el cien por ciento (100%) del recaudo de	Se ajusta la numeración como Artículo 19

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
los Impuestos a las Bebidas Ultraprocesadas Azucaradas (IBUA) y los impuestos a los productos comestibles ultraprocesados industrialmente y/o con alto contenido de azúcares añadidos (ICUI), al Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud.	los Impuestos a las Bebidas Ultraprocesadas Azucaradas (IBUA) y los impuestos a los productos comestibles ultraprocesados industrialmente y/o con alto contenido de azúcares añadidos (ICUI), al Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud.	
Parágrafo. El Gobierno nacional, en cabeza de los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación, evaluará e incorporará de forma progresiva nuevas fuentes de financiación que permitan garantizar la continuidad en la atención y un crecimiento suficiente de los recursos para la prestación de los servicios de salud en todo el territorio nacional y en todos los niveles de atención.	**Parágrafo.** El Gobierno nacional, en cabeza de los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación, evaluará e incorporará de forma progresiva nuevas fuentes de financiación que permitan garantizar la continuidad en la atención y un crecimiento suficiente de los recursos para la prestación de los servicios de salud en todo el territorio nacional y en todos los niveles de atención.	Sin modificaciones
Artículo 12°. ***Destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES)***. Los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) serán destinados a lo siguiente: 1. La financiación de los servicios del nivel primario conforme a los presupuestos estándar en sus componentes fijo y variable, desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento,	**Artículo ~~12~~ 20.** ***Destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES)***. Los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) serán destinados a lo siguiente: 1. La financiación de los servicios del nivel primario conforme a los presupuestos estándar en sus componentes fijo y variable, desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento,	Se ajusta la numeración como Artículo 20 Se eliminan los numerales 16, 18 y 21. Se ajusta la numeración.

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
rehabilitación y cuidados paliativos prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y la operación de los equipos de salud territorial. 2. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa y la prestación de servicios de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos de salud territoriales. 3. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. 4. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos que define la presente ley. 5. El pago de servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores de medicamentos e insumos, de naturaleza pública, privada o mixta. 6. La atención de poblaciones especiales o migrantes que determine la norma legal. 7. Los servicios sociales complementarios en salud, según lo definido en la presente ley. 8. El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. 9. El saneamiento financiero de las	rehabilitación y cuidados paliativos prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y la operación de los equipos de salud territorial. 2. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa y la prestación de servicios de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos de salud territoriales. 3. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. 4. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos que define la presente ley. 5. El pago de servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores de medicamentos e insumos, de naturaleza pública, privada o mixta. 6. La atención de poblaciones especiales o migrantes que determine la norma legal. 7. Los servicios sociales complementarios en salud, según lo definido en la presente ley. 8. El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. 9. El saneamiento financiero de las	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado. 10. El Fortalecimiento de la infraestructura y la dotación de la red pública hospitalaria y su mantenimiento. 11. El fortalecimiento y mejora de la Red Nacional de Atención de Urgencias. 12. El pago de servicios de transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental del paciente y su acompañante; ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo. 13. El financiamiento de los laboratorios de salud pública y las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, conforme a lo establecido en la presente ley. 14. El pago de incentivos que se establezcan para los prestadores de servicios de salud incluyendo quienes presten servicios de mediana y alta complejidad, y los incentivos que de acuerdo a la presente ley se reconozcan para las Gestoras de Salud y Vida. 15. La formación del talento humano en salud. 16. El pago de las incapacidades por enfermedad general de origen común. 17. El pago de remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.	Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado. 10. El Fortalecimiento de la infraestructura y la dotación de la red pública hospitalaria y su mantenimiento. 11. El fortalecimiento y mejora de la Red Nacional de Atención de Urgencias. 12. El pago de servicios de transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental del paciente y su acompañante; ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo. 13. El financiamiento de los laboratorios de salud pública y las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, conforme a lo establecido en la presente ley. 14. El pago de incentivos que se establezcan para los prestadores de servicios de salud incluyendo quienes presten servicios de mediana y alta complejidad, y los incentivos que de acuerdo a la presente ley se reconozcan para las Gestoras de Salud y Vida. 15. La formación del talento humano en salud. ~~16. El pago de las incapacidades por enfermedad general de origen común.~~ ~~17~~ **16.** El pago de remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
18. El pago de licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres no cotizantes. 19. El desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural, para el cual se contará con la asignación de recursos destinados a este propósito contenido en el punto 1 del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, además de otros que provengan de fondos de programas especiales para la paz, recursos de Cooperación Internacional, y demás recursos asignados para la construcción de salud y paz. 20. El pago de la atención de pacientes lesionados en accidentes de tránsito por vehículos sin póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) o no identificados, así como el pago en exceso de las aseguradoras del SOAT de tarifa reducida; o los ajustes que se deriven de la reglamentación del SOAT. 21. El pago de indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de accidentes de tránsito según la reglamentación, eventos terroristas o eventos catastróficos, así como los gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del	Vida. ~~18. El pago de licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres no cotizantes.~~ ~~19~~ **17.** El desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural, para el cual se contará con la asignación de recursos destinados a este propósito contenido en el punto 1 del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, además de otros que provengan de fondos de programas especiales para la paz, recursos de Cooperación Internacional, y demás recursos asignados para la construcción de salud y paz. ~~20.~~ **18.** El pago de la atención de pacientes lesionados en accidentes de tránsito por vehículos sin póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) o no identificados, así como el pago en exceso de las aseguradoras del SOAT de tarifa reducida; o los ajustes que se deriven de la reglamentación del SOAT. ~~21. El pago de indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de accidentes de tránsito según la reglamentación, eventos terroristas o eventos catastróficos, así como~~	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011 y la Ley 2078 de 2021 o de las que las sustituyan o modifiquen. 22. El aporte inicial y el ahorro anual en el Fondo de Catástrofes y Epidemias, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para tal efecto. 23. El pago de gastos derivados de catástrofes y epidemias, con cargo al Fondo creado para tal fin, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. 24. Las medidas de atención en salud de la Ley 1257 de 2008, en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, para las cuales, los recursos asignados serán transferidos a las entidades territoriales con el fin de que estas sean implementadas. 25. Otros programas que determine el Ministerio de Salud y Protección Social o delegue a la ADRES con recursos de inversión o funcionamiento. 26. El pago de las obligaciones producto de decisiones judiciales u obligaciones previas reconocidas legalmente, con anterioridad a la entrada en vigencia de la presente ley. 27. Los gastos de funcionamiento de la ADRES de acuerdo con las	~~los gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011 y la Ley 2078 de 2021 o de las que las sustituyan o modifiquen.~~ ~~22.~~ **19.** El aporte inicial y el ahorro anual en el Fondo de Catástrofes y Epidemias, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para tal efecto. ~~23.~~ **20.** El pago de gastos derivados de catástrofes y epidemias, con cargo al Fondo creado para tal fin, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. ~~24.~~ **21.** Las medidas de atención en salud de la Ley 1257 de 2008, en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, para las cuales, los recursos asignados serán transferidos a las entidades territoriales con el fin de que estas sean implementadas. ~~25.~~ **22.** Otros programas que determine el Ministerio de Salud y Protección Social o delegue a la ADRES con recursos de inversión o funcionamiento. ~~26.~~ **23.** El pago de las obligaciones producto de decisiones judiciales u obligaciones previas reconocidas legalmente, con anterioridad a la entrada en vigencia de la presente ley.	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
normas legales vigentes. 28. Los recursos que por vigilancia corresponda transferir a la Superintendencia Nacional de Salud y que serán reglamentados por el Gobierno nacional. 29. Los demás gastos que por disposición legal se determinen para el Sistema de Salud.	~~27.~~ **24.** Los gastos de funcionamiento de la ADRES de acuerdo con las normas legales vigentes. ~~28.~~ **25.** Los recursos que por vigilancia corresponda transferir a la Superintendencia Nacional de Salud y que serán reglamentados por el Gobierno nacional. ~~29.~~ **26.** Los demás gastos que por disposición legal se determinen para el Sistema de Salud.	
Artículo 13*. ***Fondo Único Público de Salud.*** Créese el Fondo Único Público de Salud cuya fuente serán los recursos a los que hace referencia el artículo 10 de la presente Ley, es decir, los asignados a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y los demás ingresos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del Sistema de Salud, sin personería jurídica ni planta de personal propia. Será administrado por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES). El Fondo Único Público de Salud tendrá tres cuentas, dos de ellas serán independientes y una será de carácter general integrada por los demás recursos del Sistema de Salud que harán unidad de caja en el Fondo. Las cuentas independientes del	**Artículo ~~13~~ 21.** ***Fondo Único Público de Salud.*** Créese el Fondo Único Público de Salud cuya fuente serán los recursos a los que hace referencia el artículo 10 de la presente Ley, es decir, los asignados a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y los demás ingresos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del Sistema de Salud, sin personería jurídica ni planta de personal propia. Será administrado por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES). El Fondo Único Público de Salud tendrá tres cuentas, dos de ellas serán independientes y una será de carácter general integrada por los demás recursos del Sistema de Salud que harán unidad de caja en el Fondo. Las cuentas independientes del	Se ajusta la numeración como Artículo 21

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
Fondo Único Público de Salud serán las de: a. Atención Primaria en Salud. b. Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. La cuenta de carácter general se denominará como Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud. La inspección, vigilancia y control del Fondo Único Público de Salud será competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y de las demás autoridades competentes establecidas por la Constitución y la Ley.	Fondo Único Público de Salud serán las de: a. Atención Primaria en Salud. b. Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. La cuenta de carácter general se denominará como Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud. La inspección, vigilancia y control del Fondo Único Público de Salud será competencia ~~de la Superintendencia Nacional de Salud y~~ de las ~~demás~~ autoridades competentes establecidas por la Constitución y la Ley**, además de la Veeduría Fiscal del Sistema de Seguridad Social en Salud**.	
Parágrafo. Dentro de los 12 meses siguientes a la promulgación de la presente ley, se implementará un sistema de auditoría en tiempo real basado en tecnologías digitales, incluyendo *blockchain*, que permita rastrear el uso de los recursos asignados al Fondo Único Público de Salud y garantizar su destinación exclusiva al fortalecimiento del sistema de salud, promoviendo la transparencia y la eficiencia en su administración.	**Parágrafo**. Dentro de los ~~12~~ **seis (6)** meses siguientes a la promulgación de la presente ley, se implementará un sistema de auditoría en tiempo real basado en tecnologías digitales, incluyendo *blockchain*, que permita rastrear el uso de los recursos asignados al Fondo Único Público de Salud y garantizar su destinación exclusiva al fortalecimiento del sistema de salud, promoviendo la transparencia y la eficiencia en su administración. **El seguimiento al Fondo Único Público de Salud hará parte del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en**	Se reduce el tiempo de implementación de auditoría de 12 a 6 meses. Se adiciona en cuanto a la interoperabilidad de toda la información del sistema de salud.

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
	Salud (SPUIIS) para garantizar el acceso transparente, en línea y en tiempo real de las transacciones en salud.	
Artículo 14. ***Traslado presupuestal entre las cuentas del Fondo Único Público de Salud.*** Con el fin de optimizar el uso de los recursos y garantizar la atención en salud en todo el territorio nacional, la ADRES podrá realizar traslados presupuestales entre las cuentas del Fondo Único Público de Salud, siempre que se cumplan los siguientes requisitos: 1. Los traslados presupuestales podrán realizarse entre las cuentas del Fondo Único Público de Salud: la de Atención Primaria en Salud, la de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria y la Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud. 2. Los traslados deberán estar orientados a atender las necesidades más urgentes del Sistema de Salud, priorizando la atención en salud de la población más vulnerable, la mejora en la calidad de los servicios y el fortalecimiento de la red pública hospitalaria. 3. No podrán trasladarse aquellos recursos que por disposición legal o reglamentaria estén destinados a	**Artículo ~~14~~ 22.** ***Traslado presupuestal entre las cuentas del Fondo Único Público de Salud.*** Con el fin de optimizar el uso de los recursos y garantizar la atención en salud en todo el territorio nacional, la ADRES podrá realizar traslados presupuestales entre las cuentas del Fondo Único Público de Salud, siempre que se cumplan los siguientes requisitos: 1. Los traslados presupuestales podrán realizarse entre las cuentas del Fondo Único Público de Salud: la de Atención Primaria en Salud, la de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria y la Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud. 2. Los traslados deberán estar orientados a atender las necesidades más urgentes del Sistema de Salud, priorizando la atención en salud de la población más vulnerable, la mejora en la calidad de los servicios y el fortalecimiento de la red pública hospitalaria. 3. No podrán trasladarse aquellos recursos que por disposición legal o reglamentaria estén destinados a	Se ajusta la numeración como Artículo 22

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
un fin específico. 4. El traslado de los recursos entre las cuentas debe ser aprobado por la Junta Directiva de la ADRES, previa evaluación técnica y financiera que justifique la necesidad del del Fondo y la cobertura de las obligaciones priorizadas. 5. Cada traslado presupuestal deberá ser reportado de manera detallada a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Contraloría General de la República, dentro de los treinta (30) días siguientes a la autorización, con el fin de garantizar la transparencia en el manejo de los recursos públicos y permitir la adecuada inspección, vigilancia y control. De igual manera deberá ser reportado de inmediato en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), con el fin de generar transparencia en el traslado y trazabilidad de los recursos. 6. El traslado de recursos entre las cuentas no podrá afectar las metas previamente establecidas por la ADRES, ni comprometer los compromisos adquiridos con el Fondo para la atención en salud en sus diferentes niveles.	un fin específico. 4. El traslado de los recursos entre las cuentas debe ser aprobado por la Junta Directiva de la ADRES, previa evaluación técnica y financiera que justifique la necesidad del del Fondo y la cobertura de las obligaciones priorizadas. 5. Cada traslado presupuestal deberá ser reportado de manera detallada a la ~~Superintendencia Nacional de Salud~~ **Veeduría Fiscal del Sistema de Seguridad Social en Salud** y a la Contraloría General de la República, dentro de los treinta (30) días siguientes a la autorización, con el fin de garantizar la transparencia en el manejo de los recursos públicos y permitir la adecuada inspección, vigilancia y control. ~~De igual manera deberá ser reportado de inmediato en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), con el fin de generar transparencia en el traslado y trazabilidad de los recursos.~~ 6. El traslado de recursos entre las cuentas no podrá afectar las metas previamente establecidas por la ADRES, ni comprometer los compromisos adquiridos con el Fondo para la atención en salud en sus diferentes niveles.	Se elimina y se crea un Parágrafo nuevo
	Parágrafo. De igual manera, cada	Parágrafo nuevo al Artículo 22

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
	uno de los traslados deberá ser reportado de inmediato en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), con el fin de generar transparencia en el traslado y trazabilidad de los recursos.	
Artículo 15. ***Cuenta de Atención Primaria en Salud***. La Cuenta de Atención Primaria en Salud integra los recursos que se asignen en la definición de la Unidad de Pago por Capacitación con destino a la Atención Primaria en Salud, con criterios de ajuste por variable geográfica, dispersión poblacional patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas, alcances, y disponibilidad de la oferta, y tendrá las siguientes fuentes: 1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar la prestación de servicios de salud y los destinados, a la vigencia de la presente ley, al régimen subsidiado, que pertenecen a los distritos y municipios. 2. Los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la	**Artículo ~~15~~ 23.** ***Cuenta de Atención Primaria en Salud***. La Cuenta de Atención Primaria en Salud integra los recursos que se asignen en la definición de la Unidad de Pago por Capacitación con destino a la Atención Primaria en Salud, con criterios de ajuste por variable geográfica, dispersión poblacional patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas, alcances, y disponibilidad de la oferta, y tendrá las siguientes fuentes: 1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar la prestación de servicios de salud y los destinados, a la vigencia de la presente ley, al régimen subsidiado, que pertenecen a los distritos y municipios. 2. Los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la	Se ajusta la numeración como Artículo 23

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
ADRES para el aseguramiento en salud. 3. Los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). 4. Los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, incluidos los de regímenes exceptuados. 5. Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria en salud. Estos recursos se destinarán a financiar: 1. Los servicios y tecnologías prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), públicos, privados y mixtos, así como los medicamentos de uso ambulatorio prescritos en estas unidades. 2. Las soluciones de transporte y dotación de los equipos de salud territorial. 3. La atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos. 4. Los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. Para el fortalecimiento y desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS) se podrán destinar los	ADRES para el aseguramiento en salud. 3. Los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). 4. Los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, incluidos los de regímenes exceptuados. 5. Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria en salud. Estos recursos se destinarán a financiar: 1. Los servicios y tecnologías prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), públicos, privados y mixtos, así como los medicamentos de uso ambulatorio prescritos en estas unidades. 2. Las soluciones de transporte y dotación de los equipos de salud territorial. 3. La atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos. 4. Los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. Para el fortalecimiento y desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS) se podrán destinar los	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
recursos de Capital del Fondo Municipal o Distrital y otros recursos que los municipios aporten al Fondo Municipal de Salud.	recursos de Capital del Fondo Municipal o Distrital y otros recursos que los municipios aporten al Fondo Municipal de Salud.	
Artículo 16. ***Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria.*** La Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria tendrá las siguientes fuentes: 1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la oferta para los departamentos y de los distritos que cumplen las funciones de prestación de servicios de los departamentos. 2. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). 3. Los recursos provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar de los departamentos y distritos, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud. 4. Los recursos correspondientes a las rentas cedidas, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.	**Artículo ~~16~~ 24.** ***Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria.*** La Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria tendrá las siguientes fuentes: 1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la oferta para los departamentos y de los distritos que cumplen las funciones de prestación de servicios de los departamentos. 2. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). 3. Los recursos provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar de los departamentos y distritos, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud. 4. Los recursos correspondientes a las rentas cedidas, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.	Se ajusta la numeración como Artículo 24

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
5. Los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud. 6. Los demás recursos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del Sistema de Salud con cargo a esta cuenta. Estos recursos se destinarán a los siguientes usos: 1. Al funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. 2. Al transporte intermunicipal, interdepartamental medicalizado de los departamentos y distritos. Las fuentes se integrarán de forma progresiva a la Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria de mediana y alta complejidad.	5. Los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud. 6. Los demás recursos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del Sistema de Salud con cargo a esta cuenta. Estos recursos se destinarán a los siguientes usos: 1. Al funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. 2. Al transporte intermunicipal, interdepartamental medicalizado de los departamentos y distritos. Las fuentes se integrarán de forma progresiva a la Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria de mediana y alta complejidad.	
Artículo 17. ***Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud***. Los demás recursos que financian el Sistema de Salud y que están integrados en el Fondo Único Público de Salud, deberán presupuestarse para los siguientes usos obligatorios: 1. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones	**Artículo ~~17~~ 25.** ***Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud***. Los demás recursos que financian el Sistema de Salud y que están integrados en el Fondo Único Público de Salud, deberán presupuestarse para los siguientes usos obligatorios: 1. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones	Se ajusta la numeración como Artículo 25 Se elimina el numeral 2° sobre las incapacidades por maternidad y paternidad a no cotizantes en razón a que no existe aval fiscal. Se elimina el numeral 6° en cuanto atención e indemnización por accidentes de tránsito por no contar con aval fiscal

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
prestadoras de servicios de salud hospitalarios y ambulatorios de naturaleza pública, privada y mixta, que harán parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis. 2. El pago de las incapacidades, licencias de maternidad y paternidad, y la prestación económica por maternidad a las mujeres y personas no cotizantes según lo definido en la presente ley. 3. El financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo completo. 4. El financiamiento para la formación en salud. 5. La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias. 6. El pago de la atención en salud e indemnizaciones que se deban reconocer por Accidentes de Tránsito y eventos terroristas, sin perjuicio de las obligaciones que les competen en dichos reconocimientos a las empresas aseguradoras del SOAT. 7. Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron. 8. Pago de remuneración por la	prestadoras de servicios de salud hospitalarios y ambulatorios de naturaleza pública, privada y mixta, que harán parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis. ~~2. El pago de las incapacidades, licencias de maternidad y paternidad, y la prestación económica por maternidad a las mujeres y personas no cotizantes según lo definido en la presente ley.~~ ~~3.~~ **2.** El financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo completo. ~~4.~~ **3.** El financiamiento para la formación en salud. ~~5.~~ **4.** La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias. ~~6. El pago de la atención en salud e indemnizaciones que se deban reconocer por Accidentes de Tránsito y eventos terroristas, sin perjuicio de las obligaciones que les competen en dichos reconocimientos a las empresas aseguradoras del SOAT.~~ ~~7~~ **5**. Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron.	Se ajusta la numeración de los usos

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
administración a las Gestoras de Salud y Vida. 9. Pago de incentivos para los prestadores de mediana y alta complejidad y Gestoras de Salud y Vida. Estos recursos harán unidad de caja, excepto los presupuestados para el fondo para la atención de catástrofes y epidemias y el pago de servicios de mediana y alta complejidad.	~~8~~ **6**. Pago de remuneración por la administración a las Gestoras de Salud y Vida. ~~9~~ **7**. Pago de incentivos para los prestadores de mediana y alta complejidad y Gestoras de Salud y Vida. Estos recursos harán unidad de caja, excepto los presupuestados para el fondo para la atención de catástrofes y epidemias y el pago de servicios de mediana y alta complejidad.	
Artículo 18. ***Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el aseguramiento social en salud y su asignación***. El Ministerio de Salud y Protección Social, tomando en cuenta las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), para cubrir la atención en salud de la población, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral y oportuno, de todo los residentes del país a excepción de los usuarios de los regímenes especiales y exceptuados.	**Artículo ~~18~~ 26.** ***Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el aseguramiento social en salud y su asignación***. El Ministerio de Salud y Protección Social, tomando en cuenta las recomendaciones ~~de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud.~~ **del Comité de Expertos para la definición, monitoreo y ajuste de la UPC**, definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), para cubrir la atención en salud de la población, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral y oportuno, de todo los residentes del país a excepción de los usuarios de los regímenes especiales y exceptuados.	Se ajusta la numeración como Artículo 26 Se modifica adicionando lo propuesto en el Proyecto de Ley 341 de 2024-Senado en cuanto a la creación del Comité de Expertos para la Definición, Monitoreo y Ajuste de la UPC.

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
El Estado tiene la responsabilidad de calcular una Unidad de Pago por Capitación (UPC) suficiente para financiar los servicios de salud, mediante estudios técnicos y cálculos actuariales y valores actualizados a la respectiva anualidad, con criterios de ajustes por variables geográficas de dispersión poblacional, demográficas como edad o grupo etario y sexo, condiciones de salud, cambios y/o nuevas adopciones en las guías y protocolos clínicos autorizados. La UPC se deberá ajustar por distintos tipos de riesgos individual o grupal, de tal forma que los recursos sean asignados en función de la carga de enfermedad, condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población, y demás factores determinantes para cubrir la atención en salud de la población en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas y alcances, costeos de la atención y costos de la disponibilidad de servicios en el territorio nacional. Igualmente, se deberá tener en cuenta para el cálculo actuarial, los incrementos de frecuencias por servicios preventivos, el crecimiento de los eventos adversos secundarios al mayor	El Estado tiene la responsabilidad de calcular una Unidad de Pago por Capitación (UPC) suficiente para financiar los servicios de salud, mediante estudios técnicos y cálculos actuariales y valores actualizados a la respectiva anualidad, con criterios de ajustes por variables geográficas de dispersión poblacional, demográficas como edad o grupo etario y sexo, condiciones de salud, cambios y/o nuevas adopciones en las guías y protocolos clínicos autorizados. La UPC se deberá ajustar por distintos tipos de riesgos individual o grupal, de tal forma que los recursos sean asignados en función de la carga de enfermedad, condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población, y demás factores determinantes para cubrir la atención en salud de la población en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas y alcances, costeos de la atención y costos de la disponibilidad de servicios en el territorio nacional. Igualmente, se deberá tener en cuenta para el cálculo actuarial, los incrementos de frecuencias por servicios preventivos, el crecimiento de los eventos adversos secundarios al mayor	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
número de actividades y procedimientos requeridos para la recuperación de la salud de la población y del aumento de las actividades del Sistema de Salud, para su prevención y control. Los estudios necesarios para definir la Unidad de Pago por Capitación que requieran, deberán ser desarrollados por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Departamento Nacional de Planeación. El Ministerio de Salud garantizará que en el término de implementación del SPUIIS que se señala en la presente ley se utilice la información de fuente primaria para el cálculo de la UPC. Para garantizar la suficiencia de recursos, la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los residentes en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social determinará la UPC así: 1. Se asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento del nivel primario, con valores actualizados a la respectiva anualidad y criterios de ajuste por variables geográficas, de	número de actividades y procedimientos requeridos para la recuperación de la salud de la población y del aumento de las actividades del Sistema de Salud, para su prevención y control. Los estudios necesarios para definir la Unidad de Pago por Capitación que requieran, deberán ser desarrollados por el **Comité de Expertos para la definición, monitoreo y ajuste de la UPC, con insumos suministrados por el** Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Departamento Nacional de Planeación. El Ministerio de Salud garantizará que en el término de implementación del SPUIIS que se señala en la presente ley se utilice la información de fuente primaria para el cálculo de la UPC. Para garantizar la suficiencia de recursos, la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los residentes en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social, previa recomendación del **Comité de Expertos,** determinará la UPC así: 1. Se asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento del nivel primario, con valores actualizados a la respectiva anualidad y criterios de ajuste por variables geográficas, de	
dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas y alcances, costeos de la atención y costos de la disponibilidad de servicios en territorio para la Atención Primaria en Salud, que le corresponde al Sistema de Salud. La financiación del nivel primario se hará vía oferta, para garantizar los servicios de salud territoriales según las necesidades. El total de los recursos asignados deberá garantizar la sostenibilidad de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). 2. Establecerá el valor del per cápita para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías y otras variables que sean pertinentes.	dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas y alcances, costeos de la atención y costos de la disponibilidad de servicios en territorio para la Atención Primaria en Salud, que le corresponde al Sistema de Salud. La financiación del nivel primario se hará vía oferta, para garantizar los servicios de salud territoriales según las necesidades. El total de los recursos asignados deberá garantizar la sostenibilidad de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). 2. Establecerá el valor del per cápita para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías y otras variables que sean pertinentes.	
Parágrafo 1°. En todo caso la UPC será utilizada para el aseguramiento social en salud y el pago de prestación de servicios y tecnologías de salud. En casos de una situación extraordinaria sobreviniente y no previsible en salud, como la declaratoria de una Emergencia Sanitaria o un desastre natural, entre otras, la atención en salud será financiada con el fondo	**Parágrafo 1°.** En todo caso la UPC será utilizada para el aseguramiento social en salud y el pago de prestación de servicios y tecnologías de salud. En casos de una situación extraordinaria sobreviniente y no previsible en salud, como la declaratoria de una Emergencia Sanitaria o un desastre natural, entre otras, la atención en salud será financiada con el fondo	Se ajusta el artículo mencionado en el Parágrafo

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras, establecido en el numeral 27 del artículo 9° de la presente ley. El Gobierno nacional dispondrá los recursos financieros adicionales para asumir costos y gastos derivados de la misma cuando existan faltantes en el fondo.	para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras, establecido en el numeral 27 del artículo ~~9°~~ **17** de la presente ley. El Gobierno nacional dispondrá los recursos financieros adicionales para asumir costos y gastos derivados de la misma cuando existan faltantes en el fondo.	
Parágrafo 2°. Los recursos que financian el aseguramiento en salud de que trata el numeral 1 del artículo 47 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019, integran la subcuenta de Atención Primaria en Salud para la financiación del per cápita destinado a la Atención Primaria en Salud.	**Parágrafo 2°.** Los recursos que financian el aseguramiento en salud de que trata el numeral 1 del artículo 47 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019, integran la subcuenta de Atención Primaria en Salud para la financiación del per cápita destinado a la Atención Primaria en Salud.	Sin modificaciones
Parágrafo 3°. Los recursos complementarios de cofinanciación previstos en el artículo 50 de la Ley 715 de 2001 se destinarán a la financiación del per cápita definido para la atención en salud de la mediana y alta complejidad.	**Parágrafo 3°.** Los recursos complementarios de cofinanciación previstos en el artículo 50 de la Ley 715 de 2001 se destinarán a la financiación del per cápita definido para la atención en salud de la mediana y alta complejidad.	Sin modificaciones
Parágrafo 4°. En el tercer trimestre de cada anualidad, la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, rendirán informe a las comisiones séptimas del Congreso de la República sobre la metodología y los resultados obtenidos a partir de esta.	**Parágrafo 4°.** En el tercer trimestre de cada anualidad, **el Comité de Expertos para la definición, monitoreo y ajuste de la UPC,** la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y ~~de~~l Consejo Nacional de Salud, rendirán informe a las comisiones séptimas del Congreso	Se adiciona el Comité de Expertos

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
	de la República sobre la metodología y los resultados obtenidos a partir de esta.	
Parágrafo Transitorio. La redefinición de la metodología del cálculo de la UPC se realizará dentro del primer año de la entrada en vigencia de la presente ley.	**Parágrafo Transitorio.** La redefinición de la metodología del cálculo de la UPC**, por parte del Comité de Expertos para la definición, monitoreo y ajuste de la UPC,** se realizará dentro ~~del primer año~~ **de los primeros seis (6) meses** de la entrada en vigencia de la presente ley **y deberán tenerse en cuenta las órdenes de reajuste emitidas por la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional.**	Se modifica el Parágrafo Transitorio y se adiciona lo concerniente a las órdenes emitidas por la **Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008** de la **Corte Constitucional** **Se ubica el Parágrafo Transitorio después del Artículo 30**
Artículo 19. ***Gestión de pago por la prestación de servicios de salud***. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 32 de la presente ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que les faculta para hacer parte de las Redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en	**Artículo 19** ~~9~~ **31.** ***Gestión de pago por la prestación de servicios de salud***. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 32 de la presente ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que les faculta para hacer parte de las Redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en	Se ajusta la numeración como Artículo 31 Se adiciona el concepto previo de la Gestora de Salud y Vida para que la ADRES pueda hacer el giro directo inicial del 85% como un mecanismo de precaución del desbordamiento del gasto.

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
Salud (CAPS), gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud. Una vez registrado y certificado en las RIITS, cada prestador y proveedor procederá a firmar un acuerdo marco con la ADRES, pagador único, para poder recibir la remuneración por sus servicios; el acuerdo incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del sistema público unificado e interoperable de información en salud y de las auditorías tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la ADRES, con base en los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, que haya convenido con la Gestora de Salud y Vida, bajo el control de la Entidad Territorial, según la presente ley. Una vez prestado el servicio de salud, dentro de los 8 días siguientes, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, así como los proveedores autorizados, presentarán concomitantemente las cuentas debidamente respaldadas por los soportes que acreditan la prestación de servicios, los cuales serán de carácter obligatorio a efectos del reconocimiento y pago de las	Salud (CAPS), gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud. Una vez registrado y certificado en las RIITS, cada prestador y proveedor procederá a firmar un acuerdo marco con la ADRES, **como** pagador único, para poder recibir la remuneración por sus servicios; el acuerdo incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del **S**istema **P**úblico **U**nificado e **I**nteroperable de **I**nformación en **S**alud y de las auditorías tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la ADRES, con base en los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, que haya convenido con la Gestora de Salud y Vida, bajo el control de la Entidad Territorial, según la presente ley. Una vez prestado el servicio de salud, dentro de los 8 días siguientes, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, así como los proveedores autorizados, presentarán concomitantemente las cuentas debidamente respaldadas por los soportes que acreditan la prestación de servicios, los cuales serán de carácter obligatorio a efectos del reconocimiento y pago de las	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
obligaciones a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y a la Gestora de Salud y Vida correspondiente. A partir de la radicación de la cuenta de cobro la ADRES dispondrá de 30 días para pagar mínimo el 85% de su valor y la Gestora de Salud y Vida de 60 días calendario para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la subsanación a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión. En todo caso si dentro de los 60 días hábiles siguientes a la radicación de la cuenta no se realizare auditoría se entenderá aprobada la cuenta y la gestora de salud y vida responsable de la revisión incurrirá en incumplimiento de las obligaciones contractuales. En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la ADRES	obligaciones a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y a la Gestora de Salud y Vida correspondiente. A partir de la radicación de la cuenta de cobro la ADRES dispondrá de 30 días para pagar mínimo el 85% de su valor**,** **previo concepto de** ~~y~~ la Gestora de Salud y Vida**, quien tendrá** ~~de~~ 60 días calendario para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la subsanación a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión. En todo caso**,** si dentro de los 60 días hábiles siguientes a la radicación de la cuenta**,** no se realizare auditoría**,** se entenderá aprobada la cuenta ~~y la gestora de salud y vida responsable de la revisión incurrirá en incumplimiento de las obligaciones contractuales.~~ En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas siguientes del prestador o proveedor.	por parte de la auditoría, la ADRES estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas siguientes del prestador o proveedor.	
Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el proceso de radicación, facturación, glosas y pagos, en un plazo no superior a seis (6) meses.	**Parágrafo 1°.** El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el proceso de radicación, facturación, glosas y pagos, en un plazo no superior a seis (6) meses.	Se ajusta la numeración del Parágrafo
Artículo 20. ***Autorización de pago de servicios.*** La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, que conformen la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud (RIITS), al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis, según el régimen de tarifas y formas de pago del sistema de salud y los convenios de desempeño. El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud establecerá tarifas diferenciales por regiones y modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y regulará el uso y costos de los recursos públicos del Sistema de Salud, garantizando la contención	**Artículo ~~20~~ 32.** ***Autorización de pago de servicios.*** La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, que conformen la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud (RIITS), al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis, según el régimen de tarifas y formas de pago del sistema de salud y los convenios de desempeño. El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud establecerá tarifas diferenciales por regiones y modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y regulará el uso y costos de los recursos públicos del Sistema de Salud, garantizando la contención	Se ajusta la numeración como Artículo 32

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
del gasto y la sostenibilidad financiera del Sistema de Salud. Igualmente, habrá un piso y un techo para incentivar la calidad; así como un incentivo para la prestación de servicios de salud en zonas rurales y dispersas. La ADRES llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la Institución Prestadora de Servicios de Salud, el diagnóstico y otras variables de relevancia, con el fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados, del gasto en salud en cada territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud. Se dispondrá de un sistema de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas, con la respectiva auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud. La auditoría médica se realiza a los actos médicos, los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación, el profesionalismo y pertinencia médica. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), contendrá un módulo para el seguimiento del estado de la	del gasto y la sostenibilidad financiera del Sistema de Salud. Igualmente, habrá un piso y un techo para incentivar la calidad; así como un incentivo para la prestación de servicios de salud en zonas rurales y dispersas. La ADRES llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la Institución Prestadora de Servicios de Salud, el diagnóstico y otras variables de relevancia, con el fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados, del gasto en salud en cada territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud. Se dispondrá de un sistema de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas, con la respectiva auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud. La auditoría médica se realiza a los actos médicos, los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación, el profesionalismo y pertinencia médica. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), contendrá un módulo para el seguimiento del estado de la	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
auditoría de cuentas médicas. Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud. Las Gestoras de Salud y Vida realizarán los controles previos, concurrentes y posteriores de los servicios de salud y las auditorías a las facturas presentadas por los integrantes de las RIITS, y certificarán ante la ADRES el cumplimiento para el pago, siempre que se encuentren debidamente respaldadas por los soportes que acreditan la prestación de servicios, los cuales serán de carácter obligatorio a efectos del reconocimiento y pago de las obligaciones. La ADRES, dentro de su competencia, podrá contratar con firmas especializadas de auditoría, debidamente registradas en la Superintendencia Nacional de Salud, para la realización de auditorías independientes integrales, aleatorias o dirigidas a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la RIITS, de acuerdo con las tendencias de gasto identificadas. Sus informes serán dispuestos a través del SPUIIS para su consulta pública y gratuita.	auditoría de cuentas médicas. Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud. Las Gestoras de Salud y Vida realizarán los controles previos, concurrentes y posteriores de los servicios de salud y las auditorías a las facturas presentadas por los integrantes de las RIITS, y certificarán ante la ADRES el cumplimiento para el pago, siempre que se encuentren debidamente respaldadas por los soportes que acreditan la prestación de servicios, los cuales serán de carácter obligatorio a efectos del reconocimiento y pago de las obligaciones. La ADRES, dentro de su competencia, podrá contratar con firmas especializadas de auditoría, debidamente registradas en la Superintendencia Nacional de Salud, para la realización de auditorías independientes integrales, aleatorias o dirigidas a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la RIITS, de acuerdo con las tendencias de gasto identificadas. Sus informes serán dispuestos a través del SPUIIS para su consulta pública y gratuita.	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
De encontrarse irregularidades en la facturación de los servicios de una institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta, se informará a la Superintendencia Nacional de Salud, decidir sobre la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución. De cualquier forma, el cierre parcial, total, temporal o definitivo de solicitudes de servicios a la institución objeto de las mismas, no podrá, bajo ninguna circunstancia, afectar la correcta prestación del servicio a los usuarios.	De encontrarse irregularidades en la facturación de los servicios de una institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta, se informará a la Superintendencia Nacional de Salud, decidir sobre la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución. De cualquier forma, el cierre parcial, total, temporal o definitivo de solicitudes de servicios a la institución objeto de las mismas, no podrá, bajo ninguna circunstancia, afectar la correcta prestación del servicio a los usuarios.	
Parágrafo 1°. El Gobierno nacional establecerá mecanismos para permitir el acceso del Ministerio de Salud y Protección Social y la Administradora de los Recursos de Sistema de Salud (ADRES) a la información que reposa en la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), que sea necesaria para efectos de llevar un control sobre las transacciones entre los agentes del sector salud.	**Parágrafo ~~1°.~~** ~~El Gobierno nacional establecerá mecanismos para permitir el acceso del Ministerio de Salud y Protección Social y la Administradora de los Recursos de Sistema de Salud (ADRES) a la información que reposa en la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), que sea necesaria para efectos de llevar un control sobre las transacciones entre los agentes del sector salud.~~	Se elimina el Parágrafo
Parágrafo 2°. Por ningún motivo se podrá usar el mecanismo de autorizaciones en salud para la prestación de un servicio, como control previo por parte de las Gestoras de Salud y Vida.	**Parágrafo ~~2°~~ 1°.** Por ningún motivo se podrá usar el mecanismo de autorizaciones en salud para la prestación de un servicio, como control previo por parte de las Gestoras de Salud y Vida.	Se ajusta la numeración del Parágrafo
Parágrafo 3°. Los resultados de las auditorías realizadas por la ADRES y las firmas especializadas serán publicados semestralmente en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), garantizando la transparencia, la publicidad y permitiendo el control ciudadano.	**Parágrafo ~~3°~~ 2°.** Los resultados de las auditorías realizadas por la ADRES y las firmas especializadas serán publicados semestralmente en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), garantizando la transparencia, la publicidad y permitiendo el control ciudadano.	Se ajusta la numeración del Parágrafo
Artículo 21. ***Servicios Sociales Complementarios en Salud.*** Son servicios sociales complementarios en salud aquellos que requiere una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud y su condición de discapacidad y/o socioeconómica y/o geográfica le impide proporcionárselos por sí misma. Tales como servicios de transporte, hospedaje, cuidado o asistente personal en casa, conforme a los que sean considerados por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante un estudio técnico y teniendo en consideración las recomendaciones adoptadas por el Consejo Nacional de Salud. El transporte, alimentación y hospedaje del acompañante, cuando se requiera. El Gobierno nacional determinará las fuentes para financiarlos, la población beneficiaria del servicio y su cobertura. En todo caso, los servicios sociales complementarios continuarán siendo financiados con cargo a las fuentes actuales, hasta tanto se dispongan nuevas fuentes de recursos.	**Artículo ~~21~~ 33. *Servicios Sociales Complementarios en Salud.*** Son servicios sociales complementarios en salud aquellos que requiere una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud y su condición de discapacidad y/o socioeconómica y/o geográfica le impide proporcionárselos por sí misma. Tales como servicios de transporte, hospedaje, cuidado o asistente personal en casa, conforme a los que sean considerados por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante un estudio técnico y teniendo en consideración las recomendaciones adoptadas por el Consejo Nacional de Salud. El transporte, alimentación y hospedaje del acompañante, cuando se requiera. El Gobierno nacional determinará las fuentes para financiarlos, la población beneficiaria del servicio y su cobertura. En todo caso, los servicios sociales complementarios continuarán siendo financiados con cargo a las fuentes actuales, hasta tanto se dispongan nuevas fuentes de recursos.	Se ajusta la numeración como Artículo 33
Parágrafo 1°. Cuando se prescriba cuidador o asistente personal como parte de los servicios necesarios para el cuidado integral de una persona, se dará prevalencia en la contratación, a quien venía realizando las actividades de cuidador o asistente personal, salvo objeción de la persona a quien se le prescribió este servicio social complementario.	**Parágrafo ~~1°~~ 1.** Cuando se prescriba cuidador o asistente personal como parte de los servicios necesarios para el cuidado integral de una persona~~,~~ se dará prevalencia en la contratación~~,~~ a quien venía realizando las actividades de cuidador o asistente personal~~,~~ ~~salvo objeción de la persona a quien se le prescribió este servicio social complementario.~~	Se modifica la numeración del Parágrafo y se elimina la libre escogencia por parte del paciente
Parágrafo 2°. El Gobierno nacional determinará, en un plazo de seis (6) meses, el responsable y fuente de financiación para el pago del traslado del cadáver al lugar de residencia, de la población campesina, Rrom, indígena, negra, afrodescendiente, raizal, palenquera, nivel A, B y C del Sisbén o el instrumento de focalización que haga sus veces, que no tengan pago servicio funerario y que por condiciones de salud sean trasladados o remitidos fuera de su lugar de residencia y, que debido a su situación de salud fallezcan. Las poblaciones a las que se refiere este parágrafo también deberá pertenecer a los niveles A, B y C del Sisbén o el instrumento de focalización que haga sus veces.	**Parágrafo ~~2°.~~** ~~El Gobierno nacional determinará, en un plazo de seis (6) meses, el responsable y fuente de financiación para el pago del traslado del cadáver al lugar de residencia, de la población campesina, Rrom, indígena, negra, afrodescendiente, raizal, palenquera, nivel A, B y C del Sisbén o el instrumento de focalización que haga sus veces, que no tengan pago servicio funerario y que por condiciones de salud sean trasladados o remitidos fuera de su lugar de residencia y, que debido a su situación de salud fallezcan.~~ ~~Las poblaciones a las que se refiere este parágrafo también deberá pertenecer a los niveles A, B y C del Sisbén o el instrumento de focalización que haga sus veces.~~	Se elimina el Parágrafo por inconveniente y por no contar con un aval fiscal que garantice recursos adicionales para su cobertura.
Artículo 22. ***Prestaciones económicas.*** Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas a proteger a las familias	**Artículo ~~22~~ 34. *Prestaciones económicas.*** Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas a proteger a las familias	Se ajusta la numeración como Artículo 34 Se elimina la prestación económica por maternidad y paternidad de los

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
del impacto financiero por maternidad, paternidad o por incapacidad derivada de una enfermedad de origen común. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la expedición, reconocimiento y pago de estas prestaciones de la población cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas, en ningún caso serán inferiores a los que se reconocen a la vigencia de la presente ley. Las mujeres y personas gestantes no cotizantes, categorizadas en los niveles A, B y C del Sisbén o el instrumento de focalización que haga sus veces, recibirán el equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto viable, esta protección alcanzará de manera progresiva los cuatro (4) meses a partir del año 2030. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el aumento progresivo de cobertura en función del nivel socioeconómico de los hogares, hasta alcanzar la universalidad en el año 2029. El procedimiento administrativo de auditoría y revisión de documentos soporte para el pago de las prestaciones económicas, realizado por las Gestoras de Salud y Vida, no podrá exceder los treinta (30) días	del impacto financiero ~~por maternidad, paternidad o~~ por incapacidad derivada de una enfermedad de origen común. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la expedición, reconocimiento y pago de estas prestaciones de la población cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas, en ningún caso serán inferiores a los que se reconocen a la vigencia de la presente ley. ~~Las mujeres y personas gestantes no cotizantes, categorizadas en los niveles A, B y C del Sisbén o el instrumento de focalización que haga sus veces, recibirán el equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto viable, esta protección alcanzará de manera progresiva los cuatro (4) meses a partir del año 2030.~~ El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el aumento progresivo de cobertura en función del nivel socioeconómico de los hogares, hasta alcanzar la universalidad en el año 2029. El procedimiento administrativo de auditoría y revisión de documentos soporte para el pago de las prestaciones económicas, realizado por las Gestoras de Salud y Vida, no podrá exceder los treinta (30) días	no cotizantes ante la falta de aval fiscal

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
calendario, y la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) realizará el pago efectivo de dichas prestaciones económicas en un máximo de ocho (8) días hábiles contados a partir de la aprobación.	calendario, y la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) realizará el pago efectivo de dichas prestaciones económicas en un máximo de ocho (8) días hábiles contados a partir de la aprobación.	
Parágrafo 1°. El Sistema de Salud deberá garantizar el adecuado control prenatal a todas las mujeres y personas gestantes, eliminando las barreras de acceso a los servicios y procurando la corresponsabilidad de las mismas para la protección de la vida y la salud.	**Parágrafo ~~1°~~.** El Sistema de Salud deberá garantizar el adecuado control prenatal a todas las mujeres y personas gestantes, eliminando las barreras de acceso a los servicios y procurando la corresponsabilidad de las mismas para la protección de la vida y la salud.	Sin modifica el Parágrafo
Parágrafo 2°. Todas las provisiones y garantías establecidas en la presente ley para las mujeres y personas gestantes no cotizantes, se hacen extensivas en los mismos términos y en cuanto fuere procedente al padre que quede a cargo del recién nacido sin apoyo de la madre a causa de su muerte.	**Parágrafo ~~2°~~.** ~~Todas las provisiones y garantías establecidas en la presente ley para las mujeres y personas gestantes no cotizantes, se hacen extensivas en los mismos términos y en cuanto fuere procedente al padre que quede a cargo del recién nacido sin apoyo de la madre a causa de su muerte.~~	Se elimina el Parágrafo por sustracción de materia al eliminar la prestación económica de maternidad y paternidad
Artículo 23. ***Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.*** El Gobierno nacional establecerá los requisitos y procedimientos para que a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), ya sean públicas, privadas o mixtas, accedan a créditos blandos con tasas compensadas, destinados a saneamiento financiero,	**Artículo ~~23~~ 35.** ***Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.*** El Gobierno nacional establecerá los requisitos y procedimientos para que ~~a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y~~ las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)~~, ya sean públicas,~~ privadas o mixtas, accedan a créditos blandos con tasas compensadas, destinados a saneamiento financiero,	Se ajusta la numeración como Artículo 35 Se elimina la concesión de créditos blandos a las Instituciones de Salud del Estado quienes, por ser entidades estatales, deben someterse a Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, el cual se encuentra reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Hacienda y Crédito

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
estabilización y permanencia en el Sistema de Salud.	estabilización y permanencia en el Sistema de Salud.	Público.
Parágrafo 1°. Se dará prioridad a aquellas instituciones que acrediten afectaciones financieras comprobadas derivadas de la liquidación o el proceso de liquidación de Entidades Promotores de Salud (EPS).	**Parágrafo 1°.** Se dará prioridad a aquellas instituciones **privadas** que acrediten afectaciones financieras comprobadas derivadas de la liquidación o el proceso de liquidación de Entidades Promotores de Salud (EPS). **Los recursos de la línea de créditos blandos serán administrados por Financiera de Desarrollo Territorial S.A. (FINDETER).** **En el caso de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) mixtas deberán acreditar su capacidad de endeudamiento en los términos de la Ley 358 de 1997 y el Decreto 610 de 2002.**	Se adiciona modifica y se adiciona *privadas*. Se le asigna la Financiera de Desarrollo Territorial S.A. (FINDETER) la administración de los recursos de la línea de créditos blancos.
Parágrafo 2°. El Gobierno nacional reglamentará la destinación, condiciones y mecanismos de control de estos créditos, asegurando criterios de transparencia, eficiencia y equidad en su otorgamiento.	**Parágrafo 2°.** El Gobierno nacional reglamentará la destinación, condiciones y mecanismos de control de estos créditos, asegurando criterios de transparencia, eficiencia y equidad en su otorgamiento.	
Artículo 24. ***Modificación de la destinación de parte de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC).*** Las Cajas de Compensación Familiar que hayan administrado o administren programas de salud o participen en el aseguramiento en salud y/o se encuentren en liquidación podrán usar los recursos de su apropiación	**Artículo ~~24~~ 36.** ***Modificación de la destinación de parte de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC).*** Las Cajas de Compensación Familiar que hayan administrado o administren programas de salud o participen en el aseguramiento en salud y/o se encuentren en liquidación podrán usar los recursos de su apropiación	Se ajusta la numeración como Artículo 36

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) hasta en un porcentaje del 40% de los recursos del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, incorporados a dicho Fondo en virtud del numeral 2 del artículo 6° de la Ley 1636 de 2013 para el saneamiento de pasivos debidamente auditados, conciliados y reconocidos asociados a la prestación de servicios de salud de sus afiliados, así como para efectuar el pago de las deudas que las Cajas de Compensación Familiar presenten con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), registradas en los estados financieros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) con la respectiva caja.	del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) hasta en un porcentaje del 40% de los recursos del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, incorporados a dicho Fondo en virtud del numeral 2 del artículo 6° de la Ley 1636 de 2013 para el saneamiento de pasivos debidamente auditados, conciliados y reconocidos asociados a la prestación de servicios de salud de sus afiliados, así como para efectuar el pago de las deudas que las Cajas de Compensación Familiar presenten con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), registradas en los estados financieros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) con la respectiva caja.	
Parágrafo 1°. La modificación temporal de la destinación del porcentaje del FOSFEC será hasta por dos (2) años contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.	**Parágrafo ~~1°~~.** ~~La modificación temporal de la destinación del porcentaje del FOSFEC será hasta por dos (2) años contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.~~ **Parágrafo Transitorio.** La modificación temporal de la destinación de recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC), de que trata el presente artículo, será hasta por cinco (5) años calendario contados a partir del primero (1º) de enero de 2026.	Se modifica y se adiciona de acuerdo a lo definido en el Parágrafo Transitorio del Artículo 10° del Proyecto de Ley 390 de 2024-Senado. Se define como Parágrafo Transitorio del Artículo 36

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
	Una vez cumplido este periodo, dichos recursos volverán a tener la destinación contemplada en el numeral 2 del artículo 6° de la Ley 1636 de 2013 o las normas que las modifiquen o complementen.	
Parágrafo 2°. Las Cajas de Compensación Familiar deberán emitir un informe anual detallado sobre el empleo discriminado de estos recursos del FOSFEC.	**Parágrafo 2°.** Las Cajas de Compensación Familiar deberán emitir un informe anual detallado sobre el empleo discriminado de estos recursos del FOSFEC.	
Artículo 25. Modifíquese el artículo 2° de la Ley 1608 de 2013, el cual quedara así: **Artículo 2°. *Uso de los Recursos de Saldos de las Cuentas Maestras.*** Los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud, podrán usarse conforme a la prioridad de usos que se señala a continuación siempre y cuando no sean requeridos para garantizar los compromisos y contingencias derivados del Régimen Subsidiado de Salud: 1. Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios y distritos, que se deba aportar en la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud, independiente de la vigencia de causación. Estos recursos se girarán directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. 2. En el pago de los servicios prestados a la población pobre no	**Artículo ~~25~~ 37.** Modifíquese el artículo 2° de la Ley 1608 de 2013, el cual quedara así: **Artículo 2°. *Uso de los Recursos de Saldos de las Cuentas Maestras.*** Los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud, podrán usarse conforme a la prioridad de usos que se señala a continuación siempre y cuando no sean requeridos para garantizar los compromisos y contingencias derivados del Régimen Subsidiado de Salud: 1. Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios y distritos, que se deba aportar en la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud, independiente de la vigencia de causación. Estos recursos se girarán directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. 2. En el pago de los servicios prestados a la población pobre no	Se ajusta la numeración como Artículo 37 Se elimina la expresión *"sin importar la fecha de causación de la obligación"* porque debe tenerse en cuenta si es cartera de difícil cobro o si se encuentra en proceso judicial

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
asegurada, el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios y el pago de la atención de urgencia a la población migrante no asegurada a cargo del departamento o distrito asumidos por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas, sin importar la fecha de causación de la obligación, previa auditoría de cuentas conforme a lo establecido por las normas legales y reglamentarias vigentes. 3. En el pago de pasivos de Empresas Sociales del Estado a cargo de las entidades territoriales. Se deberán pagar en primera instancia las deudas con el talento humano en salud. 4. El saneamiento fiscal y financiero. Se deberán pagar en primera instancia las deudas con el talento humano en salud. 5. En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios. Los Municipios y Distritos no certificados ejecutarán los recursos a que hace referencia este numeral, en coordinación con el Departamento. Estas inversiones deberán estar incluidas en el Plan Maestro de inversiones en	asegurada, el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios y el pago de la atención de urgencia a la población migrante no asegurada a cargo del departamento o distrito asumidos por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas, ~~sin importar la fecha de causación de la obligación~~, previa auditoría de cuentas conforme a lo establecido por las normas legales y reglamentarias vigentes. 3. En el pago de pasivos de Empresas Sociales del Estado a cargo de las entidades territoriales. Se deberán pagar en primera instancia las deudas con el talento humano en salud. 4. El saneamiento fiscal y financiero. Se deberán pagar en primera instancia las deudas con el talento humano en salud. 5. En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios. Los Municipios y Distritos no certificados ejecutarán los recursos a que hace referencia este numeral, en coordinación con el Departamento. Estas inversiones deberán estar incluidas en el Plan Maestro de inversiones en	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
infraestructura y dotación en salud del respectivo departamento o distrito.	infraestructura y dotación en salud del respectivo departamento o distrito.	
Parágrafo. Para ejecutar los recursos de acuerdo con lo definido en los numerales 3, 4 y 5 las entidades territoriales deberán tener garantizada la cofinanciación del esfuerzo propio del Régimen Subsidiado de Salud que les corresponda efectuar. Así mismo, haber previsto en el caso que proceda, la inversión a que hace referencia el numeral 2 del presente artículo.	**Parágrafo.** Para ejecutar los recursos de acuerdo con lo definido en los numerales 3, 4 y 5 las entidades territoriales deberán tener garantizada la cofinanciación del esfuerzo propio del Régimen Subsidiado de Salud que les corresponda efectuar. Así mismo, haber previsto en el caso que proceda, la inversión a que hace referencia el numeral 2 del presente artículo.	Sin modificaciones
Artículo 26. Modifíquese el artículo 3º de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así: **Artículo 3°. *Destinación de los excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales financiados con recursos del situado fiscal y del sistema general de participaciones.*** Los recursos excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales, de que trata el artículo 85 de la Ley 1438 de 2011, correspondientes a las vigencias 1994 a 2016, financiados con recursos del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones, se destinarán si las entidades territoriales lo consideran pertinente al pago de la deuda por conceptos de servicios y	**Artículo ~~26~~ 38.** Modifíquese el artículo 3º de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así: **Artículo 3°. *Destinación de los excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales financiados con recursos del situado fiscal y del sistema general de participaciones.*** Los recursos excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales, de que trata el artículo 85 de la Ley 1438 de 2011, correspondientes a las vigencias 1994 a 2016, financiados con recursos del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones, se destinarán si las entidades territoriales lo consideran pertinente al pago de la deuda por conceptos de servicios y	Se ajusta la numeración como Artículo 38

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada, la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, y de no existir deudas por estos conceptos al saneamiento de deudas laborales de las Empresas Sociales del Estado entre otros pasivos de estas entidades que requieran ser saneados para garantizar su operación, de acuerdo con lo que defina la respectiva entidad territorial. Los recursos excedentes que no fueron saneados y que se encuentren en poder de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), de las Entidades Administradoras de Pensiones y de las Administradoras de Fondos de Cesantías (AFC) serán girados a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES); estos recursos, junto con los que por este concepto tenga la ADRES, serán distribuidos entre los departamentos y distritos, conforme a los criterios definidos por el Ministerio de Salud y de Protección Social y se destinarán a los mismos conceptos previstos en el inciso anterior. Los recursos excedentes que fueron saneados y que se encuentren en	tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada, la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, y de no existir deudas por estos conceptos al saneamiento de deudas laborales de las Empresas Sociales del Estado entre otros pasivos de estas entidades que requieran ser saneados para garantizar su operación, de acuerdo con lo que defina la respectiva entidad territorial. Los recursos excedentes que no fueron saneados y que se encuentren en poder de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), de las Entidades Administradoras de Pensiones y de las Administradoras de Fondos de Cesantías (AFC) serán girados a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES); estos recursos, junto con los que por este concepto tenga la ADRES, serán distribuidos entre los departamentos y distritos, conforme a los criterios definidos por el Ministerio de Salud y de Protección Social y se destinarán a los mismos conceptos previstos en el inciso anterior. Los recursos excedentes que fueron saneados y que se encuentren en	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
poder de las Empresas Sociales del Estado o de la Entidad Territorial, serán ejecutados por estas para el pago de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada y/o a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda".	poder de las Empresas Sociales del Estado o de la Entidad Territorial, serán ejecutados por estas para el pago de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada y/o a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda".	
Artículo 27. Modifíquese el artículo 21 de la Ley 1797 de 2016, el cual quedara así: **Artículo 21.** ***Usos de los recursos excedentes del sector salud.*** Con el fin de priorizar las necesidades en el saneamiento del sector salud se podrá disponer de los siguientes recursos: 1. Los excedentes y saldos no comprometidos en el uso de recursos de oferta de salud del Sistema General de Participaciones a 31 de diciembre de 2019, se destinarán para el pago de deudas por prestación de servicios de salud de vigencias anteriores, el pago de las deudas de la atención de urgencia de la población migrante no afiliada a cargo de los departamentos y distritos y, de no existir estas deudas, al pago de pasivos de las Empresas Sociales del Estado. En el caso de que el municipio haya perdido la competencia para administrar los recursos de prestación de servicios de salud o de no presentar deudas por concepto de prestación de	**Artículo ~~27~~ 39.** Modifíquese el artículo 21 de la Ley 1797 de 2016, el cual quedara así: **Artículo 21.** ***Usos de los recursos excedentes del sector salud.*** Con el fin de priorizar las necesidades en el saneamiento del sector salud se podrá disponer de los siguientes recursos: 1. Los excedentes y saldos no comprometidos en el uso de recursos de oferta de salud del Sistema General de Participaciones a 31 de diciembre de 2019, se destinarán para el pago de deudas por prestación de servicios de salud de vigencias anteriores, el pago de las deudas de la atención de urgencia de la población migrante no afiliada a cargo de los departamentos y distritos y, de no existir estas deudas, al pago de pasivos de las Empresas Sociales del Estado. En el caso de que el municipio haya perdido la competencia para administrar los recursos de prestación de servicios de salud o de no presentar deudas por concepto de prestación de	Se ajusta la numeración como Artículo 39 Se elimina lo referente a la Ley 669 de 2001 que autorizó la emisión de la estampilla Pro-salud del departamento del Valle del Cauca y dispone que su recaudo será parte de la financiación del sistema de seguridad social en salud.

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
servicios de vigencias anteriores, dichos saldos serán girados al departamento para financiar las actividades definidas en este numeral. Los recursos recaudados de la estampilla pro salud de que trata el artículo 1° de la Ley 669 de 2001, se podrán destinar para el pago de las deudas por servicios y tecnologías de salud sin cobertura en el POS, prestados a los afiliados al régimen subsidiado de salud. Los recursos no ejecutados y/o los excedentes financieros podrán utilizarse para los mismos fines, distritos y, de no existir estas deudas, al saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado".	servicios de vigencias anteriores, dichos saldos serán girados al departamento para financiar las actividades definidas en este numeral. ~~Los recursos recaudados de la estampilla pro salud de que trata el artículo 1° de la Ley 669 de 2001, se podrán destinar para el pago de las deudas por servicios y tecnologías de salud sin cobertura en el POS, prestados a los afiliados al régimen subsidiado de salud.~~ Los recursos no ejecutados y/o los excedentes financieros podrán utilizarse para los mismos fines, distritos y, de no existir estas deudas, al saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado".	
TÍTULO IV **ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** **CAPÍTULO I** **Gestoras de salud y vida**	**TÍTULO IV** **ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** **CAPÍTULO I** **Gestoras de salud y vida**	Sin modificaciones
Artículo 28. ***Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida.*** Las Gestoras de Salud y Vida son entidades de naturaleza privada, pública o mixta, con o sin ánimo de lucro, que surgen en virtud de la transformación de las EPS y creadas únicamente para los fines expresados en esta ley, conformadas de acuerdo con las disposiciones legales y normativas que rigen este tipo de entidades y	**Artículo ~~28~~ 40.** ***Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida.*** Las Gestoras de Salud y Vida son entidades de naturaleza privada, pública o mixta, con o sin ánimo de lucro, que surgen en virtud de la transformación de las EPS y creadas únicamente para los fines expresados en esta ley, conformadas de acuerdo con las disposiciones legales y normativas que rigen este tipo de entidades y	Se ajusta la numeración como Artículo 40

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
debidamente autorizadas y habilitadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud. Las Gestoras de Salud y Vida para la gestión integral del riesgo en salud y operativo y la representación del usuario en el territorio de salud asignado, cumplirán las siguientes funciones: 1. Identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud para la población a cargo en el territorio para la gestión integral del riesgo en salud incluyendo la población sana. Estas acciones las coordinará con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). 2. Organizar y conformar con las Direcciones Departamentales y Distritales o Municipales las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) para las subregiones funcionales para la gestión en salud, incluyendo los CAPS de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. 3. Participar en la planeación estratégica del desarrollo de las RIITS en coordinación con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social. 4. Gestionar el riesgo en salud conjuntamente con las entidades territoriales del orden	debidamente autorizadas y habilitadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud. Las Gestoras de Salud y Vida para la gestión integral del riesgo en salud y operativo y la representación del usuario en el territorio de salud asignado, cumplirán las siguientes funciones: 1. Identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud para la población a cargo en el territorio para la gestión integral del riesgo en salud incluyendo la población sana. Estas acciones las coordinará con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). 2. Organizar y conformar con las Direcciones Departamentales y Distritales o Municipales las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) para las subregiones funcionales para la gestión en salud, incluyendo los CAPS de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. 3. Participar en la planeación estratégica del desarrollo de las RIITS en coordinación con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social. 4. Gestionar el riesgo en salud conjuntamente con las entidades territoriales del orden	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
departamental y distrital o municipal, incluyendo a los CAPS desde la Atención Primaria en Salud hasta la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, según la organización de las RIITS. 5. Establecer los planes de intervención y articular la ejecución de la gestión operativa para responder a la demanda de servicios de los CAPS y a las RIITS. 6. Desarrollar modelos estimativos que permitan la gestión anticipada de los riesgos en salud y operacionales a través de la intervención de factores de riesgo que identifiquen patrones de comportamiento para ajustar las acciones establecidas que enfrenten el nivel de riesgo. 7. Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial al interior de las RIITS, que contribuyan a la continuidad de la atención de las personas. 8. Gestionar un sistema de referencia y contrarreferencia en coordinación con las secretarías departamentales y distritales o municipales y los CAPS, para la atención oportuna de la población en los servicios de salud; de acuerdo con las RIITS habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluido el traslado cuando por condiciones	departamental y distrital o municipal, incluyendo a los CAPS desde la Atención Primaria en Salud hasta la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, según la organización de las RIITS. 5. Establecer los planes de intervención y articular la ejecución de la gestión operativa para responder a la demanda de servicios de los CAPS y a las RIITS. 6. Desarrollar modelos estimativos que permitan la gestión anticipada de los riesgos en salud y operacionales a través de la intervención de factores de riesgo que identifiquen patrones de comportamiento para ajustar las acciones establecidas que enfrenten el nivel de riesgo. 7. Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial al interior de las RIITS, que contribuyan a la continuidad de la atención de las personas. 8. Gestionar un sistema de referencia y contrarreferencia en coordinación con las secretarías departamentales y distritales o municipales y los CAPS, para la atención oportuna de la población en los servicios de salud; de acuerdo con las RIITS habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluido el traslado cuando por condiciones	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
del territorio y de la Red así lo requiera la población. 9. Ejecutar articuladamente con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de las RIITS. 10. Implementar salas situacionales que permitan el análisis de información, a través de tableros de gestión para la toma de decisiones, el reporte de alertas y entrega de insumos para el ejercicio de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud y de las Entidades Territoriales. 11. Entregar informes semestrales del funcionamiento de las RIITS. 12. Contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros. 13. Prestar asistencia técnica con planes de capacitación a los integrantes de la Red para el mejoramiento continuo, la implementación de modelos innovadores de servicios de salud y el fortalecimiento de la calidad en la atención en salud. 14. Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, y los CAPS, la prestación de servicios especializados en el nivel de complejidad correspondiente para personas con enfermedades	del territorio y de la Red así lo requiera la población. 9. Ejecutar articuladamente con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de las RIITS. 10. Implementar salas situacionales que permitan el análisis de información, a través de tableros de gestión para la toma de decisiones, el reporte de alertas y entrega de insumos para el ejercicio de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud y de las Entidades Territoriales. 11. Entregar informes semestrales del funcionamiento de las RIITS. 12. Contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros. 13. Prestar asistencia técnica con planes de capacitación a los integrantes de la Red para el mejoramiento continuo, la implementación de modelos innovadores de servicios de salud y el fortalecimiento de la calidad en la atención en salud. 14. Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, y los CAPS, la prestación de servicios especializados en el nivel de complejidad correspondiente para personas con enfermedades	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
raras o huérfanas, incluyendo su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, así como en el caso de las enfermedades de alto costo. 15. Garantizar el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos a las personas que los requieran de tal forma que su prestación no afecte la oportunidad, pertinencia, seguridad y eficiencia. 16. Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las RIITS y con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), en la forma y condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social. 17. Realizar la auditoría integral de calidad, de cuentas médicas y concurrente de las prestaciones de servicios de salud componente complementario de las RIITS, con sujeción a los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio. 18. Auditar la facturación del componente complementario de mediana y alta complejidad de las	raras o huérfanas, incluyendo su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, así como en el caso de las enfermedades de alto costo. 15. Garantizar el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos a las personas que los requieran de tal forma que su prestación no afecte la oportunidad, pertinencia, seguridad y eficiencia. 16. Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las RIITS y con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), en la forma y condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social. 17. Realizar la auditoría integral de calidad, de cuentas médicas y concurrente de las prestaciones de servicios de salud componente complementario de las RIITS, con sujeción a los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio. 18. Auditar la facturación del componente complementario de mediana y alta complejidad de las	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
RIITS, la cual será remitida a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) para los pagos a que haya lugar. 19. Implementar un Sistema de Información y Atención a la Población articulado con el SPUIIS a través del cual interactúen con las personas, asociaciones de usuarios o pacientes y demás organizaciones de la sociedad civil, con el fin de conocer sus inquietudes, peticiones, sugerencias, quejas y denuncias, para poder dar soluciones efectivas a las no conformidades manifestadas. 20. Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y sobre los temas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. 21. Realizar la gestión y validaciones necesarias para el pago de las prestaciones económicas. 22. Gestionar la atención integral de la salud del usuario, de manera que se disponga de un sistema de atención, que incluya como mínimo: i) una línea nacional gratuita de información, ii) una página web, iii) estrategias de comunicación electrónica o digital personalizada, iv) información en sus canales de atención y en su red de prestadores.	RIITS, la cual será remitida a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) para los pagos a que haya lugar. 19. Implementar un Sistema de Información y Atención a la Población articulado con el SPUIIS a través del cual interactúen con las personas, asociaciones de usuarios o pacientes y demás organizaciones de la sociedad civil, con el fin de conocer sus inquietudes, peticiones, sugerencias, quejas y denuncias, para poder dar soluciones efectivas a las no conformidades manifestadas. 20. Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y sobre los temas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. 21. Realizar la gestión y validaciones necesarias para el pago de las prestaciones económicas. 22. Gestionar la atención integral de la salud del usuario, de manera que se disponga de un sistema de atención, que incluya como mínimo: i) una línea nacional gratuita de información, ii) una página web, iii) estrategias de comunicación electrónica o digital personalizada, iv) información en sus canales de atención y en su red de prestadores.	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
23. Suscribir conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, los convenios de desempeño con todos los prestadores de servicios de salud, según lo definido en la presente ley, dentro de la RIITS correspondiente, con criterios de eficiencia, calidad y resultados en salud de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades territoriales Departamentales y Distritales o municipales de salud, según corresponda, para que cumpla con lo definido en el modelo de atención. 24. En conjunto con las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación adelantar la revisión periódica del desempeño de los CAPS, que conduzca al mejoramiento continuo. 25. Representar al usuario en lo relativo al agenciamiento de los ciudadanos en su tránsito al interior de las RIITS, de acuerdo con las prescripciones realizadas por los profesionales de la salud y su participación en el sistema de referencia y contrarreferencia, garantizando el mayor nivel de resolutividad en el primer nivel.	23. Suscribir conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, los convenios de desempeño con todos los prestadores de servicios de salud, según lo definido en la presente ley, dentro de la RIITS correspondiente, con criterios de eficiencia, calidad y resultados en salud de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades territoriales Departamentales y Distritales o municipales de salud, según corresponda, para que cumpla con lo definido en el modelo de atención. 24. En conjunto con las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación adelantar la revisión periódica del desempeño de los CAPS, que conduzca al mejoramiento continuo. 25. Representar al usuario en lo relativo al agenciamiento de los ciudadanos en su tránsito al interior de las RIITS, de acuerdo con las prescripciones realizadas por los profesionales de la salud y su participación en el sistema de referencia y contrarreferencia, garantizando el mayor nivel de resolutividad en el primer nivel.	
Parágrafo 1°. Lo dispuesto en el presente artículo no implica manejo de recursos, ni ordenación del	**Parágrafo 1°.** Lo dispuesto en el presente artículo no implica manejo de recursos, ni ordenación del	Sin modificaciones

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
gasto por parte de las Gestoras de Salud y Vida.	gasto por parte de las Gestoras de Salud y Vida.	
Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de las Gestoras de Salud y Vida, las cuales serán un estándar de habilitación y permanencia. Las Gestoras de Salud y Vida deberán realizar audiencias públicas de rendición de cuentas de la manera más expedita y con la posibilidad de utilizar medios digitales y tecnológicos, con el fin de mostrar su gestión y los resultados obtenidos de estas en cuanto a los indicadores de servicio, resultados en salud de su gestión financiera, en la periodicidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El Gobierno nacional expedirá el régimen de inhabilidades, incompatibilidades y resolución de conflictos de intereses del Gestor de Salud y Vida.	**Parágrafo 2°.** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de las Gestoras de Salud y Vida~~, las cuales serán un estándar de habilitación y permanencia~~. Las Gestoras de Salud y Vida deberán realizar audiencias públicas de rendición de cuentas de la manera más expedita y con la posibilidad de utilizar medios digitales y tecnológicos, con el fin de mostrar su gestión y los resultados obtenidos de estas en cuanto a los indicadores de servicio, resultados en salud de su gestión financiera, en la periodicidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El Gobierno nacional expedirá el régimen de inhabilidades, incompatibilidades y resolución de conflictos de intereses del Gestor de Salud y Vida.	Se modifica el Parágrafo en cuanto a imponer como criterio de habilitación y permanencia las buenas prácticas de gobierno corporativo
Artículo 29. ***Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud.*** Dentro de los tres (3) meses siguientes a partir de expedida la reglamentación sobre la habilitación y autorización de las Gestoras de Salud y Vida, las Entidades Promotoras de Salud autorizadas para operar en alguno o ambos de los dos regímenes de afiliación actuales y que cumplan	**Artículo ~~29~~ 41.** ***Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud.*** Dentro de los ~~tres (3)~~ **doce (12)** meses siguientes a partir de expedida la reglamentación sobre la habilitación y autorización de las Gestoras de Salud y Vida, las Entidades Promotoras de Salud autorizadas para operar en alguno o ambos de los dos regímenes de	Se ajusta la numeración como Artículo 41 Se amplía el plazo de manifestación de transformación de las EPS a Gestoras de tres (3) a doce (12) meses

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
los requisitos para transformarse en Gestoras de Salud y Vida, deberán presentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social y ante la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a sus competencias, la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a dicha transformación presentando el proyecto de habilitación o plan de retiro voluntario según el caso, y el correspondiente plan de saneamiento, teniendo en cuenta lo siguiente: 1. Si la Entidad Promotora de Salud, desea transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar el proyecto de habilitación como Gestora de Salud y Vida. 2. Si la Entidad Promotora de Salud no está interesada en transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar su plan de retiro voluntario. Si la Entidad Promotora de Salud no expresa ninguna de las dos intenciones dentro del término antes indicado, se iniciará inmediatamente el proceso de retiro cumpliendo los requisitos estipulados para el numeral 2 del presente artículo. En el caso del numeral uno (1), las Entidades Promotoras de Salud tendrán que presentar un plan de saneamiento de la totalidad de los	afiliación actuales y que cumplan los requisitos para transformarse en Gestoras de Salud y Vida, deberán presentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social y ante la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a sus competencias, la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a dicha transformación presentando el proyecto de habilitación o plan de retiro voluntario según el caso, y el correspondiente plan de saneamiento, teniendo en cuenta lo siguiente: 1. Si la Entidad Promotora de Salud, desea transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar el proyecto de habilitación como Gestora de Salud y Vida. 2. Si la Entidad Promotora de Salud no está interesada en transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar su plan de retiro voluntario. Si la Entidad Promotora de Salud no expresa ninguna de las dos intenciones dentro del término antes indicado, se iniciará inmediatamente el proceso de retiro cumpliendo los requisitos estipulados para el numeral 2 del presente artículo. En el caso del numeral uno (1), las Entidades Promotoras de Salud tendrán que presentar un plan de	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
pasivos respaldados por acuerdos de pago con sus acreedores, o garantías financieras; el cual tendrá la obligación de implementar en un tiempo no superior a dieciocho (18) meses contados a partir de su aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y deberá presentar el paz y salvo de todas las deudas al finalizar dicho plazo. En caso de incumplimiento la Entidad Promotora en Salud entrará en proceso de vigilancia especial durante un periodo no mayor a seis (6) meses, para determinar si puede, o no, seguir en el proceso de transformación. El cumplimiento del plan de saneamiento de pasivos no podrá afectar la operación de las Gestoras de Salud y Vida; lo cual estará sujeto a vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. En el caso del numeral dos (2), las Entidades Promotoras de Salud tendrán que presentar un plan de saneamiento que contemple el pago de la totalidad del pasivo en un tiempo que no podrá ser superior a veinticuatro (24) meses contados a partir de la radicación del plan de retiro voluntario o al vencimiento de los tres (3) meses previstos en el presente artículo. El plan de saneamiento debe tener en cuenta la prelación de pagos	saneamiento de la totalidad de los pasivos respaldados por acuerdos de pago con sus acreedores, o garantías financieras; el cual tendrá la obligación de implementar en un tiempo no superior a dieciocho (18) meses contados a partir de su aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y deberá presentar el paz y salvo de todas las deudas al finalizar dicho plazo. En caso de incumplimiento la Entidad Promotora en Salud entrará en proceso de vigilancia especial durante un periodo no mayor a seis (6) meses, para determinar si puede, o no, seguir en el proceso de transformación. El cumplimiento del plan de saneamiento de pasivos no podrá afectar la operación de las Gestoras de Salud y Vida; lo cual estará sujeto a vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. En el caso del numeral dos (2), las Entidades Promotoras de Salud tendrán que presentar un plan de saneamiento que contemple el pago de la totalidad del pasivo en un tiempo que no podrá ser superior a veinticuatro (24) meses contados a partir de la radicación del plan de retiro voluntario o al vencimiento de los tres (3) meses previstos en el presente artículo. El plan de saneamiento debe tener en	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
previsto en el artículo 12 de la Ley 1797 de 2016, considerando que en el primer renglón de prelación deben incluirse las deudas que se tengan con todos los trabajadores de la salud con independencia de la forma de vinculación. Si el plan de saneamiento no es aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) o siendo aprobado se incumple, la EPS será intervenida forzosamente. En todo caso la Superintendencia Nacional de Salud tendrá hasta treinta (30) días calendario para emitir concepto sobre los planes y el cumplimiento de los parámetros.	cuenta la prelación de pagos previsto en el artículo 12 de la Ley 1797 de 2016, considerando que en el primer renglón de prelación deben incluirse las deudas que se tengan con todos los trabajadores de la salud con independencia de la forma de vinculación. Si el plan de saneamiento no es aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) o siendo aprobado se incumple, la EPS será intervenida forzosamente. En todo caso la Superintendencia Nacional de Salud tendrá hasta treinta (30) días calendario para emitir concepto sobre los planes y el cumplimiento de los parámetros.	
Parágrafo 1°. Para el caso de las EPS intervenidas será deber del agente especial interventor convocar al máximo organismo social de la entidad para que haga la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a la transformación en Entidades Gestoras de Salud y Vida. Deberá a su vez presentar un plan de saneamiento para la aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	**Parágrafo 1°.** Para el caso de las EPS intervenidas será deber del agente especial interventor convocar al máximo organismo social de la entidad para que haga la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a la transformación en Entidades Gestoras de Salud y Vida. Deberá a su vez presentar un plan de saneamiento para la aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	Sin modificaciones
Parágrafo 2°. Para el respectivo saneamiento se tendrán en cuenta las inversiones que respaldan las reservas técnicas de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y otras fuentes de recursos legalmente	**Parágrafo 2°.** Para el respectivo saneamiento se tendrán en cuenta las inversiones que respaldan las reservas técnicas de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y otras fuentes de recursos legalmente	Sin modificaciones

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
establecidas.	establecidas.	
Parágrafo 3°. A la entrada en vigencia de la presente ley, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que presenten el plan de habilitación y saneamiento observando los parámetros definidos en el artículo 30 de la presente ley, podrán obtener una habilitación transitoria como Gestoras de Salud y Vida siempre y cuando la Superintendencia Nacional de Salud apruebe los mencionados planes o garantías financieras de que trata el presente artículo. Como consecuencia de ello, se suspenderán los requisitos de habilitación financiera que les aplica como Entidades Promotoras de Salud (EPS), para permitir el cumplimiento de los planes de habilitación y saneamiento aprobados, sin perjuicio de lo establecido en el régimen de transición.	**Parágrafo 3°.** A la entrada en vigencia de la presente ley, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que presenten el plan de habilitación y saneamiento observando los parámetros definidos en el artículo 30 de la presente ley, podrán obtener una habilitación transitoria como Gestoras de Salud y Vida siempre y cuando la Superintendencia Nacional de Salud apruebe los mencionados planes o garantías financieras de que trata el presente artículo. Como consecuencia de ello, se suspenderán los requisitos de habilitación financiera que les aplica como Entidades Promotoras de Salud (EPS), para permitir el cumplimiento de los planes de habilitación y saneamiento aprobados, sin perjuicio de lo establecido en el régimen de transición.	Sin modificaciones
Artículo 30. ***Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).*** Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por dos (2) años, siempre que cumplan las condiciones de permanencia que les aplica, más aquellas que se consagran en el periodo de transición previsto en la	**Artículo ~~30~~ 42.** ***Transformación y transición de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).*** Las Entidades Promotoras de Salud (EPS)**,** que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por ~~dos (2)~~ **tres (3)** años, siempre que cumplan las condiciones de permanencia que les aplica, más aquellas que se consagran en el	Se ajusta la numeración como Artículo 42 Se adiciona el título con la "transición" Se amplía el término de transición de dos (2) a tres (3) años

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
presente ley. Las EPS podrán manifestar su interés de transformarse en Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos que para dicha transformación reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social durante los tres (3) meses siguientes a la expedición de la presente ley. La manifestación de transformación deberá acompañarse de un plan de saneamiento de pasivos aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 29 de la presente ley. Durante este periodo deberán cumplir progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros: 1. Organizar conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, la atención de su población a cargo, en los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) conforme a la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) habilitadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos CAPS que serán financiados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). 2. Durante los dos años de transición previstos en esta ley, las EPS, deberán efectuar las reformas	periodo de transición previsto en la presente ley. Las EPS podrán manifestar su interés de transformarse en Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos que para dicha transformación reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social durante los ~~tres (3)~~ **seis (6)** meses siguientes a la expedición de la presente ley. La manifestación de transformación deberá acompañarse de un plan de saneamiento de pasivos aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 29 de la presente ley. Durante este periodo deberán cumplir progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros: 1. Organizar conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, la atención de su población a cargo, en los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) conforme a la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) habilitadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos CAPS que serán financiados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). 2. Durante los dos años de transición previstos en esta ley, las	Se amplía la manifestación de las EPS para convertirse en Gestoras de Salud y Vida de tres (3) a seis (6) meses

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
estatutarias, estructurales, administrativas y operativas a que haya lugar, para adoptar su naturaleza de Entidades Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos de habilitación que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social. 3. Durante el periodo que permanezcan como EPS, será obligatoria la implementación del giro directo a través de la ADRES. 4. Se organizarán progresivamente por subregiones funcionales para la gestión en salud, reconociendo su experiencia en los sitios en donde históricamente han gestionado el riesgo en salud con buenos resultados y conservando sus afiliados en esos sitios. En las mencionadas subregiones y acreditando los requisitos necesarios, se podrán establecer como Gestoras de Salud y Vida, articulándose con los CAPS presentes en el correspondiente territorio para la gestión en salud. 5. Articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las RIITS que organicen y conformen junto con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal de acuerdo con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia	EPS, deberán efectuar las reformas estatutarias, estructurales, administrativas y operativas a que haya lugar, para adoptar su naturaleza de Entidades Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos de habilitación que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social. 3. Durante el periodo que permanezcan como EPS, será obligatoria la implementación del giro directo a través de la ADRES. 4. Se organizarán progresivamente por subregiones funcionales para la gestión en salud, reconociendo su experiencia en los sitios en donde históricamente han gestionado el riesgo en salud con buenos resultados y conservando sus afiliados en esos sitios. En las mencionadas subregiones y acreditando los requisitos necesarios, se podrán establecer como Gestoras de Salud y Vida, articulándose con los CAPS presentes en el correspondiente territorio para la gestión en salud. 5. Articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las RIITS que organicen y conformen junto con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal de acuerdo con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
de la presente ley. La habilitación y autorización de las RIITS estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social. 6. Presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 18 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano. 7. Todas las EPS tendrán plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad. Deberán declarar su grupo económico o grupo empresarial nacional y/o internacional según la normatividad vigente durante los siguientes 60 días. Excepcionalmente, cuando por razones de suficiencia de infraestructura hospitalaria en zonas marginadas o de baja densidad poblacional se deba mantener, la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar un plazo mayor, sin que en ningún caso supere un (1) año adicional. No podrán escindir sus activos fijos hasta que no haya cumplido con el	siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. La habilitación y autorización de las RIITS estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social. 6. Presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 18 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano. 7. Todas las EPS tendrán plazo máximo de ~~dos (2)~~ **tres (3)** años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad. Deberán declarar su grupo económico o grupo empresarial nacional y/o internacional según la normatividad vigente durante los siguientes 60 días. Excepcionalmente, cuando por razones de suficiencia de infraestructura hospitalaria en zonas marginadas o de baja densidad poblacional se deba mantener, la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar un plazo mayor, sin que en ningún caso supere un (1) año adicional. No podrán escindir sus activos fijos	Se adiciona y se amplía el plazo de dos (2) a tres (3) años

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
paz y salvo del 100% de sus pasivos. 8. Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual per cápita sin situación de fondos, la cual será reconocida mensualmente de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud. Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las EPS, la ADRES girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos, gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS. 9. Las EPS recibirán los recursos correspondientes al pago de gastos de administración establecidos en la legislación vigente. 10. En cualquier momento y antes de cumplirse los dos años de transición previstos en esta ley, las EPS que cumplan con las condiciones para su transformación y presenten un plan de saneamiento aprobado, podrán iniciar su operación como Gestoras de Salud y Vida en los términos de la presente ley.	hasta que no haya cumplido con el paz y salvo del 100% de sus pasivos. 8. Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual per cápita sin situación de fondos, la cual será reconocida mensualmente de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud. Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las EPS, la ADRES girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos, gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS. 9. Las EPS recibirán los recursos correspondientes al pago de gastos de administración establecidos en la legislación vigente. 10. En cualquier momento y antes de cumplirse los ~~dos~~ **tres (3)** años de transición previstos en esta ley, las EPS que cumplan con las condiciones para su transformación y presenten un plan de saneamiento aprobado, podrán iniciar su operación como Gestoras de Salud y Vida en los términos de la presente ley.	Se adiciona y se amplía el plazo de dos (2) a tres (3) años
Parágrafo 1°. La transformación de las actuales EPS en Entidades	**Parágrafo 1°.** La transformación de las actuales EPS en Entidades	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
Gestoras de Salud y Vida no implica su liquidación sino un proceso de disolución. Los activos, pasivos, patrimonio, pasarán en bloque a la Entidad Gestora de Salud y Vida con subrogación de todos los deberes, derechos y obligaciones, en los términos que reglamente el Gobierno nacional.	Gestoras de Salud y Vida no implica su liquidación sino un proceso de disolución. Los activos, pasivos, patrimonio, pasarán en bloque a la Entidad Gestora de Salud y Vida con subrogación de todos los deberes, derechos y obligaciones, en los términos que reglamente el Gobierno nacional.	
Parágrafo 2°. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que, a través de su transformación en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas en gestionar de manera integral, la salud de la población que se les asigne y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde. Ninguna de estas operaciones podrá implicar integración vertical en los niveles de mediana y alta complejidad.	**Parágrafo 2°.** La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que, a través de su transformación en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas en gestionar de manera integral, la salud de la población que se les asigne y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde. Ninguna de estas operaciones podrá implicar integración vertical en los niveles de mediana y alta complejidad.	
Parágrafo 3°. Una vez cumplidos los requisitos para la transformación de la EPS en Gestora de Salud y Vida, y previa aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social, como una alternativa del proceso de disolución, podrán constituir la Gestora de Salud y Vida como una persona jurídica diferente, ya sea de naturaleza privada, mixta o pública según corresponda, para asumir dicho rol, con una Junta Directiva o máximo	**Parágrafo 3°.** Una vez cumplidos los requisitos para la transformación de la EPS en Gestora de Salud y Vida, y previa aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social, como una alternativa del proceso de disolución, podrán constituir la Gestora de Salud y Vida como una persona jurídica diferente, ya sea de naturaleza privada, mixta o pública según corresponda, para asumir dicho rol, con una Junta Directiva o máximo	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
órgano de dirección, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Para llevar a cabo esta alternativa del proceso de disolución, la EPS que opte por constituir la Gestora de Salud y Vida con una personería jurídica diferente, deberá haber certificado toda su integración vertical, previo al cambio, ante la Superintendencia Nacional de Salud para dar cumplimiento al inciso 7° del presente artículo.	órgano de dirección, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Para llevar a cabo esta alternativa del proceso de disolución, la EPS que opte por constituir la Gestora de Salud y Vida con una personería jurídica diferente, deberá haber certificado toda su integración vertical, previo al cambio, ante la Superintendencia Nacional de Salud para dar cumplimiento al inciso 7° del presente artículo.	
Parágrafo 4°. Las EPS con participación accionaria del Estado podrán certificar el pago de sus pasivos y acreencias por parte de la Nación o de la Entidad territorial de su respectiva jurisdicción, como respaldo de cumplimiento de las condiciones de permanencia que se les aplica, necesarias para transformarse en Gestoras de Salud y Vida.	**Parágrafo 4°.** Las EPS con participación accionaria del Estado podrán certificar el pago de sus pasivos y acreencias por parte de la Nación o de la Entidad territorial de su respectiva jurisdicción, como respaldo de cumplimiento de las condiciones de permanencia que se les aplica, necesarias para transformarse en Gestoras de Salud y Vida.	
Parágrafo 5°. Las EPS que decidan transformarse en Gestoras de Salud y Vida y que se encuentren administrando Planes Voluntarios en Salud (Medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de salud) deberán escindir esta operación comercial dentro del periodo de transición para convertirse en Gestoras, sin que se requiera nueva autorización para el efecto de los planes vigentes. No	**Parágrafo 5°.** ~~Las EPS que decidan transformarse en Gestoras de Salud y Vida y que se encuentren administrando Planes Voluntarios en Salud (Medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de salud) deberán escindir esta operación comercial dentro del periodo de transición para convertirse en Gestoras, sin que se requiera nueva autorización para el efecto de los planes vigentes. No~~	Se elimina el Parágrafo por inconveniente, en el sentido en que los Planes Voluntarios en Salud (Medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de salud) no son integración vertical.

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
podrán escindir sus activos fijos hasta que no haya cumplido con el paz y salvo del 100% de sus pasivos. En ningún caso habrá coexistencia administrativa y financiera con la Gestora de Salud y Vida. Las EPS que no se transformen en Gestoras de Salud y Vida podrán seguir comercializando Planes Voluntarios en Salud de conformidad con la reglamentación legal vigente.	~~podrán escindir sus activos fijos hasta que no haya cumplido con el paz y salvo del 100% de sus pasivos. En ningún caso habrá coexistencia administrativa y financiera con la Gestora de Salud y Vida. Las EPS que no se transformen en Gestoras de Salud y Vida podrán seguir comercializando Planes Voluntarios en Salud de conformidad con la reglamentación legal vigente.~~	
Artículo 31. ***Remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.*** Se reconocerá y pagará a las Entidades Gestoras de Salud y Vida el cinco por ciento (5%) del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de manera mensual, de la población a su cargo, por el cumplimiento de sus funciones definidas en la presente ley, según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca para tal efecto. En caso de que una Gestora de Salud y Vida no cumpla las funciones establecidas en la presente ley acorde a la metodología que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social en términos de calidad, oportunidad e integralidad, esta recibirá hasta un treinta por ciento (30%) menos de su ingreso por remuneración, y en caso de reincidencia en dos periodos consecutivos, será objeto de	**Artículo ~~31~~ 43.** ***Remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.*** Se reconocerá y pagará a las Entidades Gestoras de Salud y Vida el cinco por ciento (5%) del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de manera mensual, de la población a su cargo, por el cumplimiento de sus funciones definidas en la presente ley, según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca para tal efecto. En caso de que una Gestora de Salud y Vida no cumpla las funciones establecidas en la presente ley acorde a la metodología que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social en términos de calidad, oportunidad e integralidad, esta recibirá hasta un treinta por ciento (30%) menos de su ingreso por remuneración, y en caso de reincidencia en dos periodos consecutivos, será objeto de	Se ajusta la numeración como Artículo 43

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
medida de supervisión especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo a la reglamentación que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. En todo caso, el mecanismo desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social, también deberá contemplar la definición de indicadores de evaluación del cumplimiento de funciones. Además, podrán participar de los incentivos por el cumplimiento de resultados en salud, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario, según lo estipulado en el numeral 4 del artículo 34 de la presente ley.	medida de supervisión especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo a la reglamentación que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. En todo caso, el mecanismo desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social, también deberá contemplar la definición de indicadores de evaluación del cumplimiento de funciones. Además, podrán participar de los incentivos por el cumplimiento de resultados en salud, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario, según lo estipulado en el numeral 4 del artículo 34 de la presente ley.	
CAPÍTULO II **Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS)**	**CAPÍTULO II** **Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS)**	Sin modificaciones
Artículo 32. ***Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).*** Como parte de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios sanitarios con calidad, accesibilidad, inclusividad, equidad, integralidad y continuidad de manera coordinada y eficiente, con orientación familiar y comunitaria, a una población ubicada en un espacio territorial	**Artículo ~~32~~ 44. *Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).*** Como parte de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios sanitarios con calidad, accesibilidad, inclusividad, equidad, integralidad y continuidad de manera coordinada y eficiente, con orientación familiar y comunitaria, a una población ubicada en un espacio territorial	Se ajusta la numeración como Artículo 44

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
determinado, con particularidades geográficas y epidemiológicas diferentes buscando el logro de los resultados en salud. Las Gestoras de Salud y Vida junto a las entidades territoriales, conformarán RIITS siendo compuestas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes de salud y transporte especial de pacientes y sus relaciones serán de cooperación y complementariedad. Los servicios de salud se prestarán por medio de convenios de desempeño y según las necesidades de la población, con suficiencia técnica y administrativa, cumpliendo los requisitos de habilitación. Los prestadores se deberán registrar y certificar como integrantes de la Red, aceptando las condiciones que al efecto reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social, para promover, preservar y/o recuperar la salud de una población ubicada en un espacio territorial determinado, promoviendo acciones intersectoriales para intervenir en los determinantes sociales de la salud, bajo el modelo preventivo, predictivo y resolutivo, basado en la APS con orientación familiar y comunitaria, intercultural y diferencial incluida la obligatoriedad de interoperar con	determinado, con particularidades geográficas y epidemiológicas diferentes buscando el logro de los resultados en salud. Las Gestoras de Salud y Vida junto a las entidades territoriales, conformarán RIITS siendo compuestas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes de salud y transporte especial de pacientes y sus relaciones serán de cooperación y complementariedad. Los servicios de salud se prestarán por medio de convenios de desempeño y según las necesidades de la población, con suficiencia técnica y administrativa, cumpliendo los requisitos de habilitación. Los prestadores se deberán registrar y certificar como integrantes de la Red, aceptando las condiciones que al efecto reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social, para promover, preservar y/o recuperar la salud de una población ubicada en un espacio territorial determinado, promoviendo acciones intersectoriales para intervenir en los determinantes sociales de la salud, bajo el modelo preventivo, predictivo y resolutivo, basado en la APS con orientación familiar y comunitaria, intercultural y diferencial incluida la obligatoriedad de interoperar con	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
el sistema de información en salud y de aceptar el régimen de tarifas y formas de pago. Las Redes tendrán un nivel primario de atención, conformado por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de los que hacen parte los Equipos de Salud Territoriales; y otro complementario, constituido por las instituciones de mediana y alta complejidad, así como por profesionales independientes. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos de coordinación asistencial para la operación de la RIITS y para la toma de decisiones en el marco de los determinantes sociales en salud. Las Gestoras de Salud y Vida, en conjunto con las Entidades Territoriales conformarán las RIITS a partir de los convenios de desempeño y adoptarán e implementarán estos mecanismos de coordinación asistencial de acuerdo con las necesidades de la población. Los mecanismos de coordinación deben incluir el desarrollo de acciones conjuntas y sinérgicas entre los CAPS y los demás integrantes de la Red, para asegurar la continuidad del cuidado de las personas, de forma coordinada y generar una cadena de valor que garantice la atención integrada e integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.	el sistema de información en salud y de aceptar el régimen de tarifas y formas de pago. Las Redes tendrán un nivel primario de atención, conformado por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de los que hacen parte los Equipos de Salud Territoriales; y otro complementario, constituido por las instituciones de mediana y alta complejidad, así como por profesionales independientes. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos de coordinación asistencial para la operación de la RIITS y para la toma de decisiones en el marco de los determinantes sociales en salud. Las Gestoras de Salud y Vida, en conjunto con las Entidades Territoriales conformarán las RIITS a partir de los convenios de desempeño y adoptarán e implementarán estos mecanismos de coordinación asistencial de acuerdo con las necesidades de la población. Los mecanismos de coordinación deben incluir el desarrollo de acciones conjuntas y sinérgicas entre los CAPS y los demás integrantes de la Red, para asegurar la continuidad del cuidado de las personas, de forma coordinada y generar una cadena de valor que garantice la atención integrada e integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
En el nivel primario, las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales departamentales y distritales o municipales, según corresponda, establecerán convenios de desempeño con los CAPS para orientar el logro de resultados en salud. Estos convenios deben definir los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. El seguimiento al convenio lo harán las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación. En el nivel complementario, las Gestoras de Salud y Vida, establecerán para cada Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de mediana y alta complejidad un convenio de desempeño que defina los servicios a prestar, las condiciones de calidad específicas esperadas de cada servicio y la modalidad de pago aplicable, de acuerdo con el régimen de tarifas y formas de pago definido, así como los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional en la RIITS, junto con los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoría para garantizar la racionalidad en el	En el nivel primario, las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales departamentales y distritales o municipales, según corresponda, establecerán convenios de desempeño con los CAPS para orientar el logro de resultados en salud. Estos convenios deben definir los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. El seguimiento al convenio lo harán las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación. En el nivel complementario, las Gestoras de Salud y Vida, establecerán para cada Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de mediana y alta complejidad un convenio de desempeño que defina los servicios a prestar, las condiciones de calidad específicas esperadas de cada servicio y la modalidad de pago aplicable, de acuerdo con el régimen de tarifas y formas de pago definido, así como los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional en la RIITS, junto con los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoría para garantizar la racionalidad en el	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
uso de los recursos y el cuidado integral de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades Territoriales de salud departamentales y distritales o municipales, según corresponda para que cumplan con lo definido en el modelo de atención.	uso de los recursos y el cuidado integral de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades Territoriales de salud departamentales y distritales o municipales, según corresponda para que cumplan con lo definido en el modelo de atención.	
Parágrafo 1°. Los establecimientos farmacéuticos y los proveedores de tecnologías en salud, que realicen la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud, incluyendo a los operadores logísticos de tecnologías en salud, gestores farmacéuticos, organizaciones no gubernamentales, universidades y otras entidades privadas, serán considerados servicios de salud y estarán orientados a garantizar el derecho fundamental a la salud, por lo tanto, podrán ser parte de las RIITS, si así se registran y se certifican. Los establecimientos farmacéuticos y demás establecimientos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud deberán cumplir las condiciones de habilitación para su funcionamiento y demás requisitos establecidos en la normatividad vigente, además de estar autorizados por las entidades territoriales en salud, registrarse y demostrar ante estas el	**Parágrafo 1°.** Los establecimientos farmacéuticos y los proveedores de tecnologías en salud, que realicen la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud, incluyendo a los operadores logísticos de tecnologías en salud, gestores farmacéuticos, organizaciones no gubernamentales, universidades y otras entidades privadas, serán considerados servicios de salud y estarán orientados a garantizar el derecho fundamental a la salud, por lo tanto, podrán ser parte de las RIITS, si así se registran y se certifican. Los establecimientos farmacéuticos y demás establecimientos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud deberán cumplir las condiciones de habilitación para su funcionamiento y demás requisitos establecidos en la normatividad vigente, además de estar autorizados por las entidades territoriales en salud, registrarse y demostrar ante estas el	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
cumplimiento de los requisitos esenciales para la prestación del servicio farmacéutico. En caso de ser parte de las RIITS deberán también demostrar suficiencia patrimonial, capacidad tecnológica y administrativa. El transporte, gestión y dispensación farmacéutica ambulatoria de medicamentos a usuarios del Sistema de Salud se efectuará a través de los establecimientos farmacéuticos de gestores farmacéuticos, droguerías y operadores logísticos autorizados para ello, sin perjuicio de la entrega que se haga a través de estos servicios en las IPS y garantizando la dispensación en zonas rurales y de difícil acceso.	cumplimiento de los requisitos esenciales para la prestación del servicio farmacéutico. En caso de ser parte de las RIITS deberán también demostrar suficiencia patrimonial, capacidad tecnológica y administrativa. El transporte, gestión y dispensación farmacéutica ambulatoria de medicamentos a usuarios del Sistema de Salud se efectuará a través de los establecimientos farmacéuticos de gestores farmacéuticos, droguerías y operadores logísticos autorizados para ello, sin perjuicio de la entrega que se haga a través de estos servicios en las IPS y garantizando la dispensación en zonas rurales y de difícil acceso.	
Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud diseñarán e implementarán un sistema de monitoreo del desempeño, la calidad y la garantía de acceso efectivo a los servicios de salud de las RIITS. Las Direcciones departamentales y distritales o municipales de salud supervisarán el desempeño de las RIITS bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.	**Parágrafo 2°.** El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud diseñarán e implementarán un sistema de monitoreo del desempeño, la calidad y la garantía de acceso efectivo a los servicios de salud de las RIITS. Las Direcciones departamentales y distritales o municipales de salud supervisarán el desempeño de las RIITS bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.	
Parágrafo 3°. Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y las Instituciones Prestadoras de	**Parágrafo 3°.** Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y las Instituciones Prestadoras de	Se ajusta la redacción

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
Servicios de Salud acreditadas se entenderán integradas a las RIITS. En todo caso, los residentes tendrán derecho a recibir atención inicial de urgencias en cualquier IPS dentro del territorio nacional, cuando así se requiera.	Servicios de Salud acreditadas se entenderán integradas a las RIITS. ~~En todo caso,~~ **Todos** los residentes tendrán derecho a recibir atención inicial de urgencias en cualquier IPS dentro del territorio nacional~~,~~ ~~cuando así se requiera~~.	
Parágrafo 4°. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones para que los profesionales independientes y las instituciones de atención básica en salud que presten servicios para complementar el cuidado, se integren a las RIITS.	**Parágrafo 4°.** El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones para que los profesionales independientes y las instituciones de atención básica en salud que presten servicios para complementar el cuidado, se integren a las RIITS.	
Parágrafo 5°. La vigilancia y control fiscal sobre la gestión de los recursos públicos recibidos por los integrantes de las Redes Integrales e Integrales Territoriales de Servicios de Salud (RIITSS) corresponde a la Contraloría General de la República. Para ellos, las RIITSS, en coordinación con las Gestoras de Salud y Vida, las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), deberán reportar a la Contraloría General de la República la información detallada sobre la administración de los recursos. El Contralor General de la República reglamentará la forma, el contenido y la periodicidad de dicha información. En lo correspondiente a las ISE y las	**Parágrafo 5°.** La vigilancia y control fiscal sobre la gestión de los recursos públicos recibidos por los integrantes de las Redes Integrales e Integrales Territoriales de Servicios de Salud (RIITSS) corresponde a la Contraloría General de la República. Para ellos, las RIITSS, en coordinación con las Gestoras de Salud y Vida, las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), deberán reportar a la Contraloría General de la República la información detallada sobre la administración de los recursos. El Contralor General de la República reglamentará la forma, el contenido y la periodicidad de dicha información. En lo correspondiente a las ISE y las	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
IPS privadas y mixtas, la obligación de reporte de información incluye a las entidades públicas, privadas y mixtas que las integren, cuando administren recursos públicos de la salud.	IPS privadas y mixtas, la obligación de reporte de información incluye a las entidades públicas, privadas y mixtas que las integren, cuando administren recursos públicos de la salud.	
Artículo 33. ***Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).*** Las Direcciones departamentales y distritales o municipales de Salud organizarán y conformarán las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) con fundamento en los análisis funcionales de Red. La organización y conformación se hará con las Gestoras de Salud y Vida autorizadas para operar en el territorio. Este proceso deberá garantizar la optimización y ordenamiento racional de la oferta territorial de servicios de salud, privilegiando la accesibilidad de las personas, familias y comunidades a los mismos y bajo las orientaciones y reglamentos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará y autorizará las RIITS en las subregiones funcionales para la gestión en salud.	**Artículo ~~33~~ 45. *Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).*** Las Direcciones departamentales y distritales o municipales de Salud organizarán y conformarán las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) con fundamento en los análisis funcionales de Red. La organización y conformación se hará con las Gestoras de Salud y Vida autorizadas para operar en el territorio. Este proceso deberá garantizar la optimización y ordenamiento racional de la oferta territorial de servicios de salud, privilegiando la accesibilidad de las personas, familias y comunidades a los mismos y bajo las orientaciones y reglamentos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará y autorizará las RIITS en las subregiones funcionales para la gestión en salud.	Se ajusta la numeración como Artículo 45
Artículo 34. ***Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).*** El	**Artículo ~~34~~ 46. *Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales***	Se ajusta la numeración como Artículo 46

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La habilitación de las RIITS deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios, teniendo en cuenta los siguientes ámbitos de abordaje: **1. Modelo de atención.** Modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad que tenga en cuenta las particularidades poblacionales, territoriales, diferenciales y de género. En el modelo se establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios en un territorio determinado, teniendo en cuenta las necesidades en salud de la población, contando con una oferta amplia de servicios de salud individuales y colectivos, sociosanitarios y de salud pública y ambiental. El modelo contará con un nivel primario, como primer contacto y puerta de entrada, que integra y coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las	***de Salud (RIITS).*** El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La habilitación de las RIITS deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios, teniendo en cuenta los siguientes ámbitos de abordaje: **1. Modelo de atención.** Modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad que tenga en cuenta las particularidades poblacionales, territoriales, diferenciales y de género. En el modelo se establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios en un territorio determinado, teniendo en cuenta las necesidades en salud de la población, contando con una oferta amplia de servicios de salud individuales y colectivos, sociosanitarios y de salud pública y ambiental. El modelo contará con un nivel primario, como primer contacto y puerta de entrada, que integra y coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios en los entornos de desarrollo de las personas y en los centros especializados; y un nivel complementario, con servicios de alta y mediana complejidad, que garantiza la atención de salud de manera continua e integral a las personas, familias y comunidades. **2. Rectoría y Gobernanza de la red.** Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas por parte de las Gestoras de Salud y Vida y las Entidades territoriales, así como asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las RIITS se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región. **3. Organización y gestión.** Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la	diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios en los entornos de desarrollo de las personas y en los centros especializados; y un nivel complementario, con servicios de alta y mediana complejidad, que garantiza la atención de salud de manera continua e integral a las personas, familias y comunidades. **2. Rectoría y Gobernanza de la red.** Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas por parte de las Gestoras de Salud y Vida y las Entidades territoriales, así como asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las RIITS se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región. **3. Organización y gestión.** Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
red, tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos, para adelantar una gestión basada en resultados que alimenten el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). **4. Sistema de asignación e incentivos.** Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la RIITS, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la asignación de incentivos, para la red de prestadores de mediana y alta complejidad y las Gestoras de Salud y Vida. Sobre la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se reconocerá un porcentaje en relación con el total de recursos asignados a los prestadores de mediana y alta	red, tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos, para adelantar una gestión basada en resultados que alimenten el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). **4. Sistema de asignación e incentivos.** Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la RIITS, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la asignación de incentivos, para la red de prestadores de mediana y alta complejidad y las Gestoras de Salud y Vida. Sobre la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se reconocerá un porcentaje en relación con el total de recursos asignados a los prestadores de mediana y alta	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
complejidad, y las Gestoras de Salud y Vida, el cual no será superior al tres por ciento (3%), dicho porcentaje deberá estar soportado mediante un estudio de costeo de los incentivos. Estos recursos se dividirán por partes iguales entre las Gestoras de Salud y Vida y los prestadores de servicios de mediana y alta complejidad. Para la asignación, se considerarán de manera independiente los indicadores correspondientes a los siguientes atributos: **a. Resultados en salud:** Los indicadores se evaluarán sobre la línea base inicial disponible hasta lograr las metas establecidas por la OMS/OPS. Se tendrán en cuenta, entre otros: Cobertura en vacunación, razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad perinatal, cobertura de pacientes con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles y detección temprana de personas con eventos de interés en salud pública. **b. Satisfacción de los usuarios:** La oportunidad, continuidad y satisfacción con la atención ambulatoria, en consultas generales y especializadas, en la atención hospitalaria, y en la entrega completa de	complejidad, y las Gestoras de Salud y Vida, el cual no será superior al tres por ciento (3%), dicho porcentaje deberá estar soportado mediante un estudio de costeo de los incentivos. Estos recursos se dividirán por partes iguales entre las Gestoras de Salud y Vida y los prestadores de servicios de mediana y alta complejidad. Para la asignación, se considerarán de manera independiente los indicadores correspondientes a los siguientes atributos: **a. Resultados en salud:** Los indicadores se evaluarán sobre la línea base inicial disponible hasta lograr las metas establecidas por la OMS/OPS. Se tendrán en cuenta, entre otros: Cobertura en vacunación, razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad perinatal, cobertura de pacientes con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles y detección temprana de personas con eventos de interés en salud pública. **b. Satisfacción de los usuarios:** La oportunidad, continuidad y satisfacción con la atención ambulatoria, en consultas generales y especializadas, en la atención hospitalaria, y en la entrega completa de	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
medicamentos, las tasas de peticiones, quejas, reclamos, tutelas y desacatos, entre otros. **c. Uso eficiente de recursos:** Se tendrá en cuenta la utilización adecuada de los recursos con los que cuenta la RIITS, pertinencia en los tratamientos acorde con los diagnósticos, adherencia a guías y protocolo de manejo así como adherencia a tratamientos, disminución de las barreras de acceso, disminución de citas no atendidas, tiempos específicos y la atención de pacientes entre los diferentes niveles de atención y en el nivel pertinente de complejidad que garantice la oportunidad del servicio y el flujo adecuado de pacientes, entre otros. **5. Resultados.** Las RIITS deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del SICA. Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público. **6. Generación de valor.** Los modelos de acuerdos de voluntades con las RIITS y las	medicamentos, las tasas de peticiones, quejas, reclamos, tutelas y desacatos, entre otros. **c. Uso eficiente de recursos:** Se tendrá en cuenta la utilización adecuada de los recursos con los que cuenta la RIITS, pertinencia en los tratamientos acorde con los diagnósticos, adherencia a guías y protocolo de manejo así como adherencia a tratamientos, disminución de las barreras de acceso, disminución de citas no atendidas, tiempos específicos y la atención de pacientes entre los diferentes niveles de atención y en el nivel pertinente de complejidad que garantice la oportunidad del servicio y el flujo adecuado de pacientes, entre otros. **5. Resultados.** Las RIITS deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del SICA. Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público. **6. Generación de valor.** Los modelos de acuerdos de voluntades con las RIITS y las	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
modalidades de pago pactadas deben responder a parámetros de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos del sistema, debiendo establecerse metas y resultados en salud, así como el uso de guías y protocolos.	modalidades de pago pactadas deben responder a parámetros de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos del sistema, debiendo establecerse metas y resultados en salud, así como el uso de guías y protocolos.	
Parágrafo. Los anteriores parámetros deberán ser observados por las Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de sus funciones, así como por las direcciones departamentales y distritales o municipales de Salud en cumplimiento de su función de conformación y organización de las RIITS, y por la Superintendencia Nacional de Salud en su función de Inspección, Vigilancia y Control.	**Parágrafo.** Los anteriores parámetros deberán ser observados por las Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de sus funciones, así como por las direcciones departamentales y distritales o municipales de Salud en cumplimiento de su función de conformación y organización de las RIITS, y por la Superintendencia Nacional de Salud en su función de Inspección, Vigilancia y Control.	
Artículo 35. Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS). El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad polifuncional, de carácter público, privado o mixto, de base territorial de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), junto con los equipos de salud territorial constituyen el primer contacto de la población con el sistema de salud. Todos los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) serán financiados por oferta con recursos	**Artículo ~~35~~ 47. Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS).** El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad polifuncional, de carácter público, privado o mixto, de base territorial de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), junto con los equipos de salud territorial constituyen el primer contacto de la población con el sistema de salud. Todos los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) serán financiados por oferta con recursos	Se ajusta la numeración como Artículo 47

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
provenientes de la Cuenta de Atención Primaria en Salud, de acuerdo con presupuestos estándar que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño, bajo las modalidades que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) desarrollarán los procesos de: adscripción poblacional; administración y atención al ciudadano, prestación de servicios de salud y vigilancia en salud pública; gestión intersectorial y participación social, y articulación con las Gestoras de Salud y Vida. Como parte de la operación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), de acuerdo con las necesidades de la población, se constituirán Equipos de Salud Territoriales conformados por personas con perfiles comunitarios, técnicos, profesionales y especialistas para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades; cada equipo tendrá a cargo un grupo de familias en un determinado territorio. La conformación y perfiles de los equipos responderá a las características y necesidades en salud identificadas en las comunidades y familias. Así mismo,	provenientes de la Cuenta de Atención Primaria en Salud, de acuerdo con presupuestos estándar que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño, bajo las modalidades que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) desarrollarán los procesos de: adscripción poblacional; administración y atención al ciudadano, prestación de servicios de salud y vigilancia en salud pública; gestión intersectorial y participación social, y articulación con las Gestoras de Salud y Vida. Como parte de la operación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), de acuerdo con las necesidades de la población, se constituirán Equipos de Salud Territoriales conformados por personas con perfiles comunitarios, técnicos, profesionales y especialistas para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades; cada equipo tendrá a cargo un grupo de familias en un determinado territorio. La conformación y perfiles de los equipos responderá a las características y necesidades en salud identificadas en las comunidades y familias. Así mismo,	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
deberán incluir progresivamente especialidades básicas como la especialidad de medicina familiar y se articularán con los servicios sociosanitarios y de cuidado disponibles en el territorio. Los profesionales y especialistas podrán desempeñar roles clínicos y administrativos o como coordinadores de los CAPS en salud. Los CAPS públicos, privados y mixtos podrán tener y operar Puntos de atención descentralizados con el fin de promover y garantizar el acceso y el derecho a la salud. Dichos puntos de atención se denominarán puestos o centros de salud, y se organizarán de acuerdo a las condiciones geográficas, demográficas y socioculturales tanto a nivel rural como urbano. Las acciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), incluidas las de los equipos de salud territoriales tendrán carácter universal, territorial, sistemático, permanente y resolutivo, bajo un enfoque de salud pública y de determinantes sociales. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada vigencia de la presente ley la conformación, tipologías, localización, funcionamiento, de los	deberán incluir progresivamente especialidades básicas como la especialidad de medicina familiar y se articularán con los servicios sociosanitarios y de cuidado disponibles en el territorio. Los profesionales y especialistas podrán desempeñar roles clínicos y administrativos o como coordinadores de los CAPS en salud. Los CAPS públicos, privados y mixtos podrán tener y operar Puntos de atención descentralizados con el fin de promover y garantizar el acceso y el derecho a la salud. Dichos puntos de atención se denominarán puestos o centros de salud, y se organizarán de acuerdo a las condiciones geográficas, demográficas y socioculturales tanto a nivel rural como urbano. Las acciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), incluidas las de los equipos de salud territoriales tendrán carácter universal, territorial, sistemático, permanente y resolutivo, bajo un enfoque de salud pública y de determinantes sociales. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada vigencia de la presente ley la conformación, tipologías, localización, funcionamiento, de los	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), de acuerdo con las condiciones socioculturales, ambientales, demográficas, entre otros aspectos del territorio asignado, promoviendo la participación de los usuarios y de los trabajadores de la salud. Estas condiciones serán revisadas y evaluadas anualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social para verificar su cobertura, la eficiencia y eficacia en la atención. Para el seguimiento y cumplimiento de los indicadores en salud y metas de desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), se realizarán convenios de desempeño con las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales departamentales y distritales o municipales, según corresponda a los cuales las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación, harán seguimiento, con sujeción a los estándares establecidos por la autoridad competente, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad de los servicios.	Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), de acuerdo con las condiciones socioculturales, ambientales, demográficas, entre otros aspectos del territorio asignado, promoviendo la participación de los usuarios y de los trabajadores de la salud. Estas condiciones serán revisadas y evaluadas anualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social para verificar su cobertura, la eficiencia y eficacia en la atención. Para el seguimiento y cumplimiento de los indicadores en salud y metas de desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), se realizarán convenios de desempeño con las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales departamentales y distritales o municipales, según corresponda a los cuales las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación, harán seguimiento, con sujeción a los estándares establecidos por la autoridad competente, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad de los servicios.	
Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley el rol de los	**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los ~~seis (6)~~ **doce (12)** meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley el rol de	Se modifica y se amplía el plazo de seis (6) a doce (12) meses

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de naturaleza pública, privada y mixta en el cumplimiento de las funciones de salud pública y de prestación de servicios, de conformidad con la normativa vigente a la expedición de la presente ley.	los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de naturaleza pública, privada y mixta en el cumplimiento de las funciones de salud pública y de prestación de servicios, de conformidad con la normativa vigente a la expedición de la presente ley.	
Artículo 36. ***Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).*** Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), independiente de su naturaleza jurídica, sean gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones: **1. Adscripción poblacional** Con el objetivo de orientar la planeación y la respuesta en salud en el territorio, todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un CAPS de su preferencia en función del municipio o distrito de residencia. Para la adscripción se deberán cumplir criterios de contigüidad, cercanía y accesibilidad geográfica, garantizando la libre elección dentro de la oferta disponible de CAPS en la localidad, comuna o unidad administrativa equivalente, según reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Las personas podrán solicitar temporalmente la atención en	**Artículo ~~36~~ 48.** ***Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).*** Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), independiente de su naturaleza jurídica, sean gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones: **1. Adscripción poblacional** Con el objetivo de orientar la planeación y la respuesta en salud en el territorio, todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un CAPS de su preferencia en función del municipio o distrito de residencia. Para la adscripción se deberán cumplir criterios de contigüidad, cercanía y accesibilidad geográfica~~,~~ ~~garantizando la libre elección dentro de la oferta disponible de CAPS en la localidad, comuna o unidad administrativa equivalente, según reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social~~. Las personas podrán solicitar	Se ajusta la numeración como Artículo 48 Se elimina la libre elección por parte de los pacientes en cuanto a la adscripción a los CAPS

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
salud en un sitio diferente al lugar permanente de residencia o de trabajo, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia o de trabajo, deberán adscribirse en el CAPS del respectivo municipio, localidad, comuna o unidad administrativa equivalente donde tenga su nueva residencia; de igual forma los equipos de salud territoriales informarán mensualmente al CAPS las novedades de la población en el territorio asignado para la respectiva actualización de la población adscrita. En virtud del vínculo permanente con su población adscrita y para garantizar la resolutividad del nivel primario, los CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de sus funciones. **2. Prestación de servicios de salud y de vigilancia en salud pública** a. Recolectar la información de la caracterización de su territorio de salud a través de los equipos de salud territoriales. b. Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria, mental y ocupacional, con base en necesidades y potencialidades identificadas en el proceso de	temporalmente la atención en salud en un sitio diferente al lugar permanente de residencia o de trabajo, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia o de trabajo, deberán adscribirse en el CAPS del respectivo municipio, localidad, comuna o unidad administrativa equivalente donde tenga su nueva residencia; de igual forma los equipos de salud territoriales informarán mensualmente al CAPS las novedades de la población en el territorio asignado para la respectiva actualización de la población adscrita. En virtud del vínculo permanente con su población adscrita y para garantizar la resolutividad del nivel primario, los CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de sus funciones. **2. Prestación de servicios de salud y de vigilancia en salud pública** a. Recolectar la información de la caracterización de su territorio de salud a través de los equipos de salud territoriales. b. Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria, mental y ocupacional, con base en necesidades y potencialidades	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
caracterización de la población. c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud como el primer contacto del sistema de salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias, saberes ancestrales autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social. d. Garantizar a las personas el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos. e. Gestionar, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas para su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. f. Desarrollar e implementar los programas de salud pública, en especial, los eventos de interés en salud pública, salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, salud sexual y reproductiva, adaptación y mitigación de los impactos del cambio climático y el	identificadas en el proceso de caracterización de la población. c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud como el primer contacto del sistema de salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias, saberes ancestrales autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social. d. Garantizar a las personas el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos. e. Gestionar, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas para su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. f. Desarrollar e implementar los programas de salud pública, en especial, los eventos de interés en salud pública, salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, salud sexual y reproductiva, adaptación y mitigación de los	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
cuidado de las poblaciones sujetos de especial protección constitucional, de conformidad con las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección Territorial respectiva. g. Prestar los servicios de salud y articular en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes para la continuidad e integralidad de la atención. h. Adoptar un modelo de salud que asegure la pertinencia sociocultural de los servicios de salud acorde con las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios. i. Notificar ante las entidades competentes, los casos donde se sospeche maltrato infantil, violencia sexual, violencia intrafamiliar o violencias basadas en género y articular en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) la atención integral a las víctimas. **3. Administración y atención al ciudadano** Los CAPS son articuladores territoriales del sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de la población adscrita	impactos del cambio climático y el cuidado de las poblaciones sujetos de especial protección constitucional, de conformidad con las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección Territorial respectiva. g. Prestar los servicios de salud y articular en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes para la continuidad e integralidad de la atención. h. Adoptar un modelo de salud que asegure la pertinencia sociocultural de los servicios de salud acorde con las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios. i. Notificar ante las entidades competentes, los casos donde se sospeche maltrato infantil, violencia sexual, violencia intrafamiliar o violencias basadas en género y articular en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) la atención integral a las víctimas. **3. Administración y atención al ciudadano** Los CAPS son articuladores territoriales del sistema de referencia y contrarreferencia para	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
y de los que temporalmente requieran atención urgente, para lo cual contarán con un equipo técnico y se apoyarán en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). En articulación con la Entidad Territorial harán una revisión periódica del desempeño de las Gestoras de Salud y Vida, especialmente, en el proceso de referencia y contrarreferencia, que conduzca al mejoramiento continuo. Además, en el marco de este proceso serán responsables de: a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques diferenciales y de género. b. Organizar la operación de los CAPS en una o más sedes según las condiciones de la población y el territorio. c. Gestionar las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad, en articulación con las Gestoras de Salud y Vida, cuando aplique. Los CAPS implementarán estrategias para garantizar una atención digna al ciudadano, minimizando los tiempos de trámites administrativos en sus instalaciones y evitando filas y congestiones. Para ello privilegiarán	la atención de la población adscrita y de los que temporalmente requieran atención urgente, para lo cual contarán con un equipo técnico y se apoyarán en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). En articulación con la Entidad Territorial harán una revisión periódica del desempeño de las Gestoras de Salud y Vida, especialmente, en el proceso de referencia y contrarreferencia, que conduzca al mejoramiento continuo. Además, en el marco de este proceso serán responsables de: a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques diferenciales y de género. b. Organizar la operación de los CAPS en una o más sedes según las condiciones de la población y el territorio. c. Gestionar las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad, en articulación con las Gestoras de Salud y Vida, cuando aplique. Los CAPS implementarán estrategias para garantizar una atención digna al ciudadano, minimizando los tiempos de trámites administrativos en sus instalaciones y evitando filas y	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
el uso de las tecnologías de la información cuando corresponda, procurando una atención eficaz y transparente, evitando así las barreras que imposibilitan el acceso a los servicios de salud. Además, de adaptar su infraestructura y procedimientos administrativos para asegurar la accesibilidad de las personas con discapacidad y otras poblaciones vulnerables. **4. Gestión intersectorial y participación social** a. Coordinar con otros sectores y actores para dar respuesta a las necesidades que afectan la salud de la población y el territorio. b. Garantizar la participación social y comunitaria en los procesos de atención y en la planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado. c. Dar cumplimiento a las acciones de salud pública según la normativa vigente. **5. Articulación y coordinación con las Gestoras de Salud y Vida** a. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). b. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida intercambiarán	congestiones. Para ello privilegiarán el uso de las tecnologías de la información cuando corresponda, procurando una atención eficaz y transparente, evitando así las barreras que imposibilitan el acceso a los servicios de salud. Además, de adaptar su infraestructura y procedimientos administrativos para asegurar la accesibilidad de las personas con discapacidad y otras poblaciones vulnerables. **4. Gestión intersectorial y participación social** a. Coordinar con otros sectores y actores para dar respuesta a las necesidades que afectan la salud de la población y el territorio. b. Garantizar la participación social y comunitaria en los procesos de atención y en la planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado. c. Dar cumplimiento a las acciones de salud pública según la normativa vigente. **5. Articulación y coordinación con las Gestoras de Salud y Vida** a. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). b. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
información constante y monitorearán el uso racional de servicios y tecnologías de su población con el fin de garantizar la pertinencia y eficiencia del gasto. c. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida evaluarán constantemente los resultados en salud sobre su población adscrita para garantizar la calidad de la atención en salud, con enfoques diferencial, territorial y de género. d. Organizar su rol en el sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio de salud asignado, de acuerdo con las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social incluido el traslado no asistencial cuando por condiciones del territorio y de la red así lo requiera la población. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) desarrollarán mecanismos de coordinación asistencial de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), en el marco de la operación mixta, para que en conjunto con prestadores y Gestoras de Salud y Vida se genere una cadena de valor que asegure la atención integral en salud, con enfoque de resultados y	Salud y Vida intercambiarán información constante y monitorearán el uso racional de servicios y tecnologías de su población con el fin de garantizar la pertinencia y eficiencia del gasto. c. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida evaluarán constantemente los resultados en salud sobre su población adscrita para garantizar la calidad de la atención en salud, con enfoques diferencial, territorial y de género. d. Organizar su rol en el sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio de salud asignado, de acuerdo con las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social incluido el traslado no asistencial cuando por condiciones del territorio y de la red así lo requiera la población. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) desarrollarán mecanismos de coordinación asistencial de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), en el marco de la operación mixta, para que en conjunto con prestadores y Gestoras de Salud y Vida se genere una cadena de valor que asegure la atención integral en	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
eficiencia.	salud, con enfoque de resultados y eficiencia.	
Parágrafo 1. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS) y las Instituciones de Salud del Estado (ISE) que presten servicios de baja complejidad al momento de la promulgación de la presente ley continuarán atendiendo la población que tengan asignada siempre y cuando adopten la estructura, funciones y procesos de los CAPS.	**Parágrafo 1°.** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS) y las Instituciones de Salud del Estado (ISE) que presten servicios de baja complejidad al momento de la promulgación de la presente ley continuarán atendiendo la población que tengan asignada siempre y cuando adopten la estructura, funciones y procesos de los CAPS.	Se ajusta el grado
Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará mecanismos para garantizar en el nivel primario de atención, la disponibilidad permanente y continua de servicios en salud mental, con el propósito de prevenir y tratar los problemas psicológicos y trastornos mentales, así como hacer acompañamiento psicoemocional a los usuarios del sistema, para reducir las afectaciones de salud mental en la comunidad.	**Parágrafo 2°.** El Ministerio de Salud y Protección Social implementará mecanismos para garantizar en el nivel primario de atención, la disponibilidad permanente y continua de servicios en salud mental, con el propósito de prevenir y tratar los problemas psicológicos y trastornos mentales, así como hacer acompañamiento psicoemocional a los usuarios del sistema, para reducir las afectaciones de salud mental en la comunidad.	Se ajusta el grado
Artículo 37. ***Sistema de referencia y contrarreferencia.*** Es el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permitirán prestar adecuadamente los servicios de salud de las personas, garantizando la continuidad e integralidad de los servicios en las Redes Integradas e Integrales	**Artículo ~~37~~ 49.** ***Sistema de referencia y contrarreferencia.*** Es el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permitirán prestar adecuadamente los servicios de salud de las personas, garantizando la continuidad e integralidad de los servicios en las Redes Integradas e	Se ajusta la numeración como Artículo 49

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
Territoriales de Salud (RIITS) que operan en las subregiones funcionales para la gestión en salud. Se entiende por resolver una referencia**:** programar y conseguir la atención que el paciente requiere, agenciando debidamente el tránsito a través de las RIITS, en los servicios e instituciones que le permita atención integral. El sistema de referencia y contrarreferencia debe garantizar entre otros los atributos de la calidad: acceso, oportunidad, continuidad, pertinencia y suficiencia. En todo caso, la organización del sistema de referencia y contra referencia garantizará que el usuario pueda transitar al interior de las RIITS, sin ningún trámite adicional a la prescripción del profesional. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de los niveles primario y complementario establecerán los mecanismos para resolver las solicitudes del sistema de referencia y contrarreferencia, de manera oportuna y adecuada, para lo cual serán responsables de la atención de los requerimientos de dicho sistema, lo que incluye la disposición pública y en línea de la agenda de sus servicios y de las listas de espera.	Integrales Territoriales de Salud (RIITS) que operan en las subregiones funcionales para la gestión en salud. Se entiende por resolver una referencia**:** programar y conseguir la atención que el paciente requiere, agenciando debidamente el tránsito a través de las RIITS, en los servicios e instituciones que le permita atención integral. El sistema de referencia y contrarreferencia debe garantizar entre otros los atributos de la calidad: acceso, oportunidad, continuidad, pertinencia y suficiencia. En todo caso, la organización del sistema de referencia y contra referencia garantizará que el usuario pueda transitar al interior de las RIITS, sin ningún trámite adicional a la prescripción del profesional. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de los niveles primario y complementario establecerán los mecanismos para resolver las solicitudes del sistema de referencia y contrarreferencia, de manera oportuna y adecuada, para lo cual serán responsables de la atención de los requerimientos de dicho sistema, lo que incluye la disposición pública y en línea de la agenda de sus servicios y de las listas de espera.	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
La ordenación de la referencia no exime al generador de la misma de la responsabilidad clínica del paciente hasta la confirmación de la recepción del mismo en la institución que lo recibe. Las Gestoras de Salud y Vida deberán contar con una plataforma de información y comunicación interoperable en línea que resuelva la referencia y contrarreferencia de pacientes de manera eficiente y oportuna y permita tener la trazabilidad del caso, la cual deberá estar integrada al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). Los reportes requeridos deberán estar disponibles tanto para la coordinación de las RIITS, en los servicios e instituciones que les permitan atención integral. El sistema de referencia y contrarreferencia permitirá, a través de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de las RIITS, en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso, garantizado confidencialidad de la información sensible. Así mismo, se propenderá porque el usuario pueda elegir el prestador según la disponibilidad y	La ordenación de la referencia no exime al generador de la misma de la responsabilidad clínica del paciente hasta la confirmación de la recepción del mismo en la institución que lo recibe. Las Gestoras de Salud y Vida deberán contar con una plataforma de información y comunicación interoperable en línea que resuelva la referencia y contrarreferencia de pacientes de manera eficiente y oportuna y permita tener la trazabilidad del caso, la cual deberá estar integrada al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). Los reportes requeridos deberán estar disponibles tanto para la coordinación de las RIITS, en los servicios e instituciones que les permitan atención integral. El sistema de referencia y contrarreferencia permitirá, a través de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de las RIITS, en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso, garantizado confidencialidad de la información sensible. Así mismo, se propenderá porque el usuario pueda elegir el prestador según la disponibilidad y	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
la oportunidad existente. El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del término de seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley reglamentará el sistema de referencia y contrarreferencia, la organización, gestión y operación de las RIITS, mediante instancias de coordinación regional, departamental, distrital y municipal, direcciones territoriales de salud y sus centros reguladores de urgencias y emergencias, las Gestoras de Salud y Vida y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá métodos, procedimientos y políticas que permitan hacer seguimiento y control cuando la atención de las personas supere la oferta disponible de servicios en los territorios. Y garantizará que, pese a esta escasez de oferta en los territorios, la ciudadanía siga teniendo un acceso continuo y de calidad a servicios de salud.	la oportunidad existente. El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del término de seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley reglamentará el sistema de referencia y contrarreferencia, la organización, gestión y operación de las RIITS, mediante instancias de coordinación regional, departamental, distrital y municipal, direcciones territoriales de salud y sus centros reguladores de urgencias y emergencias, las Gestoras de Salud y Vida y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá métodos, procedimientos y políticas que permitan hacer seguimiento y control cuando la atención de las personas supere la oferta disponible de servicios en los territorios. Y garantizará que, pese a esta escasez de oferta en los territorios, la ciudadanía siga teniendo un acceso continuo y de calidad a servicios de salud.	
Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá mediante resolución la metodología para el cálculo de las tarifas en el sistema de referencia y contrarreferencia por concepto de traslado asistencial, teniendo en cuenta la distancia del	**Parágrafo 1°.** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá mediante resolución la metodología para el cálculo de las tarifas en el sistema de referencia y contrarreferencia por concepto de traslado asistencial, teniendo en cuenta la distancia del recorrido, la	Se ajusta el grado

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
recorrido, la región geográfica, la modalidad de transporte, entre otros.	región geográfica, la modalidad de transporte, entre otros.	
Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social a partir de la información de referencia y contrarreferencia fomentará la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades con mayor incidencia y prevalencia en los territorios para la gestión en salud.	**Parágrafo 2°.** El Ministerio de Salud y Protección Social a partir de la información de referencia y contrarreferencia fomentará la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades con mayor incidencia y prevalencia en los territorios para la gestión en salud.	Se ajusta el grado
Artículo 38°. ***Prestación de servicios de salud especiales para personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas.*** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos para que, en el marco de la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), se garantice una Red Nacional de Atención en Salud para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos indispensables para el tratamiento de personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas, sin importar la ubicación geográfica de la institución ni del paciente y se integren las instituciones, centros especializados y de referencia. Estas instituciones deberán diseñar e implementar programas de	**Artículo 38º 50. *Prestación de servicios de salud especiales para personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas.*** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos para que, en el marco de la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), se garantice una Red Nacional de Atención en Salud para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos indispensables para el tratamiento de personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas, sin importar la ubicación geográfica de la institución ni del paciente y se integren las instituciones, centros especializados y de referencia. Estas instituciones deberán diseñar e implementar programas de	Se ajusta la numeración como Artículo 50

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
investigación científica tendientes a crear herramientas diagnósticas y generar evidencia en promoción de la salud, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades. La prestación de servicios se realizará de forma integral mediante el modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo atendiendo de manera diferencial las necesidades de las personas con estas enfermedades desde la promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y acceso efectivo a tratamientos, terapias y procedimientos que se requieran, a través de la atención directa de pacientes o apoyándose en el uso de la telesalud u otras TIC para garantizar la asesoría, el manejo y la continuidad del tratamiento en el respectivo territorio, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida.	investigación científica tendientes a crear herramientas diagnósticas y generar evidencia en promoción de la salud, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades. La prestación de servicios se realizará de forma integral mediante el modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo atendiendo de manera diferencial las necesidades de las personas con estas enfermedades desde la promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y acceso efectivo a tratamientos, terapias y procedimientos que se requieran, a través de la atención directa de pacientes o apoyándose en el uso de la telesalud u otras TIC para garantizar la asesoría, el manejo y la continuidad del tratamiento en el respectivo territorio, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida.	
Parágrafo 1°. En las RIITS la organización de la prestación de servicios a personas con enfermedades huérfanas estará articulada con el Plan Nacional para la Gestión de las Enfermedades Huérfanas/Raras y	**Parágrafo 1°.** En las RIITS la organización de la prestación de servicios a personas con enfermedades huérfanas estará articulada con el Plan Nacional para la Gestión de las Enfermedades Huérfanas/Raras y se podrá tener	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
se podrá tener en cuenta la participación de la Mesa Nacional de Enfermedades Huérfanas/Raras con todos los actores que la conforman de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 1871 de 2021 o la que la modifique o sustituya.	en cuenta la participación de la Mesa Nacional de Enfermedades Huérfanas/Raras con todos los actores que la conforman de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 1871 de 2021 o la que la modifique o sustituya.	
Parágrafo 2. En todo momento, se deberá garantizar la continuidad e integralidad en la atención de los pacientes en tratamiento y de los nuevos pacientes clasificados como casos probables, sospechosos o confirmados.	**Parágrafo 2°.** En todo momento, se deberá garantizar la continuidad e integralidad en la atención de los pacientes en tratamiento y de los nuevos pacientes clasificados como casos probables, sospechosos o confirmados.	Se ajusta el grado
Parágrafo 3. Se deberá diseñar e implementar un programa de capacitación a los profesionales de la salud que hagan parte del proceso de atención de las personas a las que se refiere el presente artículo en promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y acceso efectivo a tratamientos, terapias, procedimientos en salud; y se deberá facilitar la consejería genética a las personas con enfermedades huérfanas.	**Parágrafo 3°.** Se deberá diseñar e implementar un programa de capacitación a los profesionales de la salud que hagan parte del proceso de atención de las personas a las que se refiere el presente artículo en promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y acceso efectivo a tratamientos, terapias, procedimientos en salud; y se deberá facilitar la consejería genética a las personas con enfermedades huérfanas.	Se ajusta el grado
Parágrafo 4. En circunstancias excepcionales como la falta de disponibilidad de los medicamentos o tecnologías requeridas en el territorio, la complejidad de los tratamientos o la inexistencia de infraestructura	**Parágrafo 4°.** En circunstancias excepcionales como la falta de disponibilidad de los medicamentos o tecnologías requeridas en el territorio, la complejidad de los tratamientos o la inexistencia de infraestructura adecuada en	Se ajusta el grado

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
adecuada en algunas regiones, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá autorizar la prestación de los servicios a través de mecanismos alternativos de atención. En estos casos, se deberá garantizar que los costos sean cubiertos de manera integral y equitativa, sin perjuicio de los derechos del paciente a recibir atención oportuna.	algunas regiones, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá autorizar la prestación de los servicios a través de mecanismos alternativos de atención. En estos casos, se deberá garantizar que los costos sean cubiertos de manera integral y equitativa, sin perjuicio de los derechos del paciente a recibir atención oportuna.	
Artículo 39°. ***Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital.*** Las direcciones departamentales y distritales de Salud crearán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como dependencias técnicas desconcentradas, encargadas de garantizar el manejo eficiente de los recursos asignados y brindar asistencia técnica a los municipios en la planeación en salud. Estas Unidades analizarán periódicamente las actividades realizadas y los recursos ejecutados por los municipios o localidades bajo su supervisión, con el fin de evaluar el cumplimiento de los objetivos de Atención Primaria en Salud (APS) y el logro de metas establecidas. Presentarán informes trimestrales de evaluación a los municipios o distritos, a las Secretarías de Salud departamentales o distritales, a las	**Artículo 39º 52. *Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital.*** Las direcciones departamentales y distritales de Salud crearán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como dependencias técnicas desconcentradas, encargadas de garantizar el manejo eficiente de los recursos asignados y brindar asistencia técnica a los municipios en la planeación en salud. Estas Unidades analizarán periódicamente las actividades realizadas y los recursos ejecutados por los municipios o localidades bajo su supervisión, con el fin de evaluar el cumplimiento de los objetivos de Atención Primaria en Salud (APS) y el logro de metas establecidas. Presentarán informes trimestrales de evaluación a los municipios o distritos, a las Secretarías de Salud departamentales o distritales, a las	Se ajusta la numeración como Artículo 52

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
organizaciones comunitarias y a los organismos de control, conforme a los términos que establezca el reglamento. Adicionalmente, las Unidades Zonales realizarán seguimiento a los convenios de desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), verificando el cumplimiento de estándares administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad definidos por la autoridad competente. Para el financiamiento de las Unidades Zonales y de los planes de mejoramiento institucional de las direcciones departamentales y distritales de salud, se destinará hasta el uno por ciento (1%) del presupuesto asignado al aseguramiento social en salud del Fondo Único de Salud, según lo reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social. Este financiamiento incluirá el fortalecimiento de los laboratorios departamentales y distritales de salud pública, así como el desarrollo gradual de capacidades de gestión en las direcciones territoriales de salud, priorizando a aquellas entidades con mayor ruralidad y dispersión poblacional.	organizaciones comunitarias y a los organismos de control, conforme a los términos que establezca el reglamento. Adicionalmente, las Unidades Zonales realizarán seguimiento a los convenios de desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), verificando el cumplimiento de estándares administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad definidos por la autoridad competente. Para el financiamiento de las Unidades Zonales y de los planes de mejoramiento institucional de las direcciones departamentales y distritales de salud, se destinará hasta el uno por ciento (1%) del presupuesto asignado al aseguramiento social en salud del Fondo Único de Salud, según lo reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social. Este financiamiento incluirá el fortalecimiento de los laboratorios departamentales y distritales de salud pública, así como el desarrollo gradual de capacidades de gestión en las direcciones territoriales de salud, priorizando a aquellas entidades con mayor ruralidad y dispersión poblacional.	
CAPÍTULO III **INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO**	**CAPÍTULO III** **INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO**	Sin modificaciones

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
Artículo 40. ***Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado (ISE).*** El objeto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), será la prestación de servicios de salud, con carácter social, como un servicio público esencial a cargo del Estado. Las ISE constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o por los concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley. Las ISE se someterán al siguiente régimen jurídico: 1. En su denominación se incluirá la expresión "Instituciones de Salud del Estado" (ISE). 2. Conservarán el régimen presupuestal en los términos en que lo prevé el artículo 5 del Decreto 111 de 1996 y en esta materia las Empresas Sociales del Estado (ESE) se entienden homologadas a las ISE 3. Podrán recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales 4. Para efectos tributarios se	**Artículo 40 <u>54</u>. *Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado (ISE).*** El objeto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), será la prestación de servicios de salud, con carácter social, como un servicio público esencial a cargo del Estado. Las ISE constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o por los concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley. Las ISE se someterán al siguiente régimen jurídico: 1. En su denominación se incluirá la expresión "Instituciones de Salud del Estado" (ISE). 2. Conservarán el régimen presupuestal en los términos en que lo prevé el artículo 5 del Decreto 111 de 1996 y en esta materia las Empresas Sociales del Estado (ESE) se entienden homologadas a las ISE 3. Podrán recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales 4. Para efectos tributarios se	Se ajusta la numeración como Artículo 54

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las tipologías y clasificará las ISE, las cuales serán Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en el nivel primario y de mediana y alta complejidad en el complementario. Las ISE podrán prestar servicios itinerantes o ambulantes, cuando las condiciones poblacionales y territoriales así lo ameriten. En materia contractual, las ISE se regirán por el derecho privado para lo cual el Consejo Directivo aprobará el manual de contratación respectivo; sin perjuicio, del uso discrecional de las cláusulas excepcionales previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos para que los Consejos Directivos adopten el Estatuto de Contratación de las ISE. La contratación suscrita por las instituciones de Salud del Estado - ISE y la ejecución de los proyectos de inversión cuyos recursos son	someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las tipologías y clasificará las ISE, las cuales serán Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en el nivel primario y de mediana y alta complejidad en el complementario. Las ISE podrán prestar servicios itinerantes o ambulantes, cuando las condiciones poblacionales y territoriales así lo ameriten. En materia contractual, las ISE se regirán por el derecho privado para lo cual el Consejo Directivo aprobará el manual de contratación respectivo; sin perjuicio, del uso discrecional de las cláusulas excepcionales previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos para que los Consejos Directivos adopten el Estatuto de Contratación de las ISE. La contratación suscrita por las instituciones de Salud del Estado - ISE y la ejecución de los proyectos de inversión cuyos recursos son	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
asignados por el Ministerio de Salud y Protección Social, deberán estar consignados en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS. El Ministerio de Salud y Protección Social regulará los mecanismos de compras conjuntas o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país y generará modelos de gestión que permitan disminuir el precio de los mismos. Así mismo coordinará con Colombia Compra Eficiente y con el Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA) previsto en la presente Ley, o quien haga sus veces, la generación de mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las ISE.	asignados por el Ministerio de Salud y Protección Social, deberán estar consignados en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS. El Ministerio de Salud y Protección Social regulará los mecanismos de compras conjuntas o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país y generará modelos de gestión que permitan disminuir el precio de los mismos. Así mismo coordinará con Colombia Compra Eficiente y con el Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA) previsto en la presente Ley, o quien haga sus veces, la generación de mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las ISE.	
Parágrafo 1. El Instituto Nacional de Cancerología se regirá por las disposiciones de carácter especial que lo regulan.	**Parágrafo <u>1°</u>.** El Instituto Nacional de Cancerología se regirá por las disposiciones de carácter especial que lo regulan.	Se ajusta el grado
Parágrafo 2. Los municipios que, al momento de expedida la presente Ley identifiquen la necesidad de contar con un prestador público de servicios de salud o ampliar los servicios de los existentes, podrán hacerlo, con el acompañamiento técnico del Ministerio de Salud y Protección Social.	**Parágrafo <u>2°</u>**. Los municipios que, al momento de expedida la presente Ley identifiquen la necesidad de contar con un prestador público de servicios de salud o ampliar los servicios de los existentes, podrán hacerlo, con el acompañamiento técnico del Ministerio de Salud y Protección Social.	Se ajusta el grado
Parágrafo 3. Los departamentos,	**Parágrafo <u>3°</u>**. Los departamentos,	Se ajusta el grado

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
distritos y municipios que así lo definan, podrán estructurar ISE subregionales, creadas por Ordenanza o Acuerdo, conforme con el modelo de territorialización sanitaria definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, que integren varios municipios, organizados en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud (RIITS), o mantener los modelos de organización en red creados por Ordenanzas o Acuerdos.	distritos y municipios que así lo definan, podrán estructurar ISE subregionales, creadas por Ordenanza o Acuerdo, conforme con el modelo de territorialización sanitaria definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, que integren varios municipios, organizados en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud (RIITS), o mantener los modelos de organización en red creados por Ordenanzas o Acuerdos.	
Parágrafo 4. Las ISE deberán incorporar, en su estructura de gobernanza, espacios formales de participación comunitaria y mecanismos de rendición de cuentas periódicas antes las organizaciones de la sociedad civil, las veedurías ciudadanas y los consejos territoriales de salud, con el fin de asegurar la transparencia, la vigilancia social y la alineación de las ISE con las necesidades y expectativas de la población.	**Parágrafo 4°.** Las ISE deberán incorporar, en su estructura de gobernanza, espacios formales de participación comunitaria y mecanismos de rendición de cuentas periódicas antes las organizaciones de la sociedad civil, las veedurías ciudadanas y los consejos territoriales de salud, con el fin de asegurar la transparencia, la vigilancia social y la alineación de las ISE con las necesidades y expectativas de la población.	Se ajusta el grado
Artículo 41. ***Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE)***. Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se regirán por presupuestos, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización	**Artículo 41 55.** ***Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE)***. Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se regirán por presupuestos, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización	Se ajusta la numeración como Artículo 55

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
de los servicios ofrecidos según las tipologías de las subregiones funcionales para la gestión en salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El presupuesto de las ISE se elaborará teniendo en cuenta: 1. La tipología y nivel de cada ISE. 2. El portafolio de servicios, de acuerdo con el plan de salud, la tipología y nivel. 3. Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población. 4. El costo del trabajo del personal sanitario, medicamentos, suministros y gastos que complementen la atención, para garantizar la disponibilidad del portafolio de servicios de acuerdo con la demanda y el plan de salud. 5. Los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. En ningún caso, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), o las autoridades territoriales, según corresponda, podrán autorizar gastos en el presupuesto para pagar los servicios de salud a su cargo, por fuera de los estándares de eficiencia establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Para el caso de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS)	de los servicios ofrecidos según las tipologías de las subregiones funcionales para la gestión en salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El presupuesto de las ISE se elaborará teniendo en cuenta: 1. La tipología y nivel de cada ISE. 2. El portafolio de servicios, de acuerdo con el plan de salud, la tipología y nivel. 3. Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población. 4. El costo del trabajo del personal sanitario, medicamentos, suministros y gastos que complementen la atención, para garantizar la disponibilidad del portafolio de servicios de acuerdo con la demanda y el plan de salud. 5. Los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. En ningún caso, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), o las autoridades territoriales, según corresponda, podrán autorizar gastos en el presupuesto para pagar los servicios de salud a su cargo, por fuera de los estándares de eficiencia establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Para el caso de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS)	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
se asignará – para garantizar una oferta adecuada – un per cápita con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes, de acuerdo con presupuestos que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño. Para la aprobación del presupuesto de las ISE se deberá adelantar el trámite definido en la respectiva jurisdicción territorial, de acuerdo con la normativa presupuestal que regule la materia. De igual manera se deberá realizar un informe anual por parte del Consejo Directivo detallando el rendimiento financiero, los gastos y demás aspectos que sustenten los requerimientos de presupuesto. Cuando la ISE vaya a contar con cofinanciación del presupuesto por parte del nivel Nacional, de manera previa, se deberá remitir al Ministerio de Salud y Protección Social para examinar su coherencia financiera y su conformidad con las normas presupuestales. Con cargo al Presupuesto General de la Nación, el Gobierno nacional podrá destinar recursos anuales	se asignará – para garantizar una oferta adecuada – un per cápita con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes, de acuerdo con presupuestos que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño. Para la aprobación del presupuesto de las ISE se deberá adelantar el trámite definido en la respectiva jurisdicción territorial, de acuerdo con la normativa presupuestal que regule la materia. De igual manera se deberá realizar un informe anual por parte del Consejo Directivo detallando el rendimiento financiero, los gastos y demás aspectos que sustenten los requerimientos de presupuesto. Cuando la ISE vaya a contar con cofinanciación del presupuesto por parte del nivel Nacional, de manera previa, se deberá remitir al Ministerio de Salud y Protección Social para examinar su coherencia financiera y su conformidad con las normas presupuestales. Con cargo al Presupuesto General de la Nación, el Gobierno nacional podrá destinar recursos anuales	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
para el proceso de formalización laboral, previo cumplimiento de los requisitos exigidos en la Ley. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos que se requieran para el desarrollo del presente artículo.	para el proceso de formalización laboral, previo cumplimiento de los requisitos exigidos en la Ley. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos que se requieran para el desarrollo del presente artículo.	
Parágrafo 1. Las ISE de mediana o alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales.	**Parágrafo 1°**. Las ISE de mediana o alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales.	Se ajusta el grado
Parágrafo 2. Las Direcciones Territoriales, Departamentales y Distritales de Salud y las Secretarías de Salud Municipales organizarán el presupuesto para el cierre financiero de los hospitales de mediana y alta complejidad, con las fuentes de financiamiento.	**Parágrafo 2°**. Las Direcciones Territoriales, Departamentales y Distritales de Salud y las Secretarías de Salud Municipales organizarán el presupuesto para el cierre financiero de los hospitales de mediana y alta complejidad, con las fuentes de financiamiento.	Se ajusta el grado
Artículo 42. Eliminado.	**Artículo 56.** ***Definición del porcentaje de gastos administrativos en las ISE.*** El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante acto administrativo fundado en estudio técnico, reglamentará los porcentajes máximos que las Instituciones de Salud del Estado (ISE) podrán destinar a gastos administrativos distintos a la prestación de servicios de salud, diferenciando según nivel de complejidad de cada institución.	Se retoma el Artículo 56 que fue eliminado en la Plenaria de la Cámara
Artículo 43. ***Instituciones de Salud del Estado itinerantes.*** Para las zonas dispersas, alejadas de los	**Artículo 43 57.** ***Instituciones de Salud del Estado itinerantes.*** Para las zonas dispersas, alejadas de los	Se ajusta la numeración como Artículo 57

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
centros urbanos, zonas rurales, o de difícil acceso geográfico, operarán Instituciones de Salud del Estado Itinerantes del orden nacional, que prestarán atención básica, preventiva y especializada; las cuales deberán contar con equipos de última tecnología, suministros médicos, medicamentos, equipos de diagnóstico y personal de salud con experiencia en atención a personas en entornos ambulantes. Las Instituciones de Salud del Estado Itinerantes podrán operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, además deberá promover el acompañamiento de los Organismos Internacionales Protegidos por el Derecho Internacional Humanitario. La atención itinerante o ambulante se priorizará en los municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC).	centros urbanos, zonas rurales, o de difícil acceso geográfico, operarán Instituciones de Salud del Estado Itinerantes del orden nacional, que prestarán atención básica, preventiva y especializada; las cuales deberán contar con equipos de última tecnología, suministros médicos, medicamentos, equipos de diagnóstico y personal de salud con experiencia en atención a personas en entornos ambulantes. Las Instituciones de Salud del Estado Itinerantes podrán operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, además deberá promover el acompañamiento de los Organismos Internacionales Protegidos por el Derecho Internacional Humanitario. La atención itinerante o ambulante se priorizará en los municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC).	
Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará los mecanismos necesarios para garantizar, en coordinación con las Instituciones de Salud del Estado Itinerantes, el transporte	**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social implementará los mecanismos necesarios para garantizar, en coordinación con las Instituciones de Salud del Estado Itinerantes, el transporte	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
multimodal (aéreo, marítimo, fluvial y terrestre) en departamentos fronterizos, insulares y de difícil acceso, con el fin de asegurar la prestación efectiva y oportuna de los servicios de salud en estas regiones.	multimodal (aéreo, marítimo, fluvial y terrestre) en departamentos fronterizos, insulares y de difícil acceso, con el fin de asegurar la prestación efectiva y oportuna de los servicios de salud en estas regiones.	
Artículo 44. ***Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH).*** Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación de la red pública Hospitalaria (FIDH) como un fondo cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica y sin estructura administrativa propia, cuyo objeto es el de promover, apoyar y/o en articulación con las entidades territoriales ejecutar la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria. Los recursos del FIDH provendrán, entre otras, de las siguientes fuentes: 1. Las partidas que se le asignen en el Presupuesto General del Nación. 2. Los rendimientos financieros derivados de la inversión de sus recursos.	**Artículo 44 58.** ***Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH).*** Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación de la red pública Hospitalaria (FIDH) como un fondo cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica y sin estructura administrativa propia, cuyo objeto es el de promover, apoyar y/o en articulación con las entidades territoriales ejecutar la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria. Los recursos del FIDH provendrán, entre otras, de las siguientes fuentes: 1. Las partidas que se le asignen en el Presupuesto General del Nación. 2. Los rendimientos financieros derivados de la inversión de sus recursos.	Se ajusta la numeración como Artículo 58

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
3. Los recursos de cooperación nacional e internacional de personas de derecho público o privado. 4. Aportes o transferencias de los departamentos, distritos y municipios y de esquemas asociativos territoriales. 5. Aportes de otras entidades públicas. 6. Recursos provenientes de operaciones de crédito público. 7. Proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, conforme con las disposiciones vigentes. 8. Recursos para interventoría de Obras por impuestos u obras por regalías. 9. Donaciones. 10. Cualquier otro recurso de destinación específica dirigido al Fondo. 11. Los demás recursos que reciba a cualquier título. Para la ejecución de los proyectos a cargo del FIDH, el Fondo podrá constituir patrimonios autónomos que se regirán por normas de derecho privado en los que confluyan las fuentes de recursos con las que cuenten los proyectos. Con cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del	3. Los recursos de cooperación nacional e internacional de personas de derecho público o privado. 4. Aportes o transferencias de los departamentos, distritos y municipios y de esquemas asociativos territoriales. 5. Aportes de otras entidades públicas. 6. Recursos provenientes de operaciones de crédito público. 7. Proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, conforme con las disposiciones vigentes. 8. Recursos para interventoría de Obras por impuestos u obras por regalías. 9. Donaciones. 10. Cualquier otro recurso de destinación específica dirigido al Fondo. 11. Los demás recursos que reciba a cualquier título. Para la ejecución de los proyectos a cargo del FIDH, el Fondo podrá constituir patrimonios autónomos que se regirán por normas de derecho privado en los que confluyan las fuentes de recursos con las que cuenten los proyectos. Con cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
Fondo. El FIDH será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del Fondo.	Fondo. El FIDH será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del Fondo.	
TÍTULO V **PERSONAL DE SALUD**	**TÍTULO V** **PERSONAL DE SALUD**	Sin modificaciones
Artículo 45. ***Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud.*** Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará: **1. El examen nacional único habilitante para admisión a las especialidades médico quirúrgicas en las Instituciones de Educación Superior públicas y privadas.** Para el acceso a los programas de especialización médico-quirúrgicas los aspirantes deberán presentar un examen nacional habilitante por especialidad médico-quirúrgica y superar el puntaje mínimo que será establecido por los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, con la participación de las Instituciones de Educación Superior. Estas Instituciones definirán los criterios	**Artículo 45 59.** ***Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud.*** Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará: **1. El examen nacional único habilitante para admisión a las especialidades médico quirúrgicas en las Instituciones de Educación Superior públicas y privadas.** Para el acceso a los programas de especialización médico-quirúrgicas los aspirantes deberán presentar un examen nacional habilitante por especialidad médico-quirúrgica y superar el puntaje mínimo que será establecido por los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, con la participación de las Instituciones de Educación Superior. Estas Instituciones definirán los criterios	Se ajusta la numeración como Artículo 59 Se reorganiza el orden de los Parágrafos Se adiciona un títulob

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
definitivos de admisión a estos programas, que en todo caso deberán tener en cuenta los resultados del examen único nacional aquí establecido. **2. Asignación de becas.** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de las becas para cubrir los costos académicos y de sostenimiento, que se distribuirán, en el caso de pregrado, en las Instituciones de Educación Superior Públicas que aumenten los cupos para estos programas de salud, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado y Personas en Proceso de Reincorporación, garantizando equidad regional para garantizar mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.	definitivos de admisión a estos programas, que en todo caso deberán tener en cuenta los resultados del examen único nacional aquí establecido. **2. Asignación de becas.** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de las becas para cubrir los costos académicos y de sostenimiento, que se distribuirán, en el caso de pregrado, en las Instituciones de Educación Superior Públicas que aumenten los cupos para estos programas de salud, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado y Personas en Proceso de Reincorporación, garantizando equidad regional para garantizar mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
Parágrafo 1°. Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo asistencial y/o docencia remunerado, en las regiones con requerimientos de dicho personal. El Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Ministerio de Trabajo, reglamentarán lo establecido en el presente parágrafo. **Parágrafo 2°.** Para la financiación de las becas se aunarán esfuerzos y recursos que destine el Gobierno nacional, entidades territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Instituciones de Educación Superior. **Parágrafo 3°.** Los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, en un término no mayor a seis (6) meses una vez expedida la presente ley, reglamentarán lo dispuesto en este artículo, y realizarán una evaluación respecto de las necesidades de especializaciones y segundas especializaciones médico- quirúrgicas en el país, orientada a la formación y regulación del Talento Humano en Salud. **Parágrafo 4°.** El Gobierno nacional en coordinación con las Entidades Territoriales garantizará que las	**~~Parágrafo 1°.~~** ~~Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo asistencial y/o docencia remunerado, en las regiones con requerimientos de dicho personal. El Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Ministerio de Trabajo, reglamentarán lo establecido en el presente parágrafo.~~ **~~Parágrafo 2°.~~** ~~Para la financiación de las becas se aunarán esfuerzos y recursos que destine el Gobierno nacional, entidades territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Instituciones de Educación Superior.~~ **~~Parágrafo 3°.~~** ~~Los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, en un término no mayor a seis (6) meses una vez expedida la presente ley, reglamentarán lo dispuesto en este artículo, y realizarán una evaluación respecto de las necesidades de especializaciones y segundas especializaciones médico- quirúrgicas en el país, orientada a la formación y regulación del Talento Humano en Salud.~~ **~~Parágrafo 4°.~~** ~~El Gobierno nacional en coordinación con las Entidades Territoriales garantizará que las~~	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
zonas rurales y rurales dispersas tengan acceso y conocimiento a los Programas de Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y postgradual en salud, para lo cual adoptará las medidas tendientes a suplir aquellos casos en los que la población no cuente con conectividad digital y/o red móvil, mediante la elaboración de folletos, revistas y jornadas médicas presenciales encabezadas por la Direcciones Municipales y/o Distritales de Salud, o quien haga sus veces, con el acompañamiento de las Secretarías u Oficinas Territoriales de Salud. **3. Ampliación de cupos de docencia servicio.** Con el fin de aumentar los cupos para la formación del talento humano en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizará los criterios de docencia servicio, y definirá la cantidad mínima de cupos que toda Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS) deberá tener tanto en nivel primario como en el complementario. Desarrollará un programa de inversión para que todas las Instituciones de Salud del Estado (ISE) sean reconocidas como escenarios de docencia – servicio. En la red pública hospitalaria se privilegiarán a las	~~zonas rurales y rurales dispersas tengan acceso y conocimiento a los Programas de Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y postgradual en salud, para lo cual adoptará las medidas tendientes a suplir aquellos casos en los que la población no cuente con conectividad digital y/o red móvil, mediante la elaboración de folletos, revistas y jornadas médicas presenciales encabezadas por la Direcciones Municipales y/o Distritales de Salud, o quien haga sus veces, con el acompañamiento de las Secretarías u Oficinas Territoriales de Salud.~~ **3. Ampliación de cupos de docencia servicio.** Con el fin de aumentar los cupos para la formación del talento humano en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizará los criterios de docencia servicio, y definirá la cantidad mínima de cupos que toda Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS) deberá tener tanto en nivel primario como en el complementario. Desarrollará un programa de inversión para que todas las Instituciones de Salud del Estado (ISE) sean reconocidas como escenarios de docencia – servicio. En la red pública hospitalaria se privilegiarán a las	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
Instituciones de Educación Superior pública para el establecimiento de convenios docencia – servicio. 4. El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Educación desarrollarán los lineamientos y contenidos para el fortalecimiento de la resolutividad de los profesionales del área de la salud para identificar de manera temprana las diferentes patologías, incluyendo las relacionadas con la salud mental.	Instituciones de Educación Superior pública para el establecimiento de convenios docencia – servicio. **4. Mejora de la resolutividad de los profesionales en salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Educación desarrollarán los lineamientos y contenidos para el fortalecimiento de la resolutividad de los profesionales del área de la salud para identificar de manera temprana las diferentes patologías, incluyendo las relacionadas con la salud mental. **Parágrafo 1°.** Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo asistencial y/o docencia remunerado, en las regiones con requerimientos de dicho personal. El Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Ministerio de Trabajo, reglamentarán lo establecido en el presente parágrafo. **Parágrafo 2°.** Para la financiación de las becas se aunarán esfuerzos y recursos que destine el Gobierno nacional, entidades territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Instituciones de Educación	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
	Superior. **Parágrafo 3°.** Los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, en un término no mayor a seis (6) meses una vez expedida la presente ley, reglamentarán lo dispuesto en este artículo, y realizarán una evaluación respecto de las necesidades de especializaciones y segundas especializaciones médico- quirúrgicas en el país, orientada a la formación y regulación del Talento Humano en Salud. **Parágrafo 4°.** El Gobierno nacional en coordinación con las Entidades Territoriales garantizará que las zonas rurales y rurales dispersas tengan acceso y conocimiento a los Programas de Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y postgradual en salud, para lo cual adoptará las medidas tendientes a suplir aquellos casos en los que la población no cuente con conectividad digital y/o red móvil, mediante la elaboración de folletos, revistas y jornadas médicas presenciales encabezadas por la Direcciones Municipales y/o Distritales de Salud, o quien haga sus veces, con el acompañamiento de las Secretarías u Oficinas	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
	Territoriales de Salud.	
Artículo 46. ***Identificación Única del Talento Humano en Salud.*** La identificación del talento humano en salud se consultará por medio del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS). El cumplimiento de los requisitos para ejercer el nivel técnico profesional, tecnológico, profesión u ocupación, se verificará a través del ReTHUS. El costo del proceso de validación, verificación e inscripción por primera vez en el ReTHUS se tasará de la siguiente manera: a) El equivalente a nueve (9) salarios diarios mínimos legales vigentes, cuando el número de graduados reportado por el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES) para las profesiones asociadas al colegio o consejo profesional sea entre uno (1) y tres mil (3.000) al año. b) El equivalente a siete (7) salarios diarios mínimos legales vigentes para aquellas profesiones que reporten un número de graduados de más de tres mil (3.000), el año en que se realice la solicitud. Para el registro de novedades y expedición de duplicados el costo será del 40% del valor de la inscripción por primera vez.	**Artículo 46 62. *Identificación Única del Talento Humano en Salud.*** La identificación del talento humano en salud se consultará por medio del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS). El cumplimiento de los requisitos para ejercer el nivel técnico profesional, tecnológico, profesión u ocupación, se verificará a través del ReTHUS. El costo del proceso de validación, verificación e inscripción por primera vez en el ReTHUS se tasará de la siguiente manera: a) El equivalente a nueve (9) salarios diarios mínimos legales vigentes, cuando el número de graduados reportado por el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES) para las profesiones asociadas al colegio o consejo profesional sea entre uno (1) y tres mil (3.000) al año. b) El equivalente a siete (7) salarios diarios mínimos legales vigentes para aquellas profesiones que reporten un número de graduados de más de tres mil (3.000), el año en que se realice la solicitud. Para el registro de novedades y expedición de duplicados el costo será del 40% del valor de la inscripción por primera vez.	Se ajusta la numeración como Artículo 62
Artículo 47. ***Régimen Laboral de las***	**Artículo 47 63. *Régimen Laboral de***	Se ajusta la numeración como

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
Instituciones de Salud del Estado (ISE). En los términos de la normatividad vigente, los servidores públicos de la salud, salvo excepciones establecidas en la ley, seguirán siendo de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y trabajadores oficiales. Los servidores públicos de instituciones de salud mixtas con participación del Estado igual o superior al noventa por ciento (90%), se regirán por la presente ley. Son normas generales del régimen laboral de los servidores de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), las siguientes: 1. El Gobierno nacional y las respectivas autoridades competentes del orden territorial, en la norma que defina la planta del personal de la ISE, señalará el número de servidores públicos de la salud requerido para la prestación de servicios, su modalidad y naturaleza garantizando el derecho al trabajo digno, justo y decente, de acuerdo con la ley, las tipologías y niveles de ISE que determine el Gobierno nacional. 2. En materia de la jornada laboral, los servidores públicos de las ISE, se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 y por el Decreto número	***las Instituciones de Salud del Estado (ISE).*** En los términos de la normatividad vigente, los servidores públicos de la salud, salvo excepciones establecidas en la ley, seguirán siendo de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y trabajadores oficiales. Los servidores públicos de instituciones de salud mixtas con participación del Estado igual o superior al noventa por ciento (90%), se regirán por la presente ley. Son normas generales del régimen laboral de los servidores de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), las siguientes: 1. El Gobierno nacional y las respectivas autoridades competentes del orden territorial, en la norma que defina la planta del personal de la ISE, señalará el número de servidores públicos de la salud requerido para la prestación de servicios, su modalidad y naturaleza garantizando el derecho al trabajo digno, justo y decente, de acuerdo con la ley, las tipologías y niveles de ISE que determine el Gobierno nacional. 2. En materia de la jornada laboral, los servidores públicos de las ISE, se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 y por el Decreto número	Artículo 63 Se modifica y se adiciona se manera expresa el uso del contrato sindical en el sector salud para el desarrollo de funciones misionales, propias y permanentes en salud

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
400 de 2021, o por las normas que los modifiquen, adicionen, o sustituyan. 3. Para la negociación de los servidores públicos se aplicará la Constitución, los acuerdos internacionales de la OIT ratificados por Colombia, las leyes, los decretos y lo dispuesto en el artículo 9° de la Ley 4ª de 1992, según el caso. A los trabajadores oficiales, además de lo anterior, les serán aplicables lo que resulte de sus respectivos acuerdos o convenciones colectivas, siempre y cuando dichos acuerdos o convenciones no vulneren los derechos mínimos de los trabajadores. 4. En lo relacionado con la administración del personal, a los servidores públicos de la salud les serán aplicables, en lo pertinente, las disposiciones que en materia de empleo público se encuentren vigentes además de las que la reglamenten, modifiquen o sustituyan y se armonicen con lo dispuesto en la Ley 10 de 1990. 5. La remuneración de los empleados públicos de las ISE será fijada por las respectivas autoridades competentes, con sujeción a las previsiones de la Ley 4ª de 1992 y el resultado de las negociaciones colectivas de las condiciones de empleo. En ningún	400 de 2021, o por las normas que los modifiquen, adicionen, o sustituyan. 3. Para la negociación de los servidores públicos se aplicará la Constitución, los acuerdos internacionales de la OIT ratificados por Colombia, las leyes, los decretos y lo dispuesto en el artículo 9° de la Ley 4ª de 1992, según el caso. A los trabajadores oficiales, además de lo anterior, les serán aplicables lo que resulte de sus respectivos acuerdos o convenciones colectivas, siempre y cuando dichos acuerdos o convenciones no vulneren los derechos mínimos de los trabajadores. 4. En lo relacionado con la administración del personal, a los servidores públicos de la salud les serán aplicables, en lo pertinente, las disposiciones que en materia de empleo público se encuentren vigentes además de las que la reglamenten, modifiquen o sustituyan y se armonicen con lo dispuesto en la Ley 10 de 1990. 5. La remuneración de los empleados públicos de las ISE será fijada por las respectivas autoridades competentes, con sujeción a las previsiones de la Ley 4ª de 1992 y el resultado de las negociaciones colectivas de las condiciones de empleo. En ningún	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
nivel territorial se estará sujeto a los límites que en materia salarial establece la Ley 617 de 2000. Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la vigencia de la presente ley, conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva ISE. Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden nacional y territorial, a la vigencia de la presente ley, serán vinculados en las ISE, sin solución de continuidad y sin que se desmejoren sus condiciones laborales. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2° del Decreto Ley 2400 de 1968, el artículo 5° del Decreto Ley 3135 de 1968 y el artículo 103 de la Ley 1438 de 2011 se prohíbe la celebración de contratos de prestación de servicios o cualquier otra modalidad de vinculación contractual diferente a la laboral para el desarrollo de funciones misionales, propias y permanentes en salud.	nivel territorial se estará sujeto a los límites que en materia salarial establece la Ley 617 de 2000. Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la vigencia de la presente ley, conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva ISE. Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden nacional y territorial, a la vigencia de la presente ley, serán vinculados en las ISE, sin solución de continuidad y sin que se desmejoren sus condiciones laborales. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2° del Decreto Ley 2400 de 1968, el artículo 5° del Decreto Ley 3135 de 1968 y el artículo 103 de la Ley 1438 de 2011**,** se prohíbe la celebración de contratos de prestación de servicios o cualquier otra modalidad de vinculación contractual diferente a la laboral para el desarrollo de funciones misionales, propias y permanentes en salud**, que generen una tercerización laboral en aplicación del contrato sindical**	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
	establecido en los Artículos 482 y 483 del Código Sustantivo del Trabajo.	
Parágrafo 1°. Los contratos de prestación de servicios a cargo de ESE que, a la entrada en vigencia de la presente ley, se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las ISE.	**Parágrafo 1°.** Los contratos de prestación de servicios a cargo de ESE que, a la entrada en vigencia de la presente ley, se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las ISE.	
Parágrafo 2°. El Gobierno nacional establecerá un sistema especial de estímulos salariales y no salariales para los servidores públicos de la salud mismo que deberá establecer la estructura y alcance de estos.	**Parágrafo 2°.** ~~El Gobierno nacional establecerá un sistema especial de estímulos salariales y no salariales para los servidores públicos de la salud mismo que deberá establecer la estructura y alcance de estos.~~	Se elimina el Parágrafo para aliviar el impacto en razón a que no se cuenta con aval fiscal
Parágrafo 3°. El régimen de los trabajadores oficiales se continuará rigiendo conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.	**Parágrafo 3° 2°.** El régimen de los trabajadores oficiales se continuará rigiendo conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.	Se ajusta el número del Parágrafo
Artículo 48. ***Régimen especial para trabajadores del Sector Salud.*** Otórgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que dentro de los seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia la presente ley, previa concertación con representantes de los trabajadores sindicalizados y no sindicalizados del sector salud, expida el régimen especial de los trabajadores del sector salud, el cual debe contener mínimamente los siguientes aspectos: 1. Ascenso y/o movilidad en el	**~~Artículo 48.~~** ~~***Régimen especial para trabajadores del Sector Salud.***~~ ~~Otórgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que dentro de los seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia la presente ley, previa concertación con representantes de los trabajadores sindicalizados y no sindicalizados del sector salud, expida el régimen especial de los trabajadores del sector salud, el cual debe contener mínimamente los siguientes aspectos:~~ ~~1. Ascenso y/o movilidad en el~~	Se elimina el Artículo en razón a que no se cuenta con un aval fiscal que respalde dichas facultades extraordinarias y pueda medir el impacto que este régimen especial puede generas en las Empresas Sociales del Estado (ESE).

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
régimen de carrera administrativa del sector público; prestaciones sociales y económicas con criterios claros y objetivos para el acceso, evaluación y promoción en ese sector. 2. Prestaciones sociales y económicas, acordes con las condiciones laborales y riesgos específicos que enfrentan los trabajadores de la salud. 3. Jornadas laborales justas y dignas, estableciendo límites a la carga laboral y garantizando el pago de horas extras cuando corresponda. 4. Incentivos y reconocimientos para personal que labore en zonas rurales, de difícil acceso o en condiciones de alta complejidad. 5. Programas de bienestar, salud mental y seguridad laboral, enfocados en la prevención de riesgos ocupacionales y el apoyo al personal en casos de agotamiento físico o emocional (*burnout*). 6. Equidad de género y no discriminación, con políticas específicas para proteger derechos laborales de las mujeres y otros grupos vulnerables dentro del sector.	~~régimen de carrera administrativa del sector público; prestaciones sociales y económicas con criterios claros y objetivos para el acceso, evaluación y promoción en ese sector.~~ ~~2. Prestaciones sociales y económicas, acordes con las condiciones laborales y riesgos específicos que enfrentan los trabajadores de la salud.~~ ~~3. Jornadas laborales justas y dignas, estableciendo límites a la carga laboral y garantizando el pago de horas extras cuando corresponda.~~ ~~4. Incentivos y reconocimientos para personal que labore en zonas rurales, de difícil acceso o en condiciones de alta complejidad.~~ ~~5. Programas de bienestar, salud mental y seguridad laboral, enfocados en la prevención de riesgos ocupacionales y el apoyo al personal en casos de agotamiento físico o emocional (*burnout*).~~ ~~6. Equidad de género y no discriminación, con políticas específicas para proteger derechos laborales de las mujeres y otros grupos vulnerables dentro del sector.~~	
Parágrafo. El régimen especial deberá garantizar los derechos adquiridos por los trabajadores de la salud y priorizará el fortalecimiento de condiciones	**~~Parágrafo.~~** ~~El régimen especial deberá garantizar los derechos adquiridos por los trabajadores de la salud y priorizará el fortalecimiento de condiciones~~	Se elimina el Parágrafo al eliminarse el Artículo 48

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
laborales que fomenten la calidad, eficiencia y permanencia del talento humano en el sector. La reglamentación del régimen será consultada con las organizaciones representativas de trabajadores del sector y contará con el acompañamiento de organismos de control.	~~laborales que fomenten la calidad, eficiencia y permanencia del talento humano en el sector. La reglamentación del régimen será consultada con las organizaciones representativas de trabajadores del sector y contará con el acompañamiento de organismos de control.~~	
Artículo 49. ***Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud.*** Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas, con un porcentaje de participación público inferior al 90%, del sector salud por norma general están vinculados mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo, teniendo en cuenta las convenciones colectivas de trabajo vigentes y normas concordantes. Se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas, sin importar el tipo de vinculación laboral, con el f in de fomentar la calidad e integralidad del servicio de salud en dichas zonas; se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud; se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), que tengan en cuenta los riesgos	**Artículo 49 65.** ***Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud.*** Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas, con un porcentaje de participación público inferior al 90%, del sector salud por norma general están vinculados mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo, teniendo en cuenta las convenciones colectivas de trabajo vigentes y normas concordantes. Se ~~establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas, sin importar el tipo de vinculación laboral, con el fin de fomentar la calidad e integralidad del servicio de salud en dichas zonas; se~~ establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud; se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), que tengan en cuenta los riesgos	Se ajusta la numeración como Artículo 65 Se elimina lo concerniente a incentivos salariales y no salariales

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
propios de los cargos y el impacto en salud mental, realizando tamizajes periódicos a los trabajadores y desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud y, así mismo, poder ofrecer atención prioritaria para quienes lo requieran. Adicionalmente, se implementará un programa de atención integral en salud mental y adicciones para los trabajadores de la salud, que incluirá tamizajes continuos, los cuales proporcionarán los lineamientos para campañas de prevención y promoción de la salud mental, así como para identificar la necesidad de tratamientos específicos. Asimismo, las y los profesionales de la salud recibirán atención continua en salud mental, basada en tres ejes fundamentales: promoción, prevención y atención integral. Esta atención tendrá un enfoque diferencial, que incluirá a mujeres, población LGTBIQ+, población indígena y población racial.	propios de los cargos y el impacto en salud mental, realizando tamizajes periódicos a los trabajadores y desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud y, así mismo, poder ofrecer atención prioritaria para quienes lo requieran. Adicionalmente, se implementará un programa de atención integral en salud mental y adicciones para los trabajadores de la salud, que incluirá tamizajes continuos, los cuales proporcionarán los lineamientos para campañas de prevención y promoción de la salud mental, así como para identificar la necesidad de tratamientos específicos. Asimismo, las y los profesionales de la salud recibirán atención continua en salud mental, basada en tres ejes fundamentales: promoción, prevención y atención integral. Esta atención tendrá un enfoque diferencial, que incluirá a mujeres, población LGTBIQ+, población indígena y población racial.	
Parágrafo 1°. El Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de	**Parágrafo 1°.** El Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud	Se ajusta la redacción

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
Salud presentarán durante el primer trimestre de cada vigencia fiscal al Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las comisiones séptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno nacional organizará una Dirección en el Ministerio del Trabajo, encargada de hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales en los términos ordenados por los artículos 17 y 18 de la Ley 1751 de 2015, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente ley.	presentarán durante el primer trimestre de cada vigencia fiscal al Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las ~~c~~**C**omisiones ~~s~~**S**éptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno nacional organizará una Dirección en el Ministerio del Trabajo, encargada de hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales en los términos ordenados por los artículos 17 y 18 de la Ley 1751 de 2015, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente ley.	
Parágrafo 2°. A partir de la vigencia de la presente ley, no se expedirán más credenciales de expendedores de drogas y las droguerías sólo podrán ser dirigidas por quien tenga el título de Químico Farmacéutico, Tecnólogo en Regencia de Farmacia, auxiliar en servicios farmacéuticos, Director de Droguería o Farmacéutico Licenciado. Para garantizar los derechos adquiridos de las personas que, a la entrada en vigencia de la presente ley, hayan obtenido la credencial de expendedor de drogas, estás podrán seguir desempeñándose en la dirección de una droguería mientras se definen e	**Parágrafo 2°.** ~~A partir de la vigencia de la presente ley, no se expedirán más credenciales de expendedores de drogas y las droguerías sólo podrán ser dirigidas por quien tenga el título de Químico Farmacéutico, Tecnólogo en Regencia de Farmacia, auxiliar en servicios farmacéuticos, Director de Droguería o Farmacéutico Licenciado. Para garantizar los derechos adquiridos de las personas que, a la entrada en vigencia de la presente ley, hayan obtenido la credencial de expendedor de drogas, estás podrán seguir desempeñándose en la dirección de una droguería mientras se definen e implementan~~	Se elimina el Parágrafo al no tenerse en cuenta una transición y el impacto que puede producir dicha medida.

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
implementan planes graduales de profesionalización y tecnificación del talento humano del sector farmacéutico mencionados anteriormente.	~~planes graduales de profesionalización y tecnificación del talento humano del sector farmacéutico mencionados anteriormente.~~	
Parágrafo 3°. Con el fin de promover la profesionalización y tecnificación del talento humano idóneo del sector farmacéutico así como la calificación del mismo, para la dirección de droguerías, el Gobierno nacional dispondrá los mecanismos que permitan ampliar la oferta de programas académicos y el acceso para la educación continua de auxiliares en servicio farmacéutico, expendedores de drogas, y tecnólogos en regencia de farmacia, especialmente en los establecimientos farmacéuticos y servicios farmacéuticos, donde se realizan actividades de manera empírica, con el fin de fomentar estrategias de seguridad del paciente, uso seguro y adecuado de medicamentos y dispositivos médicos y evitar la ocurrencia de errores, especialmente de medicación, para garantizar mayores estándares de calidad en el manejo y administración de los servicios farmacéuticos.	**Parágrafo ~~3°~~ 2°.** Con el fin de promover la profesionalización y tecnificación del talento humano idóneo del sector farmacéutico así como la calificación del mismo, para la dirección de droguerías, el Gobierno nacional**, a través del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA),** dispondrá **de** los ~~mecanismos~~ **recursos** que permitan ampliar la oferta de programas académicos y el acceso para la educación continua de auxiliares en servicio farmacéutico, expendedores de drogas, y tecnólogos en regencia de farmacia, especialmente en los establecimientos farmacéuticos y servicios farmacéuticos, donde se realizan actividades de manera empírica, con el fin de fomentar estrategias de seguridad del paciente, uso seguro y adecuado de medicamentos y dispositivos médicos y evitar la ocurrencia de errores, especialmente de medicación, para garantizar mayores estándares de calidad en el manejo y administración de los servicios farmacéuticos.	Se adiciona en cuanto a vincular al Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) en cuanto a la oferta de auxiliares de farmacia y tecnólogos en regencia de farmacia.
Artículo 50. ***Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud***	**Artículo 50 66.** ***Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud***	Se ajusta la numeración como Artículo 66

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
Especialistas. Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta en determinadas especialidades medico quirúrgicas, las instituciones de prestación de servicios de salud podrán vincular o contratar a especialistas médico quirúrgicos, a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la vinculación o contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, según el régimen jurídico aplicable a la respectiva institución, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas. En tales casos se considerará el *intuitu personae* y la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera caracterizada como independiente.	***Especialistas.*** Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta en determinadas especialidades medico quirúrgicas, las instituciones de prestación de servicios de salud podrán vincular o contratar a especialistas médico quirúrgicos, a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la vinculación o contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo**, excepto mediante la figura del contrato sindical**, según el régimen jurídico aplicable a la respectiva institución, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas. En tales casos se considerará el *intuitu personae* y la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera caracterizada como independiente.	
Parágrafo 1°. En todo caso, si la prestación del servicio se enmarca en los elementos de una relación laboral, los especialistas de la salud deberán ser vinculados mediante contrato de trabajo, según la naturaleza del régimen jurídico aplicable a la respectiva institución.	~~Parágrafo 1°. En todo caso, si la prestación del servicio se enmarca en los elementos de una relación laboral, los especialistas de la salud deberán ser vinculados mediante contrato de trabajo, según la naturaleza del régimen jurídico aplicable a la respectiva institución.~~	Se elimina el Parágrafo en razón a que los especialistas, al laborar en varias IPS, tendrán la libertad para contratar por prestación de servicios o mediante intermediación.
Parágrafo 2°. Todos los	**Parágrafo ~~2°~~ 1°.** Todos los	Se ajusta la numeración del

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
trabajadores o vinculados mediante las modalidades establecidas en el presente artículo tendrán derecho a una remuneración oportuna, digna y justa, so pena de la imposición de sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	trabajadores o vinculados mediante las modalidades establecidas en el presente artículo tendrán derecho a una remuneración oportuna, digna y justa, so pena de la imposición de sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	Parágrafo.
Parágrafo 3°. Respecto de los trabajadores especialistas médico-quirúrgicos del sector salud, indistintamente de su forma de vinculación, no se podrá establecer cláusula de exclusividad, salvo aquellos que estén vinculados mediante contrato de trabajo y así lo convengan.	**Parágrafo ~~3°~~ 2°.** Respecto de los trabajadores especialistas médico-quirúrgicos del sector salud, indistintamente de su forma de vinculación, no se podrá establecer cláusula de exclusividad, salvo aquellos que estén vinculados mediante contrato de trabajo y así lo convengan.	Se ajusta la numeración del Parágrafo.
Parágrafo 4°. Las instituciones de prestación de servicios de salud deberán garantizar a los especialistas médico-quirúrgicos vinculados bajo cualquier modalidad, el acceso a capacitación y actualización continua, con el fin de mantener y mejorar sus competencias profesionales. Estas instituciones deberán promover programas de bienestar laboral y prevención de riesgos ocupacionales, especialmente para aquellos que desarrollen actividades en zonas rurales, de difícil acceso o con alta carga asistencial.	**Parágrafo ~~4°~~ 3°.** Las instituciones de prestación de servicios de salud deberán garantizar a los especialistas médico-quirúrgicos vinculados bajo cualquier modalidad, el acceso a capacitación y actualización continua, con el fin de mantener y mejorar sus competencias profesionales. Estas instituciones deberán promover programas de bienestar laboral y prevención de riesgos ocupacionales, especialmente para aquellos que desarrollen actividades en zonas rurales, de difícil acceso o con alta carga asistencial.	Se ajusta la numeración del Parágrafo.
TÍTULO VI **INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y**	**TÍTULO VI** **INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y**	Sin modificaciones

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
CONTROL	**CONTROL**	
Artículo 51. Modifíquese el numeral 3 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007: "**3. Prestación de servicios de atención en salud.** Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, continuidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Dicha vigilancia comprende la garantía de un talento humano en salud competente, así como sus condiciones de estabilidad laboral, como también las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, como aspectos que afectan los elementos esenciales para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud".	**Artículo ~~51~~ 67.** Modifíquese el numeral 3 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007: "**3. Prestación de servicios de atención en salud.** Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, continuidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Dicha vigilancia comprende la garantía de un talento humano en salud competente, así como sus condiciones de estabilidad laboral, como también las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, como aspectos que afectan los elementos esenciales para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud".	Se ajusta la numeración como Artículo 67
Artículo 52. Modifíquese el numeral 2 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificada por el artículo 3° de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así: "2. No dar aplicación a los mandatos de la Ley 1751 de 2015, en lo correspondiente a la prestación de los servicios de salud incluyendo no garantizar un talento humano en salud competente, así como condiciones	**Artículo ~~52~~ 68.** Modifíquese el numeral 2 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificada por el artículo 3° de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así: "2. No dar aplicación a los mandatos de la Ley 1751 de 2015, en lo correspondiente a la prestación de los servicios de salud incluyendo no garantizar un talento humano en salud competente, así como condiciones de trabajo	Se ajusta la numeración como Artículo 68

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
de trabajo decente, digno y justo".	decente, digno y justo".	
Artículo 53. Modifíquese el numeral 2 del artículo 131 de la Ley 1438 de 2011, modificado con el artículo 2° de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así: "**Artículo 131. Tipos de Sanciones Administrativas.** En ejercicio de la función de control sancionatorio y en desarrollo del procedimiento que para el efecto se haya previsto, la Superintendencia Nacional de Salud podrá imponer las siguientes sanciones: (...) 2. Multas entre doscientos (200) y hasta ocho mil (8.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para personas jurídicas, y entre treinta (30) y hasta dos mil (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para las personas naturales".	**Artículo ~~53~~ 69.** Modifíquese el numeral 2 del artículo 131 de la Ley 1438 de 2011, modificado con el artículo 2° de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así: "**Artículo 131. Tipos de Sanciones Administrativas.** En ejercicio de la función de control sancionatorio y en desarrollo del procedimiento que para el efecto se haya previsto, la Superintendencia Nacional de Salud podrá imponer las siguientes sanciones: (...) 2. Multas entre doscientos (200) y hasta ocho mil (8.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para personas jurídicas, y entre treinta (30) y hasta dos mil (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para las personas naturales".	Se ajusta la numeración como Artículo 69
Artículo 54. Modifíquese el parágrafo 6° del artículo 131 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 2° de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así: (...) "Parágrafo 6°. Para efectos de la imposición de las sanciones acá previstas, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará el proceso administrativo sancionatorio establecido en el artículo 128 de la Ley 1438 de 2011, a excepción de las sanciones	**Artículo ~~54~~ 70.** Modifíquese el parágrafo 6° del artículo 131 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 2° de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así: (...) "**Parágrafo 6°**. Para efectos de la imposición de las sanciones acá previstas, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará el proceso administrativo sancionatorio establecido en el artículo 128 de la Ley 1438 de 2011, a excepción de las sanciones	Se ajusta la numeración como Artículo 70

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
derivadas de la conducta descrita en el numeral 11 del artículo 3° de esta ley, la cual solo será excusada por evento de fuerza mayor, que deberá ser acreditada por el infractor dentro de los 5 días hábiles siguientes a su ocurrencia. La Superintendencia Nacional de Salud diseñará un procedimiento y una metodología sancionatoria para la imposición de sanciones por el incumplimiento en el reporte de información".	derivadas de la conducta descrita en el numeral 11 del artículo 3° de esta ley, la cual solo será excusada por evento de fuerza mayor, que deberá ser acreditada por el infractor dentro de los 5 días hábiles siguientes a su ocurrencia. La Superintendencia Nacional de Salud diseñará un procedimiento y una metodología sancionatoria para la imposición de sanciones por el incumplimiento en el reporte de información".	
Artículo 55. ***De las facultades regulatorias residuales de la Superintendencia Nacional de Salud.*** La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá una facultad regulatoria residual frente a la que es propia del Ministerio de Salud y Protección Social, en las siguientes materias: 1. La compatibilidad y armonización de las normas del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y del régimen de liquidación de entes u organismos públicos, según el caso, con las reglas del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el derecho fundamental en salud previsto en el artículo 6° de la Ley 1751 de 2015. 2. Las competencias de los integrantes del Sistema Integrado	**Artículo ~~55~~ 71.** ***De las facultades regulatorias residuales de la Superintendencia Nacional de Salud.*** La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá una facultad regulatoria residual frente a la que es propia del Ministerio de Salud y Protección Social, en las siguientes materias: 1. La compatibilidad y armonización de las normas del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y del régimen de liquidación de entes u organismos públicos, según el caso, con las reglas del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el derecho fundamental en salud previsto en el artículo 6° de la Ley 1751 de 2015. 2. Las competencias de los integrantes del Sistema Integrado	Se ajusta la numeración como Artículo 71

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
de Control, Inspección y Vigilancia de que trata el artículo 2° de la Ley 1966 de 2019. 3. Los deberes de las entidades territoriales en el marco del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del SGSSS creado en el artículo 36 de la Ley 1122 de 2007. 4. La actuación de los agentes especiales en las medidas especiales o preventivas de la toma de posesión para administrar o para liquidar, incluidas estas últimas. 5. La definición de criterios y procedimientos para la selección objetiva de contratistas por parte de los liquidadores, en la celebración de contratos de gestión de situaciones jurídicas no definidas, asuntos pendientes y activos remanentes posteriores a la liquidación de entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, con independencia de la forma jurídica que tales contratos asuman. 6. La eficiencia y sostenibilidad de los gastos administrativos en los procesos liquidatorios ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud.	de Control, Inspección y Vigilancia de que trata el artículo 2° de la Ley 1966 de 2019. 3. Los deberes de las entidades territoriales en el marco del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del SGSSS creado en el artículo 36 de la Ley 1122 de 2007. 4. La actuación de los agentes especiales en las medidas especiales o preventivas de la toma de posesión para administrar o para liquidar, incluidas estas últimas. 5. La definición de criterios y procedimientos para la selección objetiva de contratistas por parte de los liquidadores, en la celebración de contratos de gestión de situaciones jurídicas no definidas, asuntos pendientes y activos remanentes posteriores a la liquidación de entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, con independencia de la forma jurídica que tales contratos asuman. 6. La eficiencia y sostenibilidad de los gastos administrativos en los procesos liquidatorios ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud.	
TÍTULO VII **DISPOSICIONES GENERALES**	**TÍTULO VII** **DISPOSICIONES GENERALES**	Sin modificaciones
Artículo 56. ***Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos***	**Artículo ~~56~~ 73.** ***Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos***	Se ajusta la numeración como Artículo 73

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
Indígenas. Se garantizan los derechos fundamentales a la Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas a través de sus instituciones representativas, en lo que respecta a las medidas relacionadas con el derecho fundamental a la Salud, el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) y el Sistema de Salud, atendiendo lo dispuesto en los literales l), m) y n) del artículo 6° de la Ley 1751 de 2015. De conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, para expedir las normas con fuerza de ley, cuyos contenidos sean producto de la concertación en el marco de la Consulta Previa, Libre e Informada con los Pueblos Indígenas y que reglamenten los procesos de salud en el marco del SISPI respecto de: 1. Su organización, administración, consolidación, financiación y gestión. 2. Los mecanismos de implementación, seguimiento, evaluación y control. 3. Los mecanismos de transición necesarios para la implementación	***Indígenas.*** Se garantizan los derechos fundamentales a la Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas a través de sus instituciones representativas, en lo que respecta a las medidas relacionadas con el derecho fundamental a la Salud, el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) y el Sistema de Salud, atendiendo lo dispuesto en los literales l), m) y n) del artículo 6° de la Ley 1751 de 2015. De conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, para expedir las normas con fuerza de ley, cuyos contenidos sean producto de la concertación en el marco de la Consulta Previa, Libre e Informada con los Pueblos Indígenas y que reglamenten los procesos de salud en el marco del SISPI respecto de: 1. Su organización, administración, consolidación, financiación y gestión. 2. Los mecanismos de implementación, seguimiento, evaluación y control. 3. Los mecanismos de transición necesarios para la implementación	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
del proceso de reorganización en los territorios en el marco de las estructuras propias. 4. La coordinación de la prestación de servicios, acciones en Salud Pública y los procesos propios.	del proceso de reorganización en los territorios en el marco de las estructuras propias. 4. La coordinación de la prestación de servicios, acciones en Salud Pública y los procesos propios.	
Parágrafo. El Gobierno nacional de manera concertada con las Autoridades de los Pueblos Indígenas creará e implementará las medidas idóneas que permitan el funcionamiento armónico entre el Sistema de Salud y el SISPI, garantizando las condiciones que permitan la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud conforme a los principios culturales, usos y costumbres de los Pueblos Indígenas.	**Parágrafo.** El Gobierno nacional, de manera concertada con las Autoridades de los Pueblos Indígenas, creará e implementará las medidas idóneas que permitan el funcionamiento armónico entre el Sistema de Salud y el SISPI, garantizando las condiciones que permitan la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud conforme a los principios culturales, usos y costumbres de los Pueblos Indígenas.	Se ajusta la redacción sin ninguna modificación
Artículo 57. ***Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom.*** Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto número 1372 de 2018 y el Decreto número 2957 de 2010. Para tal efecto y de conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al	**Artículo ~~57~~ 74.** ***Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom.*** Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto número 1372 de 2018 y el Decreto número 2957 de 2010. Para tal efecto y de conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al	Se ajusta la numeración como Artículo 74

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente ley, para crear el sistema de salud propio e intercultural de las comunidades NARP y expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de la adecuación en materia de salud intercultural y aplicable en sus territorios y prestación de los servicios de salud en el marco del Sistema de Salud.	Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente ley, para crear el sistema de salud propio e intercultural de las comunidades NARP y expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de la adecuación en materia de salud intercultural y aplicable en sus territorios y prestación de los servicios de salud en el marco del Sistema de Salud.	
Artículo 58. ***Plan Nacional de Salud Rural (PNSR).*** En las zonas rurales y zonas rurales dispersas del país se garantizará la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), con especial priorización en los municipios con Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito (PNIS) y Planes de Reforma Rural Agraria (RRA), así como aquellos clasificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), hasta llegar a la totalidad de los municipios que hacen parte de la ruralidad del país. Esta implementación se realizará con la participación de las organizaciones campesinas, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales y	**Artículo ~~58~~ 75.** ***Plan Nacional de Salud Rural (PNSR).*** En las zonas rurales y zonas rurales dispersas del país se garantizará la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), con especial priorización en los municipios con Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito (PNIS) y Planes de Reforma Rural Agraria (RRA), así como aquellos clasificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), hasta llegar a la totalidad de los municipios que hacen parte de la ruralidad del país. Esta implementación se realizará con la participación de las organizaciones campesinas, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales y	Se ajusta la numeración como Artículo 75

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
comunidades étnicas presentes en los territorios rurales en articulación con actores locales, incluyendo organizaciones campesinas, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales, comunidades étnicas y otros actores clave del territorio. El propósito de dicho Plan será reducir las brechas urbano-rurales en el acceso, la prevención y la atención en salud. El Gobierno nacional reglamentará el PNSR. Dicho plan, será implementado siguiendo los lineamientos del "Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la construcción de una paz estable y duradera" (Acto Legislativo número 02 de 2017). Este plan integrará las estrategias de Atención Primaria en Salud (APS), aseguramiento social en salud, los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), las sedes descentralizadas de atención en salud rural, así como los enfoques de determinantes sociales, territorial y diferencial, en consonancia con los principios de esta ley.	comunidades étnicas presentes en los territorios rurales en articulación con actores locales, incluyendo organizaciones campesinas, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales, comunidades étnicas y otros actores clave del territorio. El propósito de dicho Plan será reducir las brechas urbano-rurales en el acceso, la prevención y la atención en salud. El Gobierno nacional reglamentará el PNSR. Dicho plan, será implementado siguiendo los lineamientos del "Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la construcción de una paz estable y duradera" (Acto Legislativo número 02 de 2017). Este plan integrará las estrategias de Atención Primaria en Salud (APS), aseguramiento social en salud, los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), las sedes descentralizadas de atención en salud rural, así como los enfoques de determinantes sociales, territorial y diferencial, en consonancia con los principios de esta ley.	
Parágrafo 1°. El Gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social tendrá un plazo de seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley para la formulación e inicio de	**Parágrafo 1°.** El Gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social tendrá un plazo de seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley para la formulación e inicio de	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
implementación del PNSR.	implementación del PNSR.	
Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público asignarán y orientarán los recursos necesarios para garantizar el cumplimiento del PNSR, considerando las características y necesidades específicas de cada territorio. Estos recursos estarán destinados a garantizar el acceso a la salud en el marco de las RIITS, la construcción y mejoramiento de la infraestructura, la dotación de equipos, la planificación del talento humano en salud con enfoque diferencial y la mejora continua de la calidad de atención para las comunidades rurales y dispersas.	**Parágrafo 2°.** El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público asignarán y orientarán los recursos necesarios para garantizar el cumplimiento del PNSR, considerando las características y necesidades específicas de cada territorio. Estos recursos estarán destinados a garantizar el acceso a la salud en el marco de las RIITS, la construcción y mejoramiento de la infraestructura, la dotación de equipos, la planificación del talento humano en salud con enfoque diferencial y la mejora continua de la calidad de atención para las comunidades rurales y dispersas.	
Parágrafo 3°. El Gobierno nacional deberá crear las estrategias adecuadas que permitan hacer seguimiento y evaluación al PNSR.	**Parágrafo 3°.** El Gobierno nacional deberá crear las estrategias adecuadas que permitan hacer seguimiento y evaluación al PNSR.	
Parágrafo 4°. El PNSR deberá vincular al Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas (PAPSIVI) adecuándola a las condiciones locales y a la situación y particularidad de las víctimas con enfoque diferencial en las subregiones PDET.	**Parágrafo 4°.** El PNSR deberá vincular al Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas (PAPSIVI) adecuándola a las condiciones locales y a la situación y particularidad de las víctimas con enfoque diferencial en las subregiones PDET.	
Artículo 59. ***Promoción de Investigación y Producción Vacunas.*** Con el fin de estimular el desarrollo de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud a nivel	**Artículo 59 13.** ***Promoción de Investigación y Producción Vacunas.*** Con el fin de estimular el desarrollo de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud a nivel	Se ajusta la numeración como Artículo 13

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
nacional, en caso de existir oferta de vacunas producidas localmente por entidades públicas, privadas o mixtas, el Ministerio de Salud y Protección Social, en sus procesos de adquisición de vacunas y medicamentos, sean estos procesos licitatorios o compras directas, darán prelación a los productores locales con criterios científicos, según la legislación aplicable y acorde con el perfil epidemiológico del país. Se fortalecerá el desarrollo, validación y aplicación de métodos alternativos a la experimentación en animales en investigaciones biomédicas, la producción de fármacos, la producción de biológicos, la salud pública u otros similares, el cual se reglamentará de manera coordinada entre el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud (INS).	nacional, en caso de existir oferta de vacunas producidas localmente por entidades públicas, privadas o mixtas, el Ministerio de Salud y Protección Social, en sus procesos de adquisición de vacunas y medicamentos, sean estos procesos licitatorios o compras directas, darán prelación a los productores locales con criterios científicos, según la legislación aplicable y acorde con el perfil epidemiológico del país. Se fortalecerá el desarrollo, validación y aplicación de métodos alternativos a la experimentación en animales en investigaciones biomédicas, la producción de fármacos, la producción de biológicos, la salud pública u otros similares, el cual se reglamentará de manera coordinada entre el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud (INS).	
Artículo 60. ***Regímenes Exceptuados y Especiales.*** Los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud continuarán regidos por sus disposiciones especiales y por la Ley 1751 de 2015. En consecuencia, los regímenes de salud y seguridad social de los miembros de la Fuerzas Militares y la Policía Nacional, del Magisterio,	**Artículo 60 80.** ***Regímenes Exceptuados y Especiales.*** Los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud continuarán regidos por sus disposiciones especiales y por la Ley 1751 de 2015. En consecuencia, los regímenes de salud y seguridad social de los miembros de la Fuerzas Militares y la Policía Nacional, del Magisterio,	Se ajusta la numeración como Artículo 80

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
de la Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol), continuarán vigentes, por lo cual se exceptúan de las disposiciones de la presente ley, y en los términos previstos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993. Adicionalmente, el régimen de salud y seguridad social de las universidades estatales u oficiales continuará vigente y será el previsto en la Ley 30 de 1992, modificada por la Ley 647 de 2001 y la Ley 1443 de 2011 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	de la Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol), continuarán vigentes, por lo cual se exceptúan de las disposiciones de la presente ley, y en los términos previstos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993. Adicionalmente, el régimen de salud y seguridad social de las universidades estatales u oficiales continuará vigente y será el previsto en la Ley 30 de 1992, modificada por la Ley 647 de 2001 y la Ley 1443 de 2011 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	
TÍTULO VIII **DISPOSICIONES TRANSITORIAS**	**TÍTULO VIII** **DISPOSICIONES TRANSITORIAS**	
Artículo 61. ***Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud.*** El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente ley. Es principio de interpretación y fundamento de la transición que no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a	**Artículo 61 82.** ***Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud.*** El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente ley. Es principio de interpretación y fundamento de la transición que no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del	Se ajusta la numeración como Artículo 82

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
cualquier persona en Colombia. En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones: 1. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explicita, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas. Las personas que, al momento de expedición de la presente ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos. Los contratos de los Prestadores serán progresivamente subrogados a los convenios de desempeño y acuerdos marco, de acuerdo a lo definido en la presente ley, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito	derecho a la salud a cualquier persona en Colombia. En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones: 1. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explicita, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas. Las personas que, al momento de expedición de la presente ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos. Los contratos de los Prestadores serán progresivamente subrogados a los convenios de desempeño y acuerdos marco, de acuerdo a lo definido en la presente ley, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno. De igual forma, se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos. El Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el Sistema de Salud. Los residentes en el país podrán permanecer en las IPS de atención primaria que le ha asignado su EPS, mientras se surte el proceso de organización de los CAPS. 2. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que, cumplan requisitos de permanencia y a la entrada en vigencia de la presente ley no estén en proceso de liquidación, decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida acordarán, con base en el reglamento que establezca el Gobierno nacional, las reglas para la entrega de la población a cargo al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho	mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno. De igual forma, se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos. El Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el Sistema de Salud. Los residentes en el país podrán permanecer en las IPS de atención primaria que le ha asignado su EPS, mientras se surte el proceso de organización de los CAPS. 2. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que, cumplan requisitos de permanencia y a la entrada en vigencia de la presente ley no estén en proceso de liquidación, decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida acordarán, con base en el reglamento que establezca el Gobierno nacional, las reglas para la entrega de la población a cargo al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
fundamental a la salud. A tal efecto el Gobierno nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las EPS al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud. 3. Las EPS que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de entrada en vigencia de la presente ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las instituciones previstas en esta ley. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al nuevo Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), efectuará el reconocimiento y giro de las UPC y demás recursos del Aseguramiento Social en Salud. Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas por los CAPS en la medida en que entren en operación. Las reglas del SGSSS serán aplicables a las EPS hasta por	quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud. A tal efecto el Gobierno nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las EPS al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud. 3. Las EPS que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de entrada en vigencia de la presente ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las instituciones previstas en esta ley. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al nuevo Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), efectuará el reconocimiento y giro de las UPC y demás recursos del Aseguramiento Social en Salud. Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas por los CAPS en la medida en que entren en operación. Las reglas del SGSSS	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
el periodo de transición de dos (2) años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente ley. 4. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las EPS con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas: a. En un territorio donde haya una sola EPS, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación. b. En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden EPS, los CAPS, en primer lugar, o la Nueva EPS, en segundo lugar, de prioridad, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas EPS con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de	serán aplicables a las EPS hasta por el periodo de transición de dos (2) años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente ley. 4. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las EPS con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas: a. En un territorio donde haya una sola EPS, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación. b. En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden EPS, los CAPS, en primer lugar, o la Nueva EPS, en segundo lugar, de prioridad, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas EPS con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes deberán asumir los afiliados de EPS liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados. 5. Si no existiesen los CAPS operando en los respectivos territorios, la Nueva EPS contratará los CAPS, si fuere necesario, o adscribirá la población a ella asignada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación. 6. Donde se requiera, la Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de la adscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los CAPS, así como apoyará al Ministerio de Salud y Protección Social en la estructuración de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Las EPS que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán	el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes deberán asumir los afiliados de EPS liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados. 5. Si no existiesen los CAPS operando en los respectivos territorios, la Nueva EPS contratará los CAPS, si fuere necesario, o adscribirá la población a ella asignada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación. 6. Donde se requiera, la Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de la adscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los CAPS, así como apoyará al Ministerio de Salud y Protección Social en la estructuración de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Las EPS que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social. 7. Se acordará con las EPS que así lo acuerden con el Gobierno nacional, la ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las RIITS que atenderán a la población adscrita a los CAPS. 8. Las EPS durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el SGSSS, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los CAPS. 9. Las EPS podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la	hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social. 7. Se acordará con las EPS que así lo acuerden con el Gobierno nacional, la ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las RIITS que atenderán a la población adscrita a los CAPS. 8. Las EPS durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el SGSSS, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los CAPS. 9. Las EPS podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud. 10. Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los CAPS, los trabajadores que, a la entrada en vigencia de la presente ley, trabajen en las EPS, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento. A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de	a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud. 10. Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los CAPS, los trabajadores que, a la entrada en vigencia de la presente ley, trabajen en las EPS, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento. A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
los CAPS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida. 11. La ADRES está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las EPS. Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la UPC cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las EPS hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud. Las competencias aquí previstas para la ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan. 12. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S. A. (CISA) podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles,	respectivas plantas de personal de los CAPS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida. 11. La ADRES está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las EPS. Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la UPC cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las EPS hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud. Las competencias aquí previstas para la ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan. 12. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S. A. (CISA) podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las EPS de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las EPS que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente ley. 13. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE) se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Hacienda y Crédito Público que	clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las EPS de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las EPS que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente ley. 13. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE) se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Gobierno nacional en cabeza del Ministerio	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
incluyan el pago de las acreencias que las EPS liquidadas competentes de conformidad a lo establecido en la presente ley. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos. 14. El Gobierno nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente Ley establecerá la reglamentación para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud. 15. El Gobierno nacional diseñará programas de fortalecimiento institucional y financiero para las ESE que se transformen en ISE, los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social. 16. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las EPS a Entidades Gestoras de Salud y Vida. Las EPS que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida	de Hacienda y Crédito Público que incluyan el pago de las acreencias que las EPS liquidadas competentes de conformidad a lo establecido en la presente ley. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos. 14. El Gobierno nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente Ley establecerá la reglamentación para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud. 15. El Gobierno nacional diseñará programas de fortalecimiento institucional y financiero para las ESE que se transformen en ISE, los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social. 16. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las EPS a Entidades Gestoras de Salud y Vida. Las EPS que no se transformen en	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud y Vida. La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las EPS, y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales. 17. Las ESE del orden Nacional se transformarán en ISE. Las Entidades Territoriales transformarán las ESE del orden territorial en ISE. Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva la transformación de las ESE de orden nacional y territorial en ISE, para el efecto el Gobierno nacional determinará las fases y periodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas. También se podrán transformar en ISE, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como ESE, y las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que, a la	Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud y Vida. La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las EPS, y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales. 17. Las ESE del orden Nacional se transformarán en ISE. Las Entidades Territoriales transformarán las ESE del orden territorial en ISE. Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva la transformación de las ESE de orden nacional y territorial en ISE, para el efecto el Gobierno nacional determinará las fases y periodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas. También se podrán transformar en ISE, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como ESE, y las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Las instituciones públicas prestadoras	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
entrada en vigencia de la presente ley, estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, las entidades territoriales las crearán como ISE del nivel de Gobierno que corresponda. En todo caso, las ISE mantendrán ininterrumpidamente la prestación de servicios de salud a su cargo. Los gerentes de las ESE transformadas en ISE, continuarán en el cargo hasta finalizar el período para el cual fueron nombrados, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente ley. Serán removidos por las mismas causales previstas en la Ley 909 de 2004 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, por la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exija o por la evaluación insatisfactoria prevista en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011 y de acuerdo con el procedimiento previsto en la citada norma. La composición de los órganos plurales de dirección de ISE, se implementarán en el término no mayor a un (1) año. 18. Las personas que, al 31 de diciembre de 2023, tengan deudas	de servicios de salud que, a la entrada en vigencia de la presente ley, estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, las entidades territoriales las crearán como ISE del nivel de Gobierno que corresponda. En todo caso, las ISE mantendrán ininterrumpidamente la prestación de servicios de salud a su cargo. Los gerentes de las ESE transformadas en ISE, continuarán en el cargo hasta finalizar el período para el cual fueron nombrados, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente ley. Serán removidos por las mismas causales previstas en la Ley 909 de 2004 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, por la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exija o por la evaluación insatisfactoria prevista en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011 y de acuerdo con el procedimiento previsto en la citada norma. La composición de los órganos plurales de dirección de ISE, se implementarán en el término no mayor a un (1) año. ~~18. Las personas que, al 31 de~~	Se elimina la condonación de intereses por parte del INVIMA, la cual deberá realizar el debido cobrar de conformidad con los mecanismos legales existentes en la legislación.

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), se les brindarán alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación: a. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. b. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago después de 3 meses y antes de 6 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. c. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago después de 6 meses y antes de 9 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. d. El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago después de 9 meses y antes de 12 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley.	~~diciembre de 2023, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), se les brindarán alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación:~~ ~~a. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley.~~ ~~b. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago después de 3 meses y antes de 6 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley.~~ ~~c. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago después de 6 meses y antes de 9 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. d. El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago después de 9 meses y antes de 12 meses siguientes a la entrada en vigencia~~	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
19. Se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, a través de las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, un mecanismo de crédito al sector salud enfocado al pago de pasivos de las EPS, que se transformarán en Gestoras de Salud y Vida, con giro y pago directo a los acreedores contemplados en el plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud. 20. Se habilita a la ADRES para servir de garante ante las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, para establecer un mecanismo de crédito enfocado al pago de pasivos e inversión de las instituciones privadas prestadoras de servicios de salud de mediana complejidad, y las IPS públicas de mediana y alta complejidad y en caso de incumplimiento de las obligaciones del crédito por parte de estas IPS, se autoriza a la ADRES para el pago de las cuotas y a su descuento directo que les corresponde. Para la aplicación del presente artículo el Gobierno nacional, hará la respectiva reglamentación.	~~de la presente ley.~~ ~~19~~ **18**. Se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, a través de las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, un mecanismo de crédito al sector salud enfocado al pago de pasivos de las EPS, que se transformarán en Gestoras de Salud y Vida, con giro y pago directo a los acreedores contemplados en el plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud. ~~20~~ **19**. Se habilita a la ADRES para servir de garante ante las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, para establecer un mecanismo de crédito enfocado al pago de pasivos e inversión de las instituciones privadas prestadoras de servicios de salud de mediana complejidad, y las IPS públicas de mediana y alta complejidad y en caso de incumplimiento de las obligaciones del crédito por parte de estas IPS, se autoriza a la ADRES para el pago de las cuotas y a su descuento directo que les corresponde. Para la aplicación del presente artículo el Gobierno nacional, hará la respectiva reglamentación.	
Artículo Nuevo. ***Fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos***	**Artículo Nuevo 13.** ***Fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos***	Se ajusta la numeración como Artículo 13

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
(Invima). El Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social bajo el marco de la política de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud, diseñará e implementará el plan integral de fortalecimiento para el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), para hacerlo ágil, transparente y moderno, aumentando sus capacidades en talento humano y mecanismos de evaluación de desempeño de estos, implementación de sistemas informáticos que automaticen procesos regulatorios y eliminación de barreras administrativas basado en la implementación de las mejores prácticas internacionales adoptados y adoptadas a la entidad. Además, se llevará a cabo una reestructuración de la entidad guiada por principios de innovación pública para lograr la agilidad, transparencia y modernización del Invima. Esta reestructuración deberá contar con el asesoramiento del Departamento Nacional de Planeación, el Departamento Administrativo de la Función Pública y el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.	***(Invima).*** El Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social bajo el marco de la política de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud, diseñará e implementará el plan integral de fortalecimiento para el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), para hacerlo ágil, transparente y moderno, aumentando sus capacidades en talento humano y mecanismos de evaluación de desempeño de estos, implementación de sistemas informáticos que automaticen procesos regulatorios y eliminación de barreras administrativas basado en la implementación de las mejores prácticas internacionales adoptados y adoptadas a la entidad. Además, se llevará a cabo una reestructuración de la entidad guiada por principios de innovación pública para lograr la agilidad, transparencia y modernización del Invima. Esta reestructuración deberá contar con el asesoramiento del Departamento Nacional de Planeación, el Departamento Administrativo de la Función Pública y el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.	
Parágrafo. Con el objeto de fortalecer la capacidad operativa	**Parágrafo.** Con el objeto de fortalecer la capacidad operativa	Se ajusta como Parágrafo del Artículo 13

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) en el control de productos que ingresan y salen del país, la entidad deberá garantizar la disponibilidad de atención continua durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en los puertos, aeropuertos y puntos fronterizos autorizados para el comercio internacional. Esta medida busca optimizar los tiempos de inspección, garantizar la seguridad sanitaria de los productos y prevenir el ingreso de mercancías que no cumplan con los requisitos legales y técnicos establecidos por la normatividad nacional.	del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) en el control de productos que ingresan y salen del país, la entidad deberá garantizar la disponibilidad de atención continua durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en los puertos, aeropuertos y puntos fronterizos autorizados para el comercio internacional. Esta medida busca optimizar los tiempos de inspección, garantizar la seguridad sanitaria de los productos y prevenir el ingreso de mercancías que no cumplan con los requisitos legales y técnicos establecidos por la normatividad nacional.	
Artículo Nuevo. ***Plan de incentivos para la promoción del deporte, la recreación y la actividad física.*** El Ministerio de Salud junto con el Ministerio del Deporte, en el marco de la comisión intersectorial para la coordinación y orientación superior del fomento, desarrollo y medición de impacto de la actividad física (CONIAF), dispondrán de 12 meses para presentar un plan de incentivos dirigidos a entidades territoriales que realicen la gestión territorial del modelo de ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles (CERSS), el cual contribuye, entre otros objetivos, a	**Artículo Nuevo 76.** ***Plan de incentivos para la promoción del deporte, la recreación y la actividad física.*** El Ministerio de Salud junto con el Ministerio del Deporte, en el marco de la comisión intersectorial para la coordinación y orientación superior del fomento, desarrollo y medición de impacto de la actividad física (CONIAF), dispondrán de 12 meses para presentar un plan de incentivos dirigidos a entidades territoriales que realicen la gestión territorial del modelo de ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles (CERSS), el cual	Se ajusta la numeración como Artículo 76

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
aumentar la accesibilidad y asequibilidad de la población a programas de deporte, recreación y actividad física, así como promover la educación sobre la importancia de estos en la prevención de enfermedades crónicas y la promoción de la salud en general. Los recursos del citado plan de incentivos, hará parte de la planificación sectorial e intersectorial, incluyendo recursos nacionales, territoriales, conforme competencias institucionales, y de otras fuentes como cooperación nacional e internacional. El plan tiene como propósito primordial la continuidad de los programas, proyectos y estrategias de la promoción de la actividad física y deporte, evitando periodos de tiempo de no garantía de dicha oferta a la población.	contribuye, entre otros objetivos, a aumentar la accesibilidad y asequibilidad de la población a programas de deporte, recreación y actividad física, así como promover la educación sobre la importancia de estos en la prevención de enfermedades crónicas y la promoción de la salud en general. Los recursos del citado plan de incentivos, hará parte de la planificación sectorial e intersectorial, incluyendo recursos nacionales, territoriales, conforme competencias institucionales, y de otras fuentes como cooperación nacional e internacional. El plan tiene como propósito primordial la continuidad de los programas, proyectos y estrategias de la promoción de la actividad física y deporte, evitando periodos de tiempo de no garantía de dicha oferta a la población.	
Artículo Nuevo. ***Programas y profesionales de actividad física para la prevención de enfermedades.*** Los centros de atención primaria en salud se articularán a programas de actividad física dispuesto por el sector de deporte y recreación y la entidad territorial respectiva en el marco del modelo CERSS, el cual facilita un ordenamiento territorial por la salud, la promoción de	**Artículo ~~Nuevo~~ 77. *Programas y profesionales de actividad física para la prevención de enfermedades.*** Los centros de atención primaria en salud se articularán a programas de actividad física dispuesto por el sector de deporte y recreación y la entidad territorial respectiva en el marco del modelo CERSS, el cual facilita un ordenamiento territorial por la salud, la promoción de	Se ajusta la numeración como Artículo 77

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
estilos de vida saludable y el fortalecimiento de las capacidades de los profesionales de la salud y comunitarios para realizar consejería actividad física en el marco de la atención integral y la garantía al derecho a la salud. Los programas de actividad física deberán ser desarrollados y supervisados por profesionales de la salud, de la educación física, deporte y/o recreación conforme la población y el territorio a atender, los cuales contarán con vinculación laboral por el sector deporte o la entidad territorial, conforme competencias.	estilos de vida saludable y el fortalecimiento de las capacidades de los profesionales de la salud y comunitarios para realizar consejería actividad física en el marco de la atención integral y la garantía al derecho a la salud. Los programas de actividad física deberán ser desarrollados y supervisados por profesionales de la salud, de la educación física, deporte y/o recreación conforme la población y el territorio a atender, los cuales contarán con vinculación laboral por el sector deporte o la entidad territorial, conforme competencias.	
Parágrafo 1°. Los programas de actividad física deberán estar diseñados para atender las necesidades y características específicas de cada persona, familia o comunidad, considerando su edad, estado de salud, estilos de vida, cultura y características del territorio.	**Parágrafo 1°.** Los programas de actividad física deberán estar diseñados para atender las necesidades y características específicas de cada persona, familia o comunidad, considerando su edad, estado de salud, estilos de vida, cultura y características del territorio.	
Parágrafo 2°. Los profesionales del área de la salud, actividad física, deporte y/o recreación, deberán estar disponibles para asesorar y orientar a las personas, familias y comunidades en relación con la actividad física, sus beneficios y la forma en que esta se pueda integrar a su estilo de vida, cultura y territorio.	**Parágrafo 2°.** Los profesionales del área de la salud, actividad física, deporte y/o recreación, deberán estar disponibles para asesorar y orientar a las personas, familias y comunidades en relación con la actividad física, sus beneficios y la forma en que esta se pueda integrar a su estilo de vida, cultura y territorio.	Sin modificaciones
Artículo Nuevo. ***Observatorio***	**Artículo ~~Nuevo~~ 79. *Observatorio***	Se ajusta la numeración como

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
nacional territorial de salud mental. Modifíquese lo dispuesto en el parágrafo del artículo 32 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así: Créese el Observatorio Nacional y territorial de salud mental el cual estará liderado y administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, como organismo independiente para el monitoreo y seguimiento a la encuesta nacional de salud mental. La encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco y demás encuestas, programas, instituciones o entidades que contengan en su poder datos nominales sobre la salud mental. Lo anterior, como mecanismo que permita la fácil identificación, focalización y sirva como instrumento de análisis, que ayude a establecer lineamientos para la prevención y orientación en temas relacionados con la salud mental. Para ello, el Observatorio Nacional y territorial de salud mental se encargará de actualizar la Encuesta Nacional de Salud Mental, la Encuesta Nacional de Adicciones, y mantendrá una investigación continua y permanente.	***nacional territorial de salud mental.*** Modifíquese lo dispuesto en el parágrafo del artículo 32 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así: Créese el Observatorio Nacional y territorial de salud mental el cual estará liderado y administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, como organismo independiente para el monitoreo y seguimiento a la encuesta nacional de salud mental. La encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco y demás encuestas, programas, instituciones o entidades que contengan en su poder datos nominales sobre la salud mental. Lo anterior, como mecanismo que permita la fácil identificación, focalización y sirva como instrumento de análisis, que ayude a establecer lineamientos para la prevención y orientación en temas relacionados con la salud mental. Para ello, el Observatorio Nacional y territorial de salud mental se encargará de actualizar la Encuesta Nacional de Salud Mental, la Encuesta Nacional de Adicciones, y mantendrá una investigación continua y permanente.	Artículo 79
Artículo Nuevo. ***Desestimación de la personalidad jurídica para la liquidación judicial.*** En cualquier momento del proceso de	**Artículo Nuevo 72.** ***Desestimación de la personalidad jurídica parab la liquidación judicial.*** En cualquier momento del proceso de	Se ajusta la numeración como Artículo 72

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
liquidación judicial que adelante la Superintendencia Nacional de Salud, si de las pruebas recaudadas se considera necesario establecer el beneficiario real de las operaciones o transacciones realizadas por personas jurídicas y naturales y/o patrimonios autónomos, el director de la actuación correspondiente podrá decretar como prueba el levantamiento del velo corporativo con el fin de identificar a los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales, y de determinar si procede su responsabilidad en los actos que provocaron la cesación de pagos de la vinculada o relacionadas. En cualquiera de los siguientes eventos se presumirá su responsabilidad: 1. Cuando se cuente con serios indicios de que la acción u omisión atribuida a la persona jurídica, haya sido producida por causa o con ocasión de las actuaciones de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales. 2. Cuando la persona jurídica promueva o se halle en estado de insolvencia o liquidación, y ponga en riesgo el resarcimiento de los recursos de la salud afectados. 3. Cuando la lección a los recursos de la salud o la afectación de intereses patrimoniales de	liquidación judicial que adelante la Superintendencia Nacional de Salud, si de las pruebas recaudadas se considera necesario establecer el beneficiario real de las operaciones o transacciones realizadas por personas jurídicas y naturales y/o patrimonios autónomos, el director de la actuación correspondiente podrá decretar como prueba el levantamiento del velo corporativo con el fin de identificar a los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales, y de determinar si procede su responsabilidad en los actos que provocaron la cesación de pagos de la vinculada o relacionadas. En cualquiera de los siguientes eventos se presumirá su responsabilidad: 1. Cuando se cuente con serios indicios de que la acción u omisión atribuida a la persona jurídica, haya sido producida por causa o con ocasión de las actuaciones de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales. 2. Cuando la persona jurídica promueva o se halle en estado de insolvencia o liquidación, y ponga en riesgo el resarcimiento de los recursos de la salud afectados. 3. Cuando la lección a los recursos de la salud o la afectación de intereses patrimoniales de	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
naturaleza pública y privada, se haya generado por explotación o apropiación de bienes o recursos de la salud en beneficios de terceros. 4. Cuando se requiera para el ejercicio de sus funciones y ante la inminencia de pérdida o pérdida de recursos de la salud por cobro de lo no debido o indebida aplicación de los recursos de la salud. 5. En los anteriores eventos se procederá al embargo de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.	naturaleza pública y privada, se haya generado por explotación o apropiación de bienes o recursos de la salud en beneficios de terceros. 4. Cuando se requiera para el ejercicio de sus funciones y ante la inminencia de pérdida o pérdida de recursos de la salud por cobro de lo no debido o indebida aplicación de los recursos de la salud. 5. En los anteriores eventos se procederá al embargo de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.	
Artículo Nuevo. ***Laboralización y formalización de las ISE.*** Las ISE vincularán laboralmente a personas que desarrollen actividades misionales, propias y permanentes a la entrada en vigencia de la presente ley, siempre que sea voluntad expresa de quien presta los servicios de salud. Esta vinculación se realizará en concordancia con la formalización del empleo público y bajo los criterios de meritocracia y vocación de permanencia establecidos en el artículo 82 de la Ley 2294 de 2023. Las ISE implementarán una planta temporal como mecanismo transitorio mientras se realizan los	**Artículo Nuevo ~~64~~. *Laboralización y formalización de las ISE.*** Las ISE vincularán laboralmente a personas que desarrollen actividades misionales, propias y permanentes a la entrada en vigencia de la presente ley, siempre que sea voluntad expresa de quien presta los servicios de salud. Esta vinculación se realizará en concordancia con la formalización del empleo público y bajo los criterios de meritocracia y vocación de permanencia establecidos en el artículo 82 de la Ley 2294 de 2023. Las ISE implementarán una planta temporal como mecanismo transitorio mientras se realizan los	Se ajusta la numeración como Artículo 64

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
estudios correspondientes para la provisión definitiva de la planta permanente para el nivel asistencial, técnico y profesional. La provisión de los empleos en la planta temporal deberá cumplir con el procedimiento señalado en la Ley 909 de 2004. En ausencia de lista de elegibles, los empleos en la planta temporal se asignarán de manera preferencial a las personas que cumplan con los requisitos establecidos y que, al momento de la entrada en vigencia de la presente ley, estén prestando servicios de salud y desarrollando actividades mediante una modalidad de vinculación diferente. En todo caso, para el proceso de vinculación, una vez cumplidos los requisitos, prima la antigüedad. El Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), junto con el Ministerio de Salud y Protección Social, diseñará en un plazo de un (1) año un modelo técnico estandarizado para la creación de plantas de personal en las ISE, garantizando el principio meritocrático, la formalización laboral voluntaria de quienes prestan servicios de salud.	estudios correspondientes para la provisión definitiva de la planta permanente para el nivel asistencial, técnico y profesional. La provisión de los empleos en la planta temporal deberá cumplir con el procedimiento señalado en la Ley 909 de 2004. En ausencia de lista de elegibles, los empleos en la planta temporal se asignarán de manera preferencial a las personas que cumplan con los requisitos establecidos y que, al momento de la entrada en vigencia de la presente ley, estén prestando servicios de salud y desarrollando actividades mediante una modalidad de vinculación diferente. En todo caso, para el proceso de vinculación, una vez cumplidos los requisitos, prima la antigüedad. El Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), junto con el Ministerio de Salud y Protección Social, diseñará en un plazo de un (1) año un modelo técnico estandarizado para la creación de plantas de personal en las ISE, garantizando el principio meritocrático, la formalización laboral voluntaria de quienes prestan servicios de salud.	
Artículo Nuevo. ***Trámites ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos***	**Artículo Nuevo ~~14~~.** ***Trámites ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos***	Se ajusta la numeración como Artículo 14

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
(Invima). Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) implementará las medidas y procesos que sean necesarias para garantizar el fortalecimiento y el crecimiento de la fabricación local de medicamentos en Colombia mediante la agilización y validación de un mecanismo para estos trámites por medio del cual previo cumplimiento de los requisitos técnicos y legales contemplados en la normatividad se obtenga las aprobaciones en un tiempo no mayor a 6 meses. A si mismo que para los medicamentos importados se les impongan los mismos condicionamiento y controles que se exige a los medicamentos nacionales para poder otorgar los registros.	***(Invima).*** Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) implementará las medidas y procesos que sean necesarias para garantizar el fortalecimiento y el crecimiento de la fabricación local de medicamentos en Colombia mediante la agilización y validación de un mecanismo para estos trámites por medio del cual previo cumplimiento de los requisitos técnicos y legales contemplados en la normatividad se obtenga las aprobaciones en un tiempo no mayor a 6 meses. A si mismo que para los medicamentos importados se les impongan los mismos condicionamiento y controles que se exige a los medicamentos nacionales para poder otorgar los registros.	
Artículo Nuevo. ***Actualización de guías de práctica clínica, lineamientos o protocolos para la atención integral en salud.*** El Ministerio de Salud y Protección Social liderará los procesos para la actualización continua y permanente de las guías de práctica Clínica, protocolos y lineamientos que guían la práctica clínica basada en buenas prácticas para el sistema de salud colombiano. Para esto podrá, en virtud de los cambios al sistema que se derivan de la presente ley,	**Artículo Nuevo ~~53~~.** ***Actualización de guías de práctica clínica, lineamientos o protocolos para la atención integral en salud.*** El Ministerio de Salud y Protección Social liderará los procesos para la actualización continua y permanente de las guías de práctica Clínica, protocolos y lineamientos que guían la práctica clínica basada en buenas prácticas para el sistema de salud colombiano. Para esto podrá, en virtud de los cambios al sistema que se derivan de la presente ley,	Se ajusta la numeración como Artículo 53

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
convocar a diferentes actores del sistema de salud incluyendo actores institucionales, representantes de la academia, Instituciones prestadores de servicios de salud, pacientes, comunidades, entre otras.	convocar a diferentes actores del sistema de salud incluyendo actores institucionales, representantes de la academia, Instituciones prestadores de servicios de salud, pacientes, comunidades, entre otras.	
Artículo Nuevo. El Estado dispondrá de los recursos necesarios para la caracterización y focalización de las personas con discapacidad, en ese sentido se garantizará para el solicitante la gratuidad de la certificación de discapacidad y la inclusión de esta población en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD).	**Artículo Nuevo ~~78~~.** ***Caracterización de las personas en condición de discapacidad***. El Estado dispondrá de los recursos necesarios para la caracterización y focalización de las personas con discapacidad, en ese sentido se garantizará para el solicitante la gratuidad de la certificación de discapacidad y la inclusión de esta población en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD).	Se ajusta la numeración como Artículo 78 Se adiciona un título
Artículo Nuevo. El Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, definirá la política de autocuidado reconociendo la importancia de promoción de hábitos saludables y la formación de pacientes informados como uno de los pilares del sistema de salud. La política de autocuidado deberá ser revisada cada 10 años y deberá contar con recursos de inversión del Ministerio de Salud y Protección Social. La política de autocuidado deberá contar con los siguientes elementos:	**Artículo Nuevo ~~78~~.** ***Política del autocuidado.*** El Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, definirá la política de autocuidado reconociendo la importancia de promoción de hábitos saludables y la formación de pacientes informados como uno de los pilares del sistema de salud. La política de autocuidado deberá ser revisada cada 10 años y deberá contar con recursos de inversión del Ministerio de Salud y Protección Social. La política de autocuidado deberá contar con los siguientes	Se ajusta la numeración como Artículo 78 Se adiciona un título

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
• Alfabetización en salud • Autoconocimiento y autoconciencia física y mental • Actividad física • Alimentación saludable • Prevención de riesgos • Buena higiene • Uso adecuado de productos y servicios de salud	elementos: • Alfabetización en salud • Autoconocimiento y autoconciencia física y mental • Actividad física • Alimentación saludable • Prevención de riesgos • Buena higiene • Uso adecuado de productos y servicios de salud	
Artículo Nuevo. Modifíquese el parágrafo 1° del artículo 6° de la Ley 1917 de 2018, el cual quedará así: **Parágrafo 1°.** Con los recursos establecidos en el presente artículo se financiará el sostenimiento del residente por un monto de tres salarios mínimos legales mensuales vigentes, por un plazo máximo que será la duración del programa de especialización médico- quirúrgica, según la información reportada oficialmente por las instituciones de educación superior al Ministerio de Educación Nacional. Harán parte de los recursos con los que se financia el apoyo de sostenimiento educativo, los rendimientos financieros que dichos recursos generen, los cuales podrán ser destinados al cubrimiento de los costos de administración y operación y a la ampliación de la cobertura del Sistema Nacional de Residencias	**Artículo ~~Nuevo~~ 60.** Modifíquese el **P**arágrafo 1° del artículo 6° de la Ley 1917 de 2018, el cual quedará así: **Parágrafo 1°.** Con los recursos establecidos en el presente artículo se financiará el sostenimiento del residente por un monto de tres salarios mínimos legales mensuales vigentes, por un plazo máximo que será la duración del programa de especialización médico- quirúrgica, según la información reportada oficialmente por las instituciones de educación superior al Ministerio de Educación Nacional. Harán parte de los recursos con los que se financia el apoyo de sostenimiento educativo, los rendimientos financieros que dichos recursos generen, los cuales podrán ser destinados al cubrimiento de los costos de administración y operación y a la ampliación de la cobertura del Sistema Nacional de Residencias	Se ajusta la numeración como Artículo 60

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
Médicas. El Ministerio de Salud podrá financiar el sostenimiento de estudiantes colombianos que cursen programas de especialización médico quirúrgica en el exterior, para lo cual reglamentará los requisitos para aplicar y definir los beneficiarios del apoyo del sostenimiento educativo del que trata la presente ley.	Médicas. ~~El Ministerio de Salud podrá financiar el sostenimiento de estudiantes colombianos que cursen programas de especialización médico quirúrgica en el exterior, para lo cual reglamentará los requisitos para aplicar y definir los beneficiarios del apoyo del sostenimiento educativo del que trata la presente ley.~~	
Artículo Nuevo. ***Trámite expedito para convalidación de títulos en salud obtenidos en el extranjero.*** Se modifica el artículo 62 de la Ley 1753 de 2015, el cual quedará de la siguiente manera. Artículo 62. Convalidación de títulos en educación superior. El Ministerio de Educación Nacional establecerá, mediante un reglamento específico, el procedimiento de convalidación de títulos extranjeros de acuerdo con los criterios legalmente establecidos, y según los acuerdos internacionales que existan al respecto. El Ministerio de Educación Nacional contará con dos (2) meses para resolver las solicitudes de convalidación de títulos, cuando la institución que otorga el título que se somete a convalidación o el programa académico que conduce a la	**Artículo ~~Nuevo~~ 61.** ***Trámite expedito para convalidación de títulos en salud obtenidos en el extranjero.*** Se modifica el artículo 62 de la Ley 1753 de 2015, el cual quedará de la siguiente manera. Artículo 62. Convalidación de títulos en educación superior. El Ministerio de Educación Nacional establecerá, mediante un reglamento específico, el procedimiento de convalidación de títulos extranjeros de acuerdo con los criterios legalmente establecidos, y según los acuerdos internacionales que existan al respecto. El Ministerio de Educación Nacional contará con dos (2) meses para resolver las solicitudes de convalidación de títulos, cuando la institución que otorga el título que se somete a convalidación o el programa académico que conduce a la	Se ajusta la numeración como Artículo 61

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
expedición del título a convalidar se encuentren acreditados, o cuenten con un reconocimiento equivalente por parte de una entidad certificadora o evaluadora de alta calidad, reconocida en el país de procedencia del título o a nivel internacional. Las solicitudes de convalidación de los títulos universitarios oficiales, no incluidos en los supuestos del inciso anterior, se resolverán en un plazo máximo de cuatro (4) meses. Los títulos propios o no oficiales no serán susceptibles de convalidación. Las solicitudes de convalidación de títulos obtenidos en el extranjero que pertenezcan al área de la salud, y que correspondan a las señaladas en el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES), serán tramitadas a través de un procedimiento especial y expedito, para tal efecto, el Ministerio de Educación Nacional reglamentará dicho procedimiento de convalidación, en coordinación con el Departamento Administrativo de la Función Pública, además de efectuar los ajustes internos necesarios para atender estas solicitudes. El término para que el Ministerio de Educación Nacional convalide los títulos obtenidos en el	expedición del título a convalidar se encuentren acreditados, o cuenten con un reconocimiento equivalente por parte de una entidad certificadora o evaluadora de alta calidad, reconocida en el país de procedencia del título o a nivel internacional. Las solicitudes de convalidación de los títulos universitarios oficiales, no incluidos en los supuestos del inciso anterior, se resolverán en un plazo máximo de cuatro (4) meses. Los títulos propios o no oficiales no serán susceptibles de convalidación. Las solicitudes de convalidación de títulos obtenidos en el extranjero que pertenezcan al área de la salud, y que correspondan a las señaladas en el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES), serán tramitadas a través de un procedimiento especial y expedito, para tal efecto, el Ministerio de Educación Nacional reglamentará dicho procedimiento de convalidación, en coordinación con el Departamento Administrativo de la Función Pública, además de efectuar los ajustes internos necesarios para atender estas solicitudes. El término para que el Ministerio de Educación Nacional convalide los títulos obtenidos en el	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
extranjero que pertenezcan al área de la salud, será en un término improrrogable de treinta (30) días calendario sin dejar de observar las condiciones indicadas en este artículo. Los programas de pregrado del área de la salud que no tengan un programa equivalente y activo en Colombia no podrán ser convalidados. El incumplimiento de los términos establecidos en este artículo será causal de mala conducta.	extranjero que pertenezcan al área de la salud, será en un término improrrogable de treinta (30) días calendario sin dejar de observar las condiciones indicadas en este artículo. Los programas de pregrado del área de la salud que no tengan un programa equivalente y activo en Colombia no podrán ser convalidados. El incumplimiento de los términos establecidos en este artículo será causal de mala conducta.	
Parágrafo primero. Los títulos otorgados por instituciones de educación superior, pero no validados por las autoridades de educación oficiales del país de origen de la institución y denominados como universitarios no oficiales o propios, otorgados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, no serán objeto de convalidación.	**Parágrafo ~~primero~~ 1°.** Los títulos otorgados por instituciones de educación superior, pero no validados por las autoridades de educación oficiales del país de origen de la institución y denominados como universitarios no oficiales o propios, otorgados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, no serán objeto de convalidación.	Se ajusta la numeración del Parágrafo
Parágrafo segundo. Las instituciones estatales no podrán financiar con recursos públicos, aquellos estudios de educación superior que conduzcan a la obtención de títulos universitarios no oficiales o propios.	**Parágrafo ~~segundo~~ 2°.** Las instituciones estatales no podrán financiar con recursos públicos, aquellos estudios de educación superior que conduzcan a la obtención de títulos universitarios no oficiales o propios.	Se ajusta la numeración del Parágrafo
Artículo Nuevo. ***Financiamiento de la ciencia, innovación tecnológica e investigación en salud.*** Autorízase al Gobierno nacional para incorporar las partidas	**Artículo ~~Nuevo~~ 15.** ***Financiamiento de la ciencia, innovación tecnológica e investigación en salud.*** ~~Autorízase~~ **Autorícese** al Gobierno nacional para incorporar	Se ajusta la numeración como Artículo 15 y se ajusta una palabra

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
bpresupuestales para el fortalecimiento y mejoramiento científico, tecnológico y de innovación del Instituto Nacional de Salud (INS), a través de planes y programas que contribuyan a la salud pública, lo anterior, de acuerdo con la disponibilidad de recursos, el marco fiscal de mediano plazo y el marco de gasto de mediano plazo.	las partidas presupuestales para el fortalecimiento y mejoramiento científico, tecnológico y de innovación del Instituto Nacional de Salud (INS), a través de planes y programas que contribuyan a la salud pública, lo anterior, de acuerdo con la disponibilidad de recursos, el marco fiscal de mediano plazo y el marco de gasto de mediano plazo.	
Artículo Nuevo. *Modelo comunitario de salud mental.* El Ministerio de Salud y Protección Social deberá implementar una red comunitaria de salud mental, entrelazando la participación comunitaria con los CAPS, gestoras de salud y vida, entes territoriales, locales y/o distritales, instituciones educativas, y demás actores relacionados, con el f in de que promuevan la prevención de riesgo en salud mental, la identificación de signos de alarma en niños, jóvenes, adultos y todos los actores de la comunidad, y así brindar la capacitación pertinente e idónea en primeros auxilios psicológicos; desarrollando acciones integradas en el marco de las rutas de atención acordes a las condiciones psicosociales y geográficas de la zona.	**Artículo ~~Nuevo~~ 51. *Modelo comunitario de salud mental.*** El Ministerio de Salud y Protección Social deberá implementar una red comunitaria de salud mental, entrelazando la participación comunitaria con los CAPS, gestoras de salud y vida, entes territoriales, locales y/o distritales, instituciones educativas, y demás actores relacionados, con el f in de que promuevan la prevención de riesgo en salud mental, la identificación de signos de alarma en niños, jóvenes, adultos y todos los actores de la comunidad, y así brindar la capacitación pertinente e idónea en primeros auxilios psicológicos; desarrollando acciones integradas en el marco de las rutas de atención acordes a las condiciones psicosociales y geográficas de la zona.	Se ajusta la numeración como Artículo 51
Artículo Nuevo. *Estímulos especiales para los investigadores.* Establézcase el sistema de	**~~Artículo Nuevo. *Estímulos especiales para los investigadores.*~~** ~~Establézcase el sistema de~~	Se elimina el Artículo teniendo en cuanto que no se cuenta con aval fiscal que garantice los recursos

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
estímulos especiales al personal de investigadores y sus equipos de trabajo en ejercicio de las actividades científicas y tecnológicas a cargo del Instituto Nacional de Salud con el fin de impulsar el desarrollo científico, técnico, tecnológico, de innovación en salud pública y la soberanía sanitaria del país. Dicho sistema consistirá en bonos adicionales al salario básico del personal dedicado a la investigación por logros en materia de publicaciones en revistas indexadas de alto impacto, patentes registradas o participación en proyectos colaborativos internacionales. Igualmente, como parte del reconocimiento profesional al personal dedicado a la investigación y a sus grupos de trabajo, se establecerán premios institucionales anuales para investigadores destacados, se facilitará su participación en congresos internacionales cubriendo los costos respectivos, fondos para cursos, certificaciones, o estancias en centros internacionales, así como intercambios y pasantías por periodos específicos determinados por las necesidades de los proyectos de investigación priorizados por la agenda de	~~estímulos especiales al personal de investigadores y sus equipos de trabajo en ejercicio de las actividades científicas y tecnológicas a cargo del Instituto Nacional de Salud con el fin de impulsar el desarrollo científico, técnico, tecnológico, de innovación en salud pública y la soberanía sanitaria del país.~~ ~~Dicho sistema consistirá en bonos adicionales al salario básico del personal dedicado a la investigación por logros en materia de publicaciones en revistas indexadas de alto impacto, patentes registradas o participación en proyectos colaborativos internacionales.~~ ~~Igualmente, como parte del reconocimiento profesional al personal dedicado a la investigación y a sus grupos de trabajo, se establecerán premios institucionales anuales para investigadores destacados, se facilitará su participación en congresos internacionales cubriendo los costos respectivos, fondos para cursos, certificaciones, o estancias en centros internacionales, así como intercambios y pasantías por periodos específicos determinados por las necesidades de los proyectos de investigación priorizados por la agenda de~~	para cubrir dichos incentivos

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
investigación que determine el instituto y sus órganos de dirección, según sus competencia y acorde a las prioridades de salud pública del país.	~~investigación que determine el instituto y sus órganos de dirección, según sus competencia y acorde a las prioridades de salud pública del país.~~	
Parágrafo. El Instituto Nacional de Salud participará en las redes colaborativas de investigación global, en los asuntos de salud pública que interesen al país, promoverá las redes internas de investigación, facilitará las pasantías de investigadores extranjeros y nacionales en las redes internacionales y nacionales en los proyectos de investigación de interés y será el centro de referencia nacional de salud pública, el cual podrá en asocio con particulares y otros gobiernos e instituciones de salud pública, gestionar recursos para fortalecer la investigación en los temas de interés nacional, así como para su aplicación a los proyectos que se realicen por parte de las redes o de su participación en las mismas.	**~~Parágrafo.~~** ~~El Instituto Nacional de Salud participará en las redes colaborativas de investigación global, en los asuntos de salud pública que interesen al país, promoverá las redes internas de investigación, facilitará las pasantías de investigadores extranjeros y nacionales en las redes internacionales y nacionales en los proyectos de investigación de interés y será el centro de referencia nacional de salud pública, el cual podrá en asocio con particulares y otros gobiernos e instituciones de salud pública, gestionar recursos para fortalecer la investigación en los temas de interés nacional, así como para su aplicación a los proyectos que se realicen por parte de las redes o de su participación en las mismas.~~	Se elimina el Parágrafo el eliminarse el Artículo Nuevo
Artículo Nuevo. *Acceso a la información del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) por parte de la Contraloría General de la República.* La Contraloría General de la República ejercerá vigilancia y control fiscal sobre la gestión de los recursos del sistema de salud colombiano, con base en	**Artículo ~~Nuevo~~ 12*. Acceso a la información del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) por parte de la Contraloría General de la República.*** La Contraloría General de la República ejercerá vigilancia y control fiscal**, especial y permanente,** sobre la gestión de los recursos del sistema de salud	Se ajusta la numeración como Artículo 12

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
la información reportada en el Sistema Público Unificado e Interoperable de información en Salud (SPUIIS) u otro sistema de información o base de datos, conforme a lo dispuesto en el artículo 7° de la presente ley. A ese efecto, la Dirección de Análisis y Reacción inmediata (DIARI) de la Contraloría General de la República tendrá acceso pleno y en tiempo real a la información registrada en el SPUIIS, en el marco de sus competencias definidas por la ley.	colombiano, con base en la información reportada en el Sistema Público Unificado e Interoperable de información en Salud (SPUIIS) u otro sistema de información o base de datos, conforme a lo dispuesto en el artículo 7° de la presente ley. ~~A ese efecto, la Dirección de Análisis y Reacción inmediata (DIARI) de la Contraloría General de la República tendrá acceso pleno y en tiempo real a la información registrada en el SPUIIS, en el marco de sus competencias definidas por la ley.~~	
Artículo Nuevo. La Superintendencia Nacional de Salud reglamentará las sanciones que deberán ser impuestas a las ISE o a las gestoras de salud y vida que registren permanentemente fallos de tutela en su contra por los mismos hechos, causas o razones.	**Artículo ~~Nuevo~~ 66.** La Superintendencia Nacional de Salud reglamentará las sanciones que deberán ser impuestas a las ISE o a las **G**estoras de **S**alud y **V**ida que registren permanentemente fallos de tutela en su contra por los mismos hechos, causas o razones.	Se ajusta la numeración como Artículo 66
Artículo Nuevo. *Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado.* El Consejo directivo de las ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera: 1. El Gobernador o el Alcalde distrital o municipal, o su delegado, según corresponda, quien la presidirá. 2. El director territorial de salud o el secretario de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.	**Artículo Nuevo. *Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado.*** El Consejo directivo de las ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera: 1. El Gobernador o el Alcalde distrital o municipal, o su delegado, según corresponda, quien la presidirá. 2. El director territorial de salud o el secretario de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.	Se elimina la representación de proveedores y se delimita a la participación de un representante de las ligas de usuarios.

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
3. El director territorial de planeación o quien haga sus veces de la entidad departamental, distrital o municipal o su delegado. 4. Un (1) representante de las comunidades, que tengan relación con las ISE respetiva, bien sea como paciente, proveedores, usuarios y demás, designados por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, que igualmente tengan relación o radio de acción con la ISE mediante convocatoria realizada por parte de la dirección departamental, distrital o municipal de salud. 5. Un (1) representante de los trabajadores de la salud de la institución. 6. Un (1) representante de los alcaldes para la (ISE) departamentales. 7. Un (1) representante de las facultades académicas de salud para el caso de las (ISE) de mediana y alta complejidad.	3. El director territorial de planeación o quien haga sus veces de la entidad departamental, distrital o municipal o su delegado. 4. Un (1) representante de **los** ~~las comunidades, que tengan relación con las ISE respetiva, bien sea como paciente, proveedores,~~ usuarios ~~y demás,~~ designados por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, que igualmente tengan relación o radio de acción con la ISE mediante convocatoria realizada por parte de la dirección departamental, distrital o municipal de salud. 5. Un (1) representante de los trabajadores de la salud de la institución. 6. Un (1) representante de los alcaldes para la (ISE) departamentales. 7. Un (1) representante de las facultades académicas de salud para el caso de las (ISE) de mediana y alta complejidad.	
Parágrafo 1°. Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para el periodo inmediatamente siguiente.	**Parágrafo 1°.** Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para el periodo inmediatamente siguiente.	Sin modificaciones
Parágrafo 2°. Cuando la (ISE) tenga sedes en más de un (1) municipio, incluirá en su consejo directivo, al secretario de salud de los	**Parágrafo 2°.** Cuando la (ISE) tenga sedes en más de un (1) municipio, incluirá en su consejo directivo, al secretario de salud de los	Sin modificaciones

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
respectivos municipios.	respectivos municipios.	
Parágrafo 3°. Cuando exista empate respecto de una materia sujeta a votación y aprobación por parte del consejo directivo, se resolverá con el voto de quien preside la junta directiva. En todo caso, cuando se trate de aprobar el presupuesto de la ISE se requiere el voto favorable del presidente del consejo directivo.	**Parágrafo 3°.** Cuando exista empate respecto de una materia sujeta a votación y aprobación por parte del consejo directivo, se resolverá con el voto de quien preside la junta directiva. En todo caso, cuando se trate de aprobar el presupuesto de la ISE se requiere el voto favorable del presidente del consejo directivo.	Sin modificaciones
Parágrafo 4°. Las Empresas Sociales del Estado del orden nacional se en transformarán en ISE de orden nacional, y conservarán la misma conformación de sus juntas directivas, bajo la denominación de Consejos Directivos, y funciones aplicables a las ESE.	**Parágrafo 4°.** Las Empresas Sociales del Estado del orden nacional se en transformarán en **Instituciones de Salud del Estado (ISE)** de orden nacional, y conservarán la misma conformación de sus juntas directivas, bajo la denominación de Consejos Directivos, y funciones aplicables a las ESE.	Se ajusta el nombre de las Instituciones de Salud del Estado (ISE)
Parágrafo 5°. El nombramiento del director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con el cargo se hará de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente y aplicable a los gerentes de las Empresas Sociales del Estado, a la vigencia de la presente ley.	**Parágrafo 5°.** El nombramiento del director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con el cargo se hará de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente y aplicable a los gerentes de las Empresas Sociales del Estado, a la vigencia de la presente ley.	Sin modificaciones
Artículo Nuevo. ***De las entidades adaptadas al sistema.*** Las entidades que a la entrada en vigencia de la presente ley se encuentran autorizadas como entidades adaptadas, según lo dispuesto en el artículo 236 de la Ley 100 de 1993, conservarán tal	**Artículo Nuevo 81.** ***De las entidades adaptadas al sistema.*** Las entidades que a la entrada en vigencia de la presente ley se encuentran autorizadas como entidades adaptadas, según lo dispuesto en el artículo 236 de la Ley 100 de 1993, conservarán tal calidad hasta	Se ajusta la numeración como Artículo 81

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
calidad hasta cuando el número de afiliados sea inferior al treinta por ciento (30%) de los que acreditó al momento de su autorización o a dos mil (2.000) afiliados, lo que ocurra primero.	cuando el número de afiliados sea inferior al treinta por ciento (30%) de los que acreditó al momento de su autorización o a dos mil (2.000) afiliados, lo que ocurra primero.	
Artículo Nuevo. ***Silencio administrativo positivo.*** El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) tendrá un plazo máximo de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de radicación de cada trámite, para emitir una respuesta. Si al finalizar este término no se ha resuelto la solicitud, se entenderá, para todos los efectos legales, que se aplica el silencio administrativo positivo, lo cual implicará que el trámite se considerará aprobado.	~~**Artículo Nuevo.** ***Silencio administrativo positivo.*** El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) tendrá un plazo máximo de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de radicación de cada trámite, para emitir una respuesta. Si al finalizar este término no se ha resuelto la solicitud, se entenderá, para todos los efectos legales, que se aplica el silencio administrativo positivo, lo cual implicará que el trámite se considerará aprobado.~~	Se elimina por el impacto que puede generar dicha medida en la salud pública. Actualmente el INVIMA tiene un procedimiento especial para el trámite de licencias.
Parágrafo. Lo dispuesto en este artículo no será aplicable a trámites relacionados con medicamentos.	~~**Parágrafo.** Lo dispuesto en este artículo no será aplicable a trámites relacionados con medicamentos.~~	Se elimina el eliminar también el Artículo nuevo
Artículo Nuevo. ***Convalidación de títulos de talento humano.*** El Ministerio de Educación Nacional en colaboración con el Ministerio de Salud y Protección Social, facilitará y dará prioridad al proceso de convalidación de títulos académicos del talento humano en salud, con el fin de aumentar el personal con posgrado en sector salud.	~~**Artículo Nuevo.** ***Convalidación de títulos de talento humano.*** El Ministerio de Educación Nacional en colaboración con el Ministerio de Salud y Protección Social, facilitará y dará prioridad al proceso de convalidación de títulos académicos del talento humano en salud, con el fin de aumentar el personal con posgrado en sector salud.~~	Se elimina el Artículo en cuanto a que debe seguir el mismo procedimiento para todas las profesiones.
Parágrafo. El evaluador de la	~~**Parágrafo.** El evaluador de la~~	Se elimina el Parágrafo el

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
convalidación deberá ser un par académico, con el objetivo de garantizar y agilizar el trámite en la entidad encargada para la solicitud.	~~convalidación deberá ser un par académico, con el objetivo de garantizar y agilizar el trámite en la entidad encargada para la solicitud.~~	eliminarse el Artículo
	Parágrafo Nuevo. El Ministerio de Salud y Proyección Social, dentro de los seis (6) meses siguientes la vigencia de esta Ley, reglamentará las funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los Equipos Básicos de Salud (EBAS) que operan en el territorio, evitando que se presente una duplicidad de funciones.	Se adiciona un Parágrafo nuevo
	Parágrafo Nuevo. La primera etapa del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) deberá comenzarse a implementar en un plazo máximo de un (1) años con la información disponible en el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES, Superintendencia Nacional de Salud y las Empresas Promotoras de Salud (EPS).	Se adiciona un Parágrafo nuevo
	Artículo 9°. ***Veedor Fiscal del Sistema de Seguridad Social en Salud***. Créese la figura del Veedor Fiscal del Sistema de Seguridad Social en Salud como un órgano independiente que tendrá como función principal la inspección, vigilancia y control del Fondo Único Público de Salud a cargo de Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y el	Se ajusta la numeración como Artículo 9°

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
	seguimiento a los reportes del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).	
	Artículo 10°. *Designación del Veedor Fiscal del Sistema de Seguridad Social en Salud*. La designación del Veedor Fiscal del Sistema de Seguridad Social en Salud estará a cargo del Consejo Nacional de Salud.	Se ajusta la numeración como Artículo 10
	Artículo 27. *Comité de Expertos para la definición, monitoreo y ajuste de la UPC.* Conformese el Comité de Expertos para la definición, monitoreo y ajuste de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), como organismo asesor adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social de carácter permanente y técnico, el cual emitirá conceptos técnicos, jurídicos, económicos, actuariales y/o financieros con carácter vinculante para efectos de definir, cuantificar, monitorear y ajustar la Unidad de Pago por Capitación (UPC) cada año y los Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas en la UPC.	Se crea como Artículo 27 en cuanto a la creación del Comité de Expertos para la definición, monitoreo y ajuste de la UPC, el cual se encuentra establecido en el Artículo 2° del Proyecto de Ley 341 de 2024-Senado: *"Por medio de la cual se establece el procedimiento, mecanismo, instancias y elementos para la definición, monitoreo y ajuste de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y presupuestos máximos, del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"*
	Artículo 28. *Integrantes del Comité de Expertos.* El Comité de Expertos estará integrado de la siguiente forma: a) Será presidido por el (la) Ministro (a) de Salud y Protección Social, quien ejercerá su rol de forma	Se crea como Artículo 28 las funciones del Comité de Expertos se crean como un Artículo Nuevo las cuales se encuentran establecidas en el Artículo 3° del Proyecto de Ley 341 de 2024-Senado

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
	indelegable, respetando la independencia y autonomía del Comité de Expertos. No obstante, si por causa de fuerza mayor no pudiere estar presente el Ministro de Salud y Protección Social, el Comité de Expertos podrá ser presidido por cualquiera de los miembros de manera aleatoria; no siendo su ausencia motivo de impedimento para realizar la respectiva sesión. b) Un (a) (1) representante del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, quien deberá ser el (la) Ministro (a) en funciones o el Viceministro (a) Técnico (a). c) Un (a) (1) representante del Departamento Nacional de Planeación, ejercido por el (la) Director (a) en funciones o el subdirector (a) delegado. d) Seis (6) expertos con amplio reconocimiento académico y profesional en los sectores de la salud, economía de la salud, ciencias actuariales y/o seguridad social, elegidos por mayoría simple de sus miembros, de ternas propuestas por cada uno de los siguientes actores: i) Centros de investigación en salud (un representante). ii) Centros de investigación en economía de la salud (un representante). iii) Asociación Colombiana de	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
	Universidades (un representante). iv) Prestadores de salud públicos y privados a través de sus respectivos gremios (un representante). v) EPS públicas y privadas a través de sus respectivos gremios (un representante). vi) Asociaciones de Usuarios, pacientes o enfermedades de alto costo y afiliados de las EPS (un representante).	
	Parágrafo 1°. Los seis (6) expertos serán designados para periodos fijos de cuatro (4) años, no estarán sujetos a las disposiciones que regulan la carrera administrativa, no siendo sujetos a libre nombramiento y remoción; y podrán ser reelegidos por una única vez. Del periodo de cuatro años, estarán los dos (2) últimos años del gobierno que los elige y dos (2) años del gobierno siguiente.	Se crea como Parágrafo 1° al Artículo 28
	Parágrafo 2°. Podrán asistir como invitados permanentes al Comité de Expertos, con voz y sin voto, representantes del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, la Asociación Colombiana de Actuarios, la Cuenta de Alto Costo, la Superintendencia de Salud, la Contraloría General de la República, Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo y dos (2)	Se crea como Parágrafo 2° al Artículo 28

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
	delegados de las Comisiones Séptimas del Congreso de la República.	
	Parágrafo Transitorio: Para la conformación del primer periodo del Comité de Expertos, sus miembros serán elegidos por los delegados del Gobierno Nacional. Tres (3) de los seis (6) integrantes electos por ternas tendrán un periodo que durará por el primer periodo dos (2) años.	Se crea como Parágrafo Transitorio al Artículo 28
	Artículo Nuevo. *Funciones del Comité de Expertos*. Las funciones indelegables del Comité de Expertos serán las siguientes: 1. Definir los servicios financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC – con criterios de inclusión de servicios y tecnologías a financiarse, teniendo en cuenta los conceptos técnicos de entidades como el IETS, el INVIMA y la academia. 2. Proponer al Ministerio de Salud y Protección Social los indicadores de satisfacción de usuarios, indicadores de salud y de uso eficiente de recursos, su evaluación y la definición de incentivos para los actores del sistema que acrediten un buen desempeño y su cumplimiento. 3. Definir de manera vinculante el valor de la UPC vigente para el año siguiente, así como los valores asociados a copagos y cuotas	Se crea como Artículo 29 las funciones del Comité de Expertos de la UPC

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
	moderadoras para cada vigencia, con expedición anterior al 30 de diciembre de cada año. 4. Realizar anualmente el informe de suficiencia y los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC, Presupuestos Máximos o tecnologías no incluidas en la UPC y presentarlo al Ministerio de Salud y Protección Social, Congreso de la República y representantes de las partes interesadas del sector salud. Este pronunciamiento será publicado para recibir comentarios y aportes hasta antes del 30 de noviembre de cada anualidad. 5. Formular estudios técnicos sobre temas asociados al SGSSS, incluyendo financiamiento, flujo de los recursos en el sistema, utilización de los servicios de salud, los cuales serán de consulta pública y sometidos a revisión académica. 6. Proponer al Gobierno Nacional la formulación y ejecución de planes de saneamiento de las cuentas de servicios y tecnologías en salud, financiados y no financiados con cargo a la UPC. 7. Definir el reajuste, la activación del mecanismo de cobertura y pago contenido en el artículo 10 de esta ley, cuando se determine que la UPC asignada, Presupuestos Máximos o tecnologías no incluidas en la UPC son insuficientes para asumir los servicios en salud de la	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
	población afiliada. 8. Identificar y formular recomendaciones tendientes a contar con datos confiables y oportunos en tiempo real, al interior del sistema único de Información, orientado a la transparencia en la utilización de los recursos de salud.	
	Parágrafo 1°. El acto administrativo mediante el cual se define la UPC vigente para cada año deberá contar con un certificado en su metodología por parte de dos universidades con amplia presencia nacional, definidas por el Comité de Expertos. A su vez dicha metodología y los datos, serán de acceso público y se contará con un canal virtual habilitado por la Secretaría Técnica del Comité, que permita consultar, realizar recomendaciones y sugerencias de manera continua por parte de agentes públicos y privados especializados en la materia. Se informará oficialmente acerca de la apertura de dicho canal a los actores a que se hace referencia en el presente inciso tales como organismos de control fiscal, instituciones de educación superior, órganos y comités autónomos entre otros; y al Congreso de la República, para realizar la revisión previa proyecto normativo de dicho acto	Se crea como Parágrafo 1° del Artículo 29

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
	administrativo, a partir de su primera versión.	
	Parágrafo 2°. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público garantizará las apropiaciones y adiciones presupuestales, así como el giro oportuno, a que haya lugar para sufragar la UPC y Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro de la misma, que defina el Comité, las cuales deberán incluirse en el Presupuesto General de la Nación y ajustarse dentro del Marco Fiscal de Mediano Plazo del año correspondiente, so pena de las sanciones de carácter disciplinario o penal, que interponga la autoridad competente por su incumplimiento.	Se crea como Parágrafo 2° del Artículo 29
	Parágrafo 3°. Las funciones y decisiones a cargo del Comité deberán ser debidamente soportadas y documentadas, acreditando el cumplimiento y el cuidado de los requisitos, atributos e información que soporta la operación del Comité. Dicha debida diligencia deberá quedar consagrada en actas e informes que harán parte integral de los actos administrativos proferidos por el Comité y serán de público conocimiento.	Se crea como Parágrafo 3° del Artículo 29
	Parágrafo 4°. El director de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud asumirá las funciones de Secretaría	Se crea como Parágrafo 4° del Artículo 29

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
	Técnica del Comité.	
	Artículo 30. *Metodología para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).* Para el cálculo de la UPC se deberán tener en cuenta como mínimo los siguientes elementos: i) Actualización de precios (inflación), tendencias de demanda; ii) Ajustes por siniestros incurridos, reportados y no reportados; iii) Tasas de cambio; iv) Tasas de interés; v) Los demás que sean necesarios. Adicionalmente, como mínimo los siguientes factores de ajuste de riesgo: vi) Sexo, vii) Edad, vii) Carga; viii) Gestión de la enfermedad reflejada en el costo promedio de los afiliados, ubicación geográfica y situación laboral; siempre y cuando se demuestre que cada una de las variables incide en la suficiencia de la UPC.	Se crea como Artículo 30 en cuanto a la metodología para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) como se encuentra establecida en el Artículo 6° del Proyecto de Ley 341 de 2024-Senado
	Parágrafo. El Comité velará por la actualización de los parámetros de los factores de ajuste que incluyan los cambios tendenciales asociados a cada factor y los elementos de política pública.	Se crea como Parágrafo al Artículo 30
	Artículo 31. *Mecanismo de cobertura y pago.* El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social y	Se crea como Artículo 31 en cuanto al mecanismo de cobertura Unidad de Pago por Capitación (UPC) y presupuestos máximos como se

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
	Ministerio de Hacienda y Crédito Público, dispondrán un mecanismo de cobertura y pago, con recursos adicionales a la UPC y/o Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro la UPC, con cargo al Presupuesto General de la Nación, para asumir de manera excepcional el aumento en la siniestralidad, así como los mayores costos en salud de las enfermedades, huérfanas y otras tecnologías de alto valor. Dicho mecanismo establecerá el tope máximo de siniestralidad, a partir del cual, las tecnologías y servicios en salud que lo excedan serán asumidos directamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la modalidad de pago directo, velando por la sostenibilidad del SGSSS y el flujo de recursos a los diferentes actores. El Gobierno Nacional reglamentará las condiciones de funcionamiento y administración de dicho mecanismo en los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de esta ley.	encuentra establecida en el Artículo 10° del Proyecto de Ley 341 de 2024-Senado
	Parágrafo Nuevo. Radicada la cuenta de cobro por parte de cada prestador y proveedor, ante la Gestora de Salud y Vida, ésta procederá a postularla ante la ADRES, la cual procederá a pagar mínimo el 85% de su valor dentro	Se crea un Parágrafo 2° al Artículo 31. *Gestión de pago por la prestación de servicios de salud.*

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
	de los treinta (30) días que define el Artículo 31. Si se excede los treinta días se procederá a pagar intereses de mora, los cuales serán pagados en el 15% restante posterior a la auditoría realizada por la Gestora de Salud y Vida.	
	Artículo 11. *Gobierno corporativo de la ADRES.* Modifíquese el Artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, el cual quedará así: **Artículo 66. *Del manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).*** Con el fin de garantizar el adecuado flujo y los respectivos controles de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, créase una entidad de naturaleza especial del nivel descentralizado del orden nacional asimilada a una empresa industrial y comercial del Estado que se denominará Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La Entidad hará parte del SGSSS y estará adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente. [...]	Se crea como Artículo 11 Se modifica el Artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 que define la Junta Directiva de la ADRES en cuanto a la participación de los trabajadores, empleadores, alcaldes de municipios de ciudades no capitales y los pacientes y usuarios del sistema de salud.

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
	Son órganos de Dirección y Administración de la Entidad el Director General y la Junta Directiva. El Director General será de dedicación exclusiva, de libre nombramiento y remoción del Presidente de la República y actuará como representante legal; como tal, ejercerá las funciones que le correspondan y que le sean asignadas por el decreto de estructura de la Entidad. La Junta Directiva formulará los criterios generales para su adecuada administración y ejercerá las funciones que le señalen su propio reglamento. Estará integrada por ~~cinco (5)~~ **nueve (9)** miembros así: el Ministro de Salud y Protección Social, quien la presidirá; el Ministro de Hacienda y Crédito Público, quien podrá delegar su participación en sus viceministros; el Director del Departamento Nacional de Planeación, quien podrá delegar su participación en sus subdirectores generales; un (1) representante de los gobernadores~~,~~ **y;** un (1) representante de los alcaldes de ~~municipios y~~ distritos **y ciudades capitales; un (1) representante de los alcaldes de municipios; un (1) representante de los trabajadores; un (1) representante de los empleadores; y un (1) representante de los**	

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
	asociaciones de pacientes y ligas de usuarios; los cuales serán elegidos de conformidad con el mecanismo que establezca el Gobierno Nacional.	
	Parágrafo 1°. Dentro de los seis (6) meses de entrada en vigencia de esta Ley el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el mecanismo de escogencia de los nuevos integrantes de la Junta Directiva de la ADRES. Los representantes de los trabajadores, empleadores y usuarios tendrán el mismo periodo del Gobierno nacional.	Se adiciona como Parágrafo nuevo al Artículo 36
	Parágrafo 2°. Los miembros ajenos al Gobierno serán postulados por la Federación Nacional de Departamentos, la Asociación Colombiana de Ciudades Capitales (Asocapitales), la Federación Nacional de Municipios, la Asociación Colombiana de Ciudades Intermedias (Asointermedias), las Centrales Unitarias de Trabajadores, los gremios productivos y las ligas de usuarios.	Se adiciona como Parágrafo 2° del Artículo 11
	Parágrafo 1°. Los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) serán usados para los siguientes fines: 1. Fortalecimiento patrimonial de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que funcionen como programas de salud de las Cajas.	Se adiciona como Parágrafo Nuevo al Artículo 37. *Modificación de la destinación de parte de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC).*

Texto de Proyecto de Ley 312 de 2024-Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto para Tercer Debate Proyecto de Ley 410 de 2025-Senado	Justificación
	2. Fortalecimiento patrimonial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que funcionen como programas de salud de las Cajas y/o capitalización de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en las cuales las Cajas tengan participación accionaria. 3. Saneamiento de pasivos asociados a la prestación de servicios de salud incluidos los pasivos laborales y de talento humano en salud, de los programas de salud de aseguramiento, prestación de servicios de salud y/o gestión farmacéutica de las Cajas de Compensación Familiar. 4. Reconocimiento y pago de las cuentas por cobrar de las IPS y/o gestores farmacéuticos que funcionen como programas de las Cajas de Compensación Familiar que registren con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en las cuales las Cajas tengan participación accionaria. Estas cuentas por cobrar deberán estar debidamente, radicadas, auditadas, conciliadas y reconocidas por parte de la Caja y la EPS respectiva. En estos casos será obligatorio por parte de la EPS deudora la ejecución de estos recursos sin situación de fondos para el saneamiento de los respectivos pasivos y el giro se realizará directamente desde el FOSFEC a los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar. 5. Saneamiento de los pasivos, incluidos los pasivos netos de liquidación, de los programas de aseguramiento en Salud en el régimen contributivo y/o subsidiado liquidados o en proceso de liquidación de las Cajas de Compensación Familiar en favor de los demás programas autosostenibles de las Cajas de Compensación Familiar. 6. Saneamiento de pasivos asociados a la prestación de servicios de salud de los programas de salud de aseguramiento de las Cajas de Compensación Familiar, que hayan sido objeto de escisión y que se encuentren acumulados antes del perfeccionamiento de la misma. 7. El pago de los créditos excluidos de la masa reconocidos en el proceso de liquidación o escisión de los programas de salud de aseguramiento de las Cajas de Compensación Familiar que resulten a favor de ADRES, de la cuenta alto costo, los usuarios por prestaciones económicas y de otros que determine y reconozca el liquidador como créditos excluidos de la masa. 8. Los gastos de administración asociados a los procesos de liquidación o escisión de los programas de salud de aseguramiento de las Cajas de Compensación Familiar, contemplados en la normatividad vigente.	
Artículo 62. ***Vigencia.*** La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.	**Artículo ~~62~~ 83.** ***Vigencia.*** La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.	Se ajusta la numeración como Artículo 83

7. CONFLICTOS DE INTERÉS

El **Artículo 3° de la Ley 2003 de 2019**, mediante el cual se modifica el **Artículo 291 de la Ley 5ª de 1992**, dispone que el autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo al artículo 286. Asimismo, establece que estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el congresista pueda encontrar.

En este sentido, con el fin de ilustrar en el análisis frente a los posibles impedimentos que podrían derivar en conflictos de intereses producto de la actividad legislativa realizada, se citarán textualmente los criterios determinados en el artículo 1° de la Ley 2003 de 2019:

"ARTÍCULO 1o. El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así:

Artículo 286. Régimen de conflicto de interés de los congresistas. Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en ejercicio de sus funciones.
Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.

a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.
b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.
c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.

Para todos los efectos se entiende que no hay conflicto de interés en las siguientes circunstancias:

a) Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores.
b) Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro.
c) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que establezcan sanciones o disminuyan beneficios, en el cual, el congresista tiene un interés particular, actual y directo. El voto negativo no constituirá conflicto de interés cuando mantiene la normatividad vigente.
d) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que regula un sector económico en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo, siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual.
e) <Literal INEXEQUIBLE>
f) Cuando el congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos.

PARÁGRAFO 1o. Entiéndase por conflicto de interés moral aquel que presentan los congresistas cuando por razones de conciencia se quieran apartar de la discusión y votación del proyecto.
PARÁGRAFO 2o. Cuando se trate de funciones judiciales, disciplinarias o fiscales de los congresistas, sobre conflicto de interés se aplicará la norma especial que rige ese tipo de investigación.
PARÁGRAFO 3o. Igualmente se aplicará el régimen de conflicto de intereses para todos y cada uno de los actores que presenten, discutan o participen de cualquier iniciativa legislativa, conforme al artículo 140 de la Ley 5 de 1992 (...)".

En consecuencia y a manera de orientación, los ponentes consideran que las disposiciones contenidas en el presente Proyecto de Ley radican en normas de carácter general, impersonal y abstracto que dada su naturaleza y a los fines superiores que persigue no generarían posibles conflictos de intereses, sin embargo, lo anterior no exime del deber particular de cada Congresista que, en su esfera privada, identifique causales adicionales que a su juicio considere pertinentes y exponerlas durante el trámite correspondiente, y presentar impedimento por considerar que situaciones personales y particulares riñen con lo reglado por el legislador en el precitado artículo.

De conformidad con la jurisprudencia del Consejo de Estado y la Corte Constitucional, para que se configure el conflicto de intereses como causal de pérdida de investidura deben presentarse las siguientes condiciones o supuestos: (i) Que exista un Interés directo, particular y actual: moral o económico. (ii) Que el congresista no manifieste su impedimento a pesar de que exista un interés directo en la decisión que se ha de tomar. (Iil) Que el congresista no haya sido separado del asunto mediante recusación. (iv) Que el congresista haya participado en los debates y/o haya votado. (v) Que la participación del congresista se haya producido en relación con el trámite de leyes o de cualquier otro asunto sometido a su conocimiento.

En virtud de lo estipulado en el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, que modificó el artículo 291 de la Ley 5a de 1992, señala:

> Por lo cual, en cumplimiento de lo dispuesto en el marco normativo citado, nos permitimos señalar que en el trámite de este Proyecto podrían incurrir en conflicto de interés cuando los congresistas o su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil puedan obtener beneficios directos o actuales del presente proyecto.

Además, en cumplimiento de lo dispuesto en el marco normativo citado, me permito señalar que no existen conflictos de intereses para la discusión y aprobación del presente proyecto de ley por parte de quien suscribe esta ponencia.

8. PROPOSICIÓN

Por las anteriores consideraciones y haciendo uso de las facultades conferidas por el artículo 153 de la Ley 5ª de 1992, me permito rendir **PONENCIA POSITIVA** y, en consecuencia, solicitamos de manera respetuosa a la **Honorable Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República** dar **TERCER DEBATE** al **Proyecto de Ley N° 410 de 2025-Senado - N° 312 de 2024-Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024-Cámara: *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"***.

BERENICE BEDOYA PÉREZ
Senadora de la República
Ponente

9. TEXTO PROPUESTO PARA TERCER DEBATE

TEXTO PROPUESTO PARA TERCER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY N° 410 DE 2025 SENADO, N° 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY N° 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

EL CONGRESO DE COLOMBIA,

DECRETA:

TITULO I OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN

Artículo 1°. *Objeto*. La presente ley tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud. Así mismo, busca desarrollar un modelo de salud centrado en el marco de la atención primaria, organizar sus instancias para la gobernanza y rectoría del sistema con enfoque diferencial y territorial, articular a las instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganizar los destinos y usos de los recursos financieros, establecer un sistema público unificado e interoperable de información, fortalecer la participación social y comunitaria, así como la inspección, vigilancia y control; igualmente definir condiciones para el trabajo digno de los trabajadores del sector salud y fijar las reglas de transición y evolución de la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Sistema de Aseguramiento Social en Salud.

Artículo 2°. *Aseguramiento social en salud*. El aseguramiento social en salud se entiende como la protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población. Para tal efecto, esta ley desarrolla los medios, fuentes de financiamiento y la mancomunación de los recursos financieros del Sistema de Salud, con criterios de equidad; así mismo, desarrolla un sistema de gestión de riesgos de salud y operativo a cargo de los actores del sistema y la gestión de riesgos financieros a cargo del Estado, con una operación en la que confluyen de manera permanente, una gestión pública, privada y mixta, a través de la institucionalidad del Estado y de las Gestoras de Salud y Vida.

Artículo 3°. *Atención Primaria en Salud (APS)*. La Atención Primaria en Salud (APS) es una estrategia dentro del Sistema de Salud y está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana**.**

La Atención Primaria en Salud (APS) está orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud. Tiene carácter universal, territorial, sistemático, permanente, predictivo y resolutivo e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Es transversal al Sistema de Salud y todos sus integrantes son responsables por su desarrollo en lo de su competencia, y deberán realizar la gestión que corresponda para lograr los objetivos de la APS.

Por tratarse de una acción intersectorial/ transectorial, el Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, apropiará los recursos adicionales de fuentes diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud, para la intervención de los determinantes sociales de la salud, en los territorios los gobernadores y alcaldes distritales y municipales serán los responsables de la coordinación y dirección de las acciones de intervención de los determinantes sociales.

Artículo 4°. *Modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS).* Se define el modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo como la política en salud del Estado para la población residente en el territorio colombiano. Este modelo establece el marco conceptual y operativo para la comprensión integral de la salud en el territorio y la redefinición y reorganización de los servicios de salud permitiendo la superación de inequidades, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la transformación social. Integra, como estrategias, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, la recuperación del estado de salud, la rehabilitación, los cuidados paliativos y el acompañamiento hasta el final de la vida, así como la intersectorialidad y la participación comunitaria.

Está fundamentado en la Atención Primaria en Salud (APS) y establece el desarrollo de acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y resolutivas centradas en las personas, las familias y las comunidades; se organiza y funciona mediante Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad e implementa las estrategias de salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado, enfoque de género, diferencial y de transectorialidad.

El propósito del modelo es orientar el accionar de los agentes del Sistema de Salud para la garantía del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional haciendo efectiva la Atención Primaria en Salud (APS) a través de estrategias orientadas a fortalecer la integridad del sector salud, la soberanía sanitaria y la gobernanza territorial; fomentar el trabajo digno y decente; y conformar y organizar Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) en donde se fortalezca el nivel primario, como componente de la red que desarrolla los vínculos con los individuos, las familias, la comunidad y los sectores sociales.

La promoción de la salud es un proceso que comprende acciones orientadas a fortalecer la educación en salud, el conocimiento y las capacidades de las personas, y la formación en derechos y deberes de los usuarios, de las familias y de las comunidades para contribuir en la transformación positiva de las condiciones y entornos de desarrollo, mediante la participación transectorial, el empoderamiento comunitario y el autocuidado.

Dentro del modelo, en el nivel primario operan los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los equipos de salud territoriales, de acuerdo con las necesidades de la población.

El modelo es predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud, preventivo porque brinda cuidado integral en todos sus niveles, a las personas, familias y comunidades, minimizando la morbilidad y la carga de la enfermedad; y resolutivo porque permite responder de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individual y colectiva.

TÍTULO II
GOBERNANZA Y RECTORÍA DEL SISTEMA

Artículo 5°. *Gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud*. La gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social como órgano rector del sector.

El Ministerio de Salud y Protección Social será quien oriente la toma de decisiones en salud, la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas de salud; así como la gestión de los procesos al interior del Sistema. Además, ejercerá la coordinación intersectorial y ejecutará las disposiciones legales vigentes.

En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por los gobernadores y alcaldes, como autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, y consiste en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y

el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito, de conformidad con las disposiciones orgánicas y legales que se le asignen. También ejercerán la función de autoridad sanitaria en su jurisdicción.

Parágrafo 1°. Los órganos de dirección, en los ámbitos nacional y territorial, deberán atender las recomendaciones que formulen el Consejo Nacional de Salud y los respectivos Consejos Territoriales de Salud.

Parágrafo 2°. Las acciones de salud pública se realizarán bajo la rectoría del Estado, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social y los departamentos, distritos y municipios, los cuales garantizarán el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y predicción en salud, la gestión del riesgo en salud, la investigación en salud pública, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector, la participación de entidades públicas, privadas y mixtas y la participación social en la salud.

Parágrafo 3°. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social definirá la construcción de la política de calidad en salud y del Plan Decenal de Mejoramiento de la Calidad en Salud, que servirán para transformar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) en el Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA).

Parágrafo 4°. El Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Salud o quien haga sus veces, consolidará un informe que evidencie los resultados obtenidos del ejercicio de gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud, el cual será publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, a efectos de que la ciudadanía pueda acceder a su contenido.

Artículo 6°. *Consejo Nacional de Salud.* Créase el Consejo Nacional de Salud como instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social. El Consejo Nacional de Salud estará conformado por:

1. Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá.
2. Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.
3. Ministro del Trabajo o su delegado.
4. Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible o su delegado.
5. Ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación, o su delegado.
6. El Director de Planeación Nacional o su delegado.
7. El Director de la ADRES o su delegado.
8. Un representante de los gobernadores.
9. Un representante de los alcaldes.
10. Un representante de los trabajadores de la salud.
11. Un representante de las organizaciones representativas de los profesionales de la salud.
12. Un representante de pacientes o usuarios.
13. Un representante de la academia, facultades y escuelas de salud.
14. Un representante de las comunidades étnicas NARP (Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras).
15. Un representante de las comunidades indígena y ROM.
16. Un representante de la población campesina.
17. Un representante por víctimas del conflicto armado.
18. Un representante de las Gestoras de Salud y Vida.
19. Un representante de los prestadores de salud.

El Superintendente Nacional de Salud, el Director del IETS, el Director del Invima, el Defensor del Pueblo y el Director del Instituto Nacional de Salud formarán parte del Consejo Nacional de Salud con voz, pero sin voto. A su vez, el Consejo Nacional de Salud podrá invitar a instituciones y personas naturales o jurídicas que considere pertinentes.

El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesiones extraordinarias por el Ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de nueve (9) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quórum para sesionar con doce (12) de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría calificada del total de los miembros del Consejo.

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Recomendar a los distintos sectores y entidades del Gobierno nacional y a los actores del Sistema de Salud, la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión.
2. Realizar recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social, respecto de la definición del valor anual de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), teniendo en cuenta factores diferenciales como edad, el sexo, ubicación geográfica, condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población, y costos de las tecnologías en salud, entre otros.
3. Presentar iniciativas en materia de reglamentación del Sistema de Salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Monitorear el buen funcionamiento del Sistema de Salud y el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud, así mismo proponer mecanismos y herramientas para optimizar la vigilancia y control del sistema.
5. Revisar y consolidar los informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de Salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia. Esta consolidación de los informes deberá ser publicado para su libre acceso y conocimiento en el sitio web del Ministerio de Salud y Protección Social.
6. Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente ley. El Consejo Nacional de Salud, en cabeza de la Secretaría Técnica en el primer trimestre de cada año, rendirá un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, en el que se evalúe la implementación y reglamentación de la presente ley.
7. Adoptar su propio reglamento.
8. Elaborar estrategias, planes y proyectos para la prevención, mitigación y gestión de los riesgos relacionados con los estados de emergencia, como los sanitarios y/o financieros que puedan afectar e impedir el funcionamiento eficaz y continuo del sistema de salud.
9. Estudiar y plantear recomendaciones sobre el plan integral de fortalecimiento y modernización de la red pública nacional de servicios de salud presentado a consideración del CNS por el Ministerio de Salud y Protección Social.
10. Promover estudios técnicos y alternativas para el fortalecimiento de las intervenciones colectivas y poblacionales de salud pública territorial y su distribución, según las necesidades evidenciadas por los resultados en salud de los diferentes territorios.
11. Designar al Veedor Fiscal del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 1°. Las decisiones que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Parágrafo 2°. El Gobierno nacional reglamentará, en un tiempo máximo de seis (6) meses siguientes a la expedición de la ley, los mecanismos de elección, alternancia y participación en este Consejo.

Parágrafo 3°. La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo humano independiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito y previa convocatoria, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud.

Parágrafo 4°. El Ministerio de Salud y Protección Social incluirá en su presupuesto el funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que cubra los gastos de la Secretaría Técnica, honorarios y desplazamiento de los consejeros no gubernamentales, el soporte técnico, y gastos para comunicación.

Parágrafo 5°. Los Consejos Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Seguridad Social en Salud, se denominarán Consejos Territoriales en Salud y tendrán una conformación y funciones similares al Consejo Nacional de Salud.

Artículo 7°. *Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS)*. Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores participantes en el Sistema de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará, desarrollará e implementará el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) para garantizar el acceso transparente, en línea y en tiempo real de las transacciones en salud y administrativas por parte de cada actor del Sistema de Salud, según sean sus responsabilidades operativas o estratégicas, en el orden nacional, territorial e institucional. Para ello deberá elaborar un plan estratégico de diagnóstico, diseño, implementación y evaluación y deberá contar con la cooperación técnica del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, cuando lo considere pertinente y en el marco de sus competencias.

La incorporación de la información al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), tanto administrativa como asistencial, será obligatoria para todos los integrantes del Sistema de Salud.

El Sistema entrará a operar por etapas, en armonía con los avances en conectividad y capacidad tecnológica instalada en el país y deberá integrar los sistemas de información ya disponibles. Para el desarrollo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) se articularán los actores en una estructura multimodal de coordinación con un desarrollo por etapas secuenciales y armónicas con la incorporación de funcionalidades. Se brindará asistencia técnica e inversión prioritaria, en aquellos municipios donde no hay conectividad con el fin de cerrar brechas tecnológicas y facilitar su vinculación al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).

El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) deberá recoger los estándares y políticas de interoperabilidad para los sistemas de información definidas por el Gobierno nacional.

El manejo de la información confidencial sobre las condiciones de salud de las personas estará sujeto a la normatividad vigente, en especial a la Ley 2015 de 2020, o la que la modifique o sustituya.

Parágrafo 1°. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), deberá cumplir con estándares internacionales de interoperabilidad y seguridad de la información, garantizando la protección de datos personales, el acceso equitativo y la transparencia en la gestión del sistema.

Parágrafo 2°. La primera etapa del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) deberá comenzar a operar en un término no mayor a seis meses con la información disponible en el Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud y la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).

Artículo 8°. ***Defensor del usuario en salud.*** El defensor del usuario en salud, creado a través del artículo 42 de la Ley 1122 de 2007, será una de la instancia encargadas de recibir y atender quejas y reclamos de los pacientes y usuarios que presenten barreras o conflictos relacionados con la Atención Primaria en Salud (APS) y la atención en los niveles primario y complementario, para garantizar el cumplimiento de los principios de universalidad, integralidad, solidaridad, participación, humanización, eficiencia y calidad de los servicios de salud en la jurisdicción territorial de cada departamento o distrito.

La organización y funcionamiento del defensor del usuario en salud será financiado con los recursos establecidos en el artículo 137 de la Ley 1438 de 2011.

La defensoría del usuario en salud hará uso de las tecnologías de la información para brindar una tención ágil y eficiente; la cual contará con un enfoque diferencial territorial, etario y de género.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo relacionado con el número de defensores y la elección de estos por los usuarios, para lo cual deberá prever unas garantías electorales democráticas mínimas, en particular, el voto libre y la adjudicación de los escaños en forma proporcional a los votos obtenidos por cada lista.

Los usuarios de los servicios de salud podrán formular sus quejas o reclamaciones, relacionadas con la prestación de los mismos, ante la Superintendencia Nacional de Salud, Instaurar las acciones judiciales correspondientes ante las autoridades competentes, directamente y con independencia de la actuación que adelanten o que pueda adelantar ante el defensor del usuario de salud. El defensor del usuario de salud no tendrá la competencia de sancionar a los prestadores de servicios de salud.

Artículo 9°. ***Veedor Fiscal del Sistema de Seguridad Social en Salud***. Créese la figura del Veedor Fiscal del Sistema de Seguridad Social en Salud como un órgano independiente que tendrá como función principal la inspección, vigilancia y control del Fondo Único Público de Salud a cargo de Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y el seguimiento a los reportes del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).

Artículo 10°. ***Designación del Veedor Fiscal del Sistema de Seguridad Social en Salud***. La designación del Veedor Fiscal del Sistema de Seguridad Social en Salud estará a cargo del Consejo Nacional de Salud.

Artículo 11. ***Gobierno corporativo de la ADRES.*** Modifíquese el Artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, el cual quedará así:

> **Artículo 66.** ***Del manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).*** Con el fin de garantizar el adecuado flujo y los respectivos controles de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, créase una entidad de naturaleza especial del nivel descentralizado del orden nacional asimilada a una empresa industrial y comercial del Estado que se denominará Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La Entidad hará parte del SGSSS y estará adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente.
>
> [...]
>
> Son órganos de Dirección y Administración de la Entidad el Director General y la Junta Directiva. El Director General será de dedicación exclusiva, de libre nombramiento y remoción del Presidente de la República y actuará como representante legal; como tal, ejercerá las funciones que le correspondan y que le sean asignadas por el decreto de estructura de la Entidad. La Junta Directiva formulará los criterios generales para su adecuada administración y ejercerá las funciones que le señalen su propio reglamento. Estará integrada por nueve (9) miembros así: el Ministro de Salud y Protección Social, quien la presidirá; el Ministro de Hacienda y Crédito Público, quien podrá delegar su participación en sus viceministros; el Director del Departamento Nacional de Planeación, quien podrá delegar su participación en sus subdirectores generales; un (1) representante de los gobernadores; y; un (1) representante de los alcaldes de distritos y ciudades capitales; un (1) representante de los alcaldes de municipios; un (1) representante de los trabajadores; un (1) representante de los empleadores; y un (1) representante de los asociaciones de pacientes y ligas de usuarios; los cuales serán elegidos de conformidad con el mecanismo que establezca el Gobierno Nacional.

Parágrafo 1°. Dentro de los seis (6) meses de entrada en vigencia de esta Ley el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el mecanismo de escogencia de los nuevos integrantes de la Junta Directiva de la ADRES. Los representantes de los trabajadores, empleadores y usuarios tendrán el mismo periodo del Gobierno nacional.

Parágrafo 2°. Los miembros ajenos al Gobierno serán postulados por la Federación Nacional de Departamentos, la Asociación Colombiana de Ciudades Capitales (Asocapitales), la Federación Nacional de Municipios, la Asociación Colombiana de Ciudades Intermedias (Asointermedias), las Centrales Unitarias de Trabajadores, los gremios productivos y las ligas de usuarios.

TÍTULO III
FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD

Artículo 12. ***Acceso a la información del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) por parte de la Contraloría General de la República.*** La Contraloría General de la República ejercerá vigilancia y control fiscal, especial y permanente, sobre la gestión de los recursos del sistema de salud colombiano, con base en la información reportada en el Sistema Público Unificado e Interoperable de información en Salud (SPUIIS) u otro sistema de información o base de datos, conforme a lo dispuesto en el artículo 7° de la presente ley.

Artículo 13. ***Promoción de Investigación y Producción Vacunas.*** Con el fin de estimular el desarrollo de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud a nivel nacional, en caso de existir oferta de vacunas producidas localmente por entidades públicas, privadas o mixtas, el Ministerio de Salud y Protección Social, en sus procesos de adquisición de vacunas y medicamentos, sean estos procesos licitatorios o compras directas, darán prelación a los productores locales con criterios científicos, según la legislación aplicable y acorde con el perfil epidemiológico del país.

Se fortalecerá el desarrollo, validación y aplicación de métodos alternativos a la experimentación en animales en investigaciones biomédicas, la producción de fármacos, la producción de biológicos, la salud pública u otros similares, el cual se reglamentará de manera coordinada entre el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud (INS).

Artículo 13. ***Fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima).*** El Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social bajo el marco de la política de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud, diseñará e implementará el plan integral de fortalecimiento para el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), para hacerlo ágil, transparente y moderno, aumentando sus capacidades en talento humano y mecanismos de evaluación de desempeño de estos, implementación de sistemas informáticos que automaticen procesos regulatorios y eliminación de barreras administrativas basado en la implementación de las mejores prácticas internacionales adoptados y adoptadas a la entidad. Además, se llevará a cabo una reestructuración de la entidad guiada por principios de innovación pública para lograr la agilidad, transparencia y modernización del Invima. Esta reestructuración deberá contar con el asesoramiento del Departamento Nacional de Planeación, el Departamento Administrativo de la Función Pública y el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Parágrafo. Con el objeto de fortalecer la capacidad operativa del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) en el control de productos que ingresan y salen del país, la entidad deberá garantizar la disponibilidad de atención continua durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en los puertos, aeropuertos y puntos fronterizos autorizados para el comercio internacional. Esta medida busca optimizar los tiempos de inspección, garantizar la seguridad sanitaria de los productos y prevenir el ingreso de mercancías que no cumplan con los requisitos legales y técnicos establecidos por la normatividad nacional.

Artículo 14. ***Trámites ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima).*** Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) implementará las medidas y procesos que sean necesarias para garantizar el fortalecimiento y el crecimiento de la fabricación local de medicamentos en Colombia mediante la agilización y validación de un mecanismo para estos trámites por medio del cual previo cumplimiento de los requisitos técnicos y legales contemplados en la normatividad se obtenga las aprobaciones en un tiempo no mayor a 6 meses. A si mismo que para los medicamentos importados se les impongan los mismos condicionamiento y controles que se exige a los medicamentos nacionales para poder otorgar los registros.

Artículo 15. ***Financiamiento de la ciencia, innovación tecnológica e investigación en salud.*** Autorícese al Gobierno nacional para incorporar las partidas presupuestales para el fortalecimiento y mejoramiento científico, tecnológico y de innovación del Instituto Nacional de Salud (INS), a través de planes y programas que contribuyan a la salud pública, lo anterior, de acuerdo con la disponibilidad de recursos, el marco fiscal de mediano plazo y el marco de gasto de mediano plazo.

TÍTULO III
FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD

Artículo 16. ***Obligatoriedad de las cotizaciones.*** Son aportantes al Sistema de Salud las personas jurídicas en calidad de empleadores y las personas naturales de acuerdo con la normatividad vigente.

Las cotizaciones y aportes son contribuciones sobre los salarios, honorarios, pensiones, ingresos o la renta de las personas. La liquidación y pago de las cotizaciones al Sistema de Salud son de carácter obligatorio.

Los aportantes presentarán las liquidaciones de sus cotizaciones en salud ante los operadores del pago de aportes autorizados y con destino a la cuenta de recaudo del Fondo Único Público de Salud administrado por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).

La Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP), será la entidad competente para adelantar las acciones de determinación y cobro de las contribuciones parafiscales en salud, respecto de las personas naturales con ingresos ordinarios mensualizados, no mensualizados o extraordinarios, los omisos o inexactos; igualmente, lo podrá hacer respecto de las personas jurídicas.

De igual manera la UGPP establecerá auditorías aleatorias, para verificar la veracidad de las liquidaciones y pagos realizados por los aportantes, con el fin de prevenir prácticas de evasión.

Artículo 17. ***Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES)***. La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) creada en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, a partir de la vigencia de la presente ley se denominará "Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES", tendrá por objeto garantizar el adecuado recaudo, administración, f lujo y control de los recursos públicos del Sistema de Salud y ejercerá las siguientes funciones:
1. Recaudar todos los recursos fiscales y parafiscales que legalmente deben ingresar al Fondo Único Público de Salud.
2. Administrar los recursos del Fondo Único Público en Salud, que financian el Sistema de Salud, de conformidad con lo previsto en la presente ley.
3. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet).
4. Realizar los pagos de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, asumir como pagador único del Sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de medicamentos y tecnologías en salud, de naturaleza pública, privada y mixta, de acuerdo con los controles Salud y Vida.
5. Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) o a las instituciones de las que dependan o los operen.
6. Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas, pagos y transferencias que corresponden a los diferentes agentes del Sistema, en los términos de la presente ley, que serán registrados en el Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).
7. Desarrollar un modelo de seguimiento y evaluación del gasto del Sistema de Salud, que esté en capacidad de detectar tendencias y desviaciones y realizar comparaciones entre regiones e instituciones, como elemento fundamental para retroalimentar el régimen de tarifas y formas de pago, con el fin de garantizar el control del riesgo financiero y la sostenibilidad del sistema.
8. Realizar el pago de la remuneración por administración e incentivos a las Gestoras de Salud y Vida.
9. Realizar los pagos por incentivos a los prestadores de mediana y alta complejidad.
10. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promuevan la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto podrá contratar las auditorías aleatorias que correspondan.
11. Administrar y llevar registro de la información propia de sus operaciones financieras y las de los diferentes actores del sistema que tengan relación con las funciones de la entidad, a través de un sistema de información interoperable con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).
12. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.
13. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria en Salud (APS) para lo cual podrá solicitar información a las entidades territoriales y otros agentes.
14. Garantizar el flujo oportuno de los recursos del Sistema de Salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los recursos disponibles, de conformidad con mecanismos de autorización del pago de servicios.
15. Hacer públicas todas las transacciones y reconocimientos del sector salud para garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud, a través del Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).
16. Realizar las actividades de gestión administrativa necesarias para garantizar la administración del Fondo Único Público. Su régimen de contratación interno para fines de funcionamiento y apoyo administrativo se regirá por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. La ejecución de los recursos administrados del Fondo Único Público destinados a garantizar los servicios de salud y protección social se realizará sin más formalidad que el reconocimiento de los servicios prestados y auditados por los diferentes prestadores y proveedores, de acuerdo con lo establecido en la presente ley y las normas vigentes que regulan la ordenación de pagos a los distintos actores del sistema.
17. Adelantar las acciones de reembolso del pago de servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales.
18. Realizar las acciones de cobro o de repetición por los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito por vehículos no asegurados con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema.
19. Realizar convenios y/o contratos con entidades especializadas para la realización de auditorías médicas y de cuentas en salud, incluidas auditorías aleatorias o dirigidas sobre la auditoría de las Gestoras de Salud y Vida.
20. De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con mayores riesgos en salud, así como manuales tarifarios, con pisos y techos, los cuales se establecerán de manera participativa y democrática.
21. Entregar al Ministerio de Salud y Protección Social insumos y análisis del gasto para el establecimiento y actualización del régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud.
22. Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud, de acuerdo con las auditorías integrales que realicen las Gestoras de Salud y Vida, para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población.
23. Desarrollar una política de inversión y manejo financiero de los recursos que permita la mayor rentabilidad al menor riesgo.
24. Administrar, gestionar y girar los recursos de inversión o funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social que este determine.
25. Diseñar mecanismos financieros y de crédito para contribuir a la liquidez de las instituciones prestadoras de servicios de salud, siempre que se cumplan los criterios de respaldo en el monto y la frecuencia de los pagos realizados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) a la institución prestadora, que permita la recuperación de los recursos.
26. Suscribir los acuerdos marco con los prestadores, gestores farmacéuticos, y proveedores de servicios y tecnologías en salud.
27. Constituir un fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras que se puedan presentar.
28. Pagar la cofinanciación de las ISE, previa aprobación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, según lo dispuesto en la presente ley.
29. Pagar el valor correspondiente al saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que se transformen en ISE, según lo dispuesto en la presente ley.
30. Rendir semestralmente un informe detallado, el cual deberá ser de público acceso y conocimiento, sobre la ejecución de los recursos destinados para el Sistema de Salud. Este informe deberá ser presentado ante las Comisiones Séptimas Constitucionales de Senado de la República y Cámara de Representantes.
31. Las demás que sean necesarias para el desarrollo de su objeto.

Parágrafo 1°. Todas las referencias legales vigentes relacionadas con la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud se entienden referidas a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).

Parágrafo 2°. A partir de la entrada en vigencia de la presente Ley**,** el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES)**,** reglamentarán y definirán el Plan de Fortalecimiento Institucional necesario para garantizar que en un plazo máximo de seis (6) meses la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) cuente con la capacidad operativa para asumir las funciones asignadas.

Parágrafo 3°. El Ministerio de Salud y Protección Social, en los seis (6) meses siguientes a la sanción de la presente ley, expedirá la reglamentación en relación a las buenas prácticas de gobierno corporativo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). Sin perjuicio de las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud y demás organismos de control, la Administradora deberá realizar audiencias de rendición de cuentas ante el Consejo Nacional de Salud, informando de su gestión y los resultados obtenidos de la misma.

Parágrafo 4°. Para efectos de establecer los pisos y techos de los manuales tarifarios de que trata el numeral 20 del artículo 17, el Ministerio de Salud, deberá conformar un Comité Técnico en el que participe la (ADRES), un (1) representante de las Comunidades Científicas, un (1) representante de los hospitales públicos y un (1) representante de las clínicas privadas.

Artículo 18. ***Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).*** A la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) le corresponde administrar los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional y territorial, asignados para garantizar el aseguramiento social en salud, los cuales se consolidarán en el Fondo Único Público de Salud que contará con un conjunto de subcuentas, de acuerdo con la destinación de los recursos, y entre otros incluye los siguientes:
1. Las cotizaciones sociales que al Sistema de Salud aporten las personas naturales y jurídicas asociados a los aportes patronales, ingreso por salarios, rentas, trabajo independiente o por cuenta propia, contratos de prestación de servicios o pensiones.
2. Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001.
3. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar el aseguramiento social en salud.
4. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, las municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 por los obligados.
5. Los recursos de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, destinados a financiar el Sistema de Salud.

6. Los recursos destinados por la Nación u organismos internacionales a la atención en salud de la población migrante y otras poblaciones especiales.
7. Los recursos de las Entidades Territoriales provenientes de las rentas cedidas asignadas, que a la vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud, incluyen los recaudos gestionados por entidades del orden nacional y los recaudados territorialmente, los cuales deben ser girados directamente por los administradores y/o recaudadores a la ADRES.
8. Los recursos propios de las Entidades Territoriales, correspondientes a recursos corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente ley, venían siendo girados a la ADRES para el financiamiento del aseguramiento en salud.
9. Los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), que el Ministerio de Salud y Protección Social determine.
10. Los recursos correspondientes a la contribución equivalente al 52% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que se cobra con adición a ella.
11. Los recursos del Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT) creado por el Decreto Ley 1032 de 1991.
12. Los ingresos provenientes de cuotas moderadoras y copagos que deben ser descontados de las facturas presentadas y contabilizados por la ADRES.
13. Los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales serán transferidos directamente por la UGPP a la ADRES, sin operación presupuestal.
14. Los recursos destinados al financiamiento de los residentes médicos y otros programas de formación del talento humano en salud.
15. Los recursos del Presupuesto General de la Nación y otros recursos destinados a la financiación del aseguramiento social en salud.
16. Los rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del sistema y sus excedentes.
17. Los demás recursos que por disposición legal se le asignen para el financiamiento del Sistema de Salud o que se le entreguen en administración relacionados con la salud y la protección social.
18. Los recursos que se recauden por concepto de los impuestos saludables considerados en el Título V de la Ley 2277 de 2022 o la norma que la sustituya o modifique.
19. Figura jurídica para la destinación específica del 0.5 del IVA social.
20. El Gobierno nacional ampliará los cupos de gasto con cargo a recursos de ingresos corrientes y recursos de capital del Ministerio de Salud y Protección Social de manera progresiva equivalente a un punto porcentual (1%) del Producto Interno Bruto entre los años 2026 y 2032.

Parágrafo. Los recursos correspondientes a los numerales 18 y 19 de que trata el presente artículo se incorporarán como cupos adicionales del sector salud en el marco de gasto de mediano plazo con la entrada en vigencia de esta Ley, sin que representen una sustitución de otras fuentes a las que financian el presupuesto del sector en la vigencia fiscal de 2025, ni disminuyan el esfuerzo de la Nación en su financiamiento.

Artículo 19. ***Nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud.*** Adiciónese el artículo 513-14 del Título X del Libro III del Estatuto Tributario, así:

> **Artículo 513-14. Destinación de los impuestos saludables.** El Gobierno nacional, a partir del primero (1°) de enero de 2026, destinará el cien por ciento (100%) del recaudo de los Impuestos a las Bebidas Ultraprocesadas Azucaradas (IBUA) y los impuestos a los productos comestibles ultraprocesados industrialmente y/o con alto contenido de azúcares añadidos (ICUI), al Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud.

Artículo 20. ***Destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES)***. Los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) serán destinados a lo siguiente:
1. La financiación de los servicios del nivel primario conforme a los presupuestos estándar en sus componentes fijo y variable, desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y la operación de los equipos de salud territorial.
2. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa y la prestación de servicios de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos de salud territoriales.
3. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
4. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos que define la presente ley.
5. El pago de servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores de medicamentos e insumos, de naturaleza pública, privada o mixta.
6. La atención de poblaciones especiales o migrantes que determine la norma legal.
7. Los servicios sociales complementarios en salud, según lo definido en la presente ley.
8. El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
9. El saneamiento financiero de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado.
10. El Fortalecimiento de la infraestructura y la dotación de la red pública hospitalaria y su mantenimiento.
11. El fortalecimiento y mejora de la Red Nacional de Atención de Urgencias.
12. El pago de servicios de transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental del paciente y su acompañante; ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo.
13. El financiamiento de los laboratorios de salud pública y las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, conforme a lo establecido en la presente ley.
14. El pago de incentivos que se establezcan para los prestadores de servicios de salud incluyendo quienes presten servicios de mediana y alta complejidad, y los incentivos que de acuerdo a la presente ley se reconozcan para las Gestoras de Salud y Vida.
15. La formación del talento humano en salud.
16. El pago de remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.

17. El desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural, para el cual se contará con la asignación de recursos destinados a este propósito contenido en el punto 1 del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, además de otros que provengan de fondos de programas especiales para la paz, recursos de Cooperación Internacional, y demás recursos asignados para la construcción de salud y paz.
18. El pago de la atención de pacientes lesionados en accidentes de tránsito por vehículos sin póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) o no identificados, así como el pago en exceso de las aseguradoras del SOAT de tarifa reducida; o los ajustes que se deriven de la reglamentación del SOAT.
19. El aporte inicial y el ahorro anual en el Fondo de Catástrofes y Epidemias, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para tal efecto.
20. El pago de gastos derivados de catástrofes y epidemias, con cargo al Fondo creado para tal fin, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
21. Las medidas de atención en salud de la Ley 1257 de 2008, en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, para las cuales, los recursos asignados serán transferidos a las entidades territoriales con el fin de que estas sean implementadas.
22. Otros programas que determine el Ministerio de Salud y Protección Social o delegue a la ADRES con recursos de inversión o funcionamiento.
23. El pago de las obligaciones producto de decisiones judiciales u obligaciones previas reconocidas legalmente, con anterioridad a la entrada en vigencia de la presente ley.
24. Los gastos de funcionamiento de la ADRES de acuerdo con las normas legales vigentes.
25. Los recursos que por vigilancia corresponda transferir a la Superintendencia Nacional de Salud y que serán reglamentados por el Gobierno nacional.
26. Los demás gastos que por disposición legal se determinen para el Sistema de Salud.

Artículo 21. ***Fondo Único Público de Salud.*** Créese el Fondo Único Público de Salud cuya fuente serán los recursos a los que hace referencia el artículo 10 de la presente Ley, es decir, los asignados a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y los demás ingresos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del Sistema de Salud, sin personería jurídica ni planta de personal propia. Será administrado por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES).

El Fondo Único Público de Salud tendrá tres cuentas, dos de ellas serán independientes y una será de carácter general integrada por los demás recursos del Sistema de Salud que harán unidad de caja en el Fondo.
Las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud serán las de:
a. Atención Primaria en Salud.
b. Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria.

La cuenta de carácter general se denominará como Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud.

La inspección, vigilancia y control del Fondo Único Público de Salud será competencia de las autoridades competentes establecidas por la Constitución y la Ley, además de la Veeduría Fiscal del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo. Dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente ley, se implementará un sistema de auditoría en tiempo real basado en tecnologías digitales, incluyendo *blockchain*, que permita rastrear el uso de los recursos asignados al Fondo Único Público de Salud y garantizar su destinación exclusiva al fortalecimiento del sistema de salud, promoviendo la transparencia y la eficiencia en su administración.

El seguimiento al Fondo Único Público de Salud hará parte del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) para garantizar el acceso transparente, en línea y en tiempo real de las transacciones en salud.

Artículo 22. ***Traslado presupuestal entre las cuentas del Fondo Único Público de Salud.*** Con el fin de optimizar el uso de los recursos y garantizar la atención en salud en todo el territorio nacional, la ADRES podrá realizar traslados presupuestales entre las cuentas del Fondo Único Público de Salud, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

1. Los traslados presupuestales podrán realizarse entre las cuentas del Fondo Único Público de Salud: la de Atención Primaria en Salud, la de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria y la Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud.
2. Los traslados deberán estar orientados a atender las necesidades más urgentes del Sistema de Salud, priorizando la atención en salud de la población más vulnerable, la mejora en la calidad de los servicios y el fortalecimiento de la red pública hospitalaria.
3. No podrán trasladarse aquellos recursos que por disposición legal o reglamentaria estén destinados a un fin específico.
4. El traslado de los recursos entre las cuentas debe ser aprobado por la Junta Directiva de la ADRES, previa evaluación técnica y financiera que justifique la necesidad del del Fondo y la cobertura de las obligaciones priorizadas.
5. Cada traslado presupuestal deberá ser reportado de manera detallada a la Veeduría Fiscal del Sistema de Seguridad Social en Salud y a la Contraloría General de la República, dentro de los treinta (30) días siguientes a la autorización, con el fin de garantizar la transparencia en el manejo de los recursos públicos y permitir la adecuada inspección, vigilancia y control.
6. El traslado de recursos entre las cuentas no podrá afectar las metas previamente establecidas por la ADRES, ni comprometer los compromisos adquiridos con el Fondo para la atención en salud en sus diferentes niveles.

Parágrafo. De igual manera, cada uno de los traslados deberá ser reportado de inmediato en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), con el fin de generar transparencia en el traslado y trazabilidad de los recursos.

Artículo 23. ***Cuenta de Atención Primaria en Salud***. La Cuenta de Atención Primaria en Salud integra los recursos que se asignen en la definición de la Unidad de Pago por Capacitación con destino a la Atención Primaria en Salud, con criterios de ajuste por variable geográfica, dispersión poblacional patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas, alcances, y disponibilidad de la oferta, y tendrá las siguientes fuentes:

1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar la prestación de servicios de salud y los destinados, a la vigencia de la presente ley, al régimen subsidiado, que pertenecen a los distritos y municipios.
2. Los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.
3. Los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).
4. Los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, incluidos los de regímenes exceptuados.
5. Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria en salud.

Estos recursos se destinarán a financiar:
1. Los servicios y tecnologías prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), públicos, privados y mixtos, así como los medicamentos de uso ambulatorio prescritos en estas unidades.
2. Las soluciones de transporte y dotación de los equipos de salud territorial.
3. La atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos.
4. Los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el fortalecimiento y desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS) se podrán destinar los recursos de Capital del Fondo Municipal o Distrital y otros recursos que los municipios aporten al Fondo Municipal de Salud.

Artículo 24. ***Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria.*** La Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria tendrá las siguientes fuentes:

1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la oferta para los departamentos y de los distritos que cumplen las funciones de prestación de servicios de los departamentos.
2. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).
3. Los recursos provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar de los departamentos y distritos, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.
4. Los recursos correspondientes a las rentas cedidas, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.
5. Los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.
6. Los demás recursos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del Sistema de Salud con cargo a esta cuenta.

Estos recursos se destinarán a los siguientes usos:

1. Al funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
2. Al transporte intermunicipal, interdepartamental medicalizado de los departamentos y distritos.

Las fuentes se integrarán de forma progresiva a la Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria de mediana y alta complejidad.

Artículo 25. ***Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud***. Los demás recursos que financian el Sistema de Salud y que están integrados en el Fondo Único Público de Salud, deberán presupuestarse para los siguientes usos obligatorios:

1. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarios y ambulatorios de naturaleza pública, privada y mixta, que harán parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis.
2. El financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo completo.
3. El financiamiento para la formación en salud.
4. La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias.
5. Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron.
6. Pago de remuneración por la administración a las Gestoras de Salud y Vida.
7. Pago de incentivos para los prestadores de mediana y alta complejidad y Gestoras de Salud y Vida.

Estos recursos harán unidad de caja, excepto los presupuestados para el fondo para la atención de catástrofes y epidemias y el pago de servicios de mediana y alta complejidad.

Artículo 26. ***Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el aseguramiento social en salud y su asignación***. El Ministerio de Salud y Protección Social, tomando en cuenta las recomendaciones Comité de Expertos para la definición, monitoreo y ajuste de la UPC, definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), para cubrir la atención en salud de la población, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral y oportuno, de todo los residentes del país a excepción de los usuarios de los regímenes especiales y exceptuados.

El Estado tiene la responsabilidad de calcular una Unidad de Pago por Capitación (UPC) suficiente para financiar los servicios de salud, mediante estudios técnicos y cálculos actuariales y valores actualizados a la respectiva anualidad, con criterios de ajustes por variables geográficas de dispersión poblacional, demográficas como edad o grupo etario y sexo, condiciones de salud, cambios y/o nuevas adopciones en las guías y protocolos clínicos autorizados. La UPC se deberá ajustar por distintos tipos de riesgos individual o grupal, de tal forma que los recursos sean asignados en función de la carga de enfermedad, condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población, y demás factores determinantes para cubrir la atención en salud de la población en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas y alcances, costeos de la atención y costos de la disponibilidad de servicios en el territorio nacional.

Igualmente, se deberá tener en cuenta para el cálculo actuarial, los incrementos de frecuencias por servicios preventivos, el crecimiento de los eventos adversos secundarios al mayor número de actividades y procedimientos requeridos para la recuperación de la salud de la población y del aumento de las actividades del Sistema de Salud, para su prevención y control.

Los estudios necesarios para definir la Unidad de Pago por Capitación que requieran, deberán ser desarrollados por el Comité de Expertos para la definición, monitoreo y ajuste de la UPC, con insumos suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Departamento Nacional de Planeación. El Ministerio de Salud garantizará que en el término de implementación del SPUIIS que se señala en la presente ley se utilice la información de fuente primaria para el cálculo de la UPC.

Para garantizar la suficiencia de recursos, la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los residentes en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social, previa recomendación del Comité de Expertos, determinará la UPC así:

1. Se asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento del nivel primario, con valores actualizados a la respectiva anualidad y criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas y alcances, costeos de la atención y costos de la disponibilidad de servicios en territorio para la Atención Primaria en Salud, que le corresponde al Sistema de Salud.
La financiación del nivel primario se hará vía oferta, para garantizar los servicios de salud territoriales según las necesidades. El total de los recursos asignados deberá garantizar la sostenibilidad de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).
2. Establecerá el valor del per cápita para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías y otras variables que sean pertinentes.

Parágrafo 1°. En todo caso la UPC será utilizada para el aseguramiento social en salud y el pago de prestación de servicios y tecnologías de salud. En casos de una situación extraordinaria sobreviniente y no previsible en salud, como la declaratoria de una Emergencia Sanitaria o un desastre natural, entre otras, la atención en salud será financiada con el fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras, establecido en el numeral 27 del artículo 17 de la presente ley. El Gobierno nacional dispondrá los recursos financieros adicionales para asumir costos y gastos derivados de la misma cuando existan faltantes en el fondo.

Parágrafo 2°. Los recursos que financian el aseguramiento en salud de que trata el numeral 1 del artículo 47 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019, integran la subcuenta de Atención Primaria en Salud para la financiación del per cápita destinado a la Atención Primaria en Salud.

Parágrafo 3°. Los recursos complementarios de cofinanciación previstos en el artículo 50 de la Ley 715 de 2001 se destinarán a la financiación del per cápita definido para la atención en salud de la mediana y alta complejidad.

Parágrafo 4°. En el tercer trimestre de cada anualidad, el Comité de Expertos para la definición, monitoreo y ajuste de la UPC, la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y el Consejo Nacional de Salud, rendirán informe a las comisiones séptimas del Congreso de la República sobre la metodología y los resultados obtenidos a partir de esta.

Artículo 27. ***Comité de Expertos para la definición, monitoreo y ajuste de la UPC.*** Confórmese el Comité de Expertos para la definición, monitoreo y ajuste de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), como organismo asesor adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social de carácter permanente y técnico, el cual emitirá conceptos técnicos, jurídicos, económicos, actuariales y/o financieros con carácter vinculante para efectos de definir, cuantificar, monitorear y ajustar la Unidad de Pago por Capitación (UPC) cada año y los Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas en la UPC.

Artículo 28. ***Integrantes del Comité de Expertos.*** El Comité de Expertos estará integrado de la siguiente forma:
a) Será presidido por el (la) Ministro (a) de Salud y Protección Social, quien ejercerá su rol de forma indelegable, respetando la independencia y autonomía del Comité de Expertos. No obstante, si por causa de fuerza mayor no pudiere estar presente el Ministro de Salud y Protección Social, el Comité de Expertos podrá ser presidido por cualquiera de los miembros de manera aleatoria; no siendo su ausencia motivo de impedimento para realizar la respectiva sesión.
b) Un (a) (1) representante del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, quien deberá ser el (la) Ministro (a) en funciones o el Viceministro (a) Técnico (a).
c) Un (a) (1) representante del Departamento Nacional de Planeación, ejercido por el (la) Director (a) en funciones o el subdirector (a) delegado.
d) Seis (6) expertos con amplio reconocimiento académico y profesional en los sectores de la salud, economía de la salud, ciencias actuariales y/o seguridad social, elegidos por mayoría simple de sus miembros, de ternas propuestas por cada uno de los siguientes actores:
i) Centros de investigación en salud (un representante).

ii) Centros de investigación en economía de la salud (un representante).
iii) Asociación Colombiana de Universidades (un representante).
iv) Prestadores de salud públicos y privados a través de sus respectivos gremios (un representante).
v) EPS públicas y privadas a través de sus respectivos gremios (un representante).
vi) Asociaciones de Usuarios, pacientes o enfermedades de alto costo y afiliados de las EPS (un representante).

Parágrafo 1°. Los seis (6) expertos serán designados para periodos fijos de cuatro (4) años, no estarán sujetos a las disposiciones que regulan la carrera administrativa, no siendo sujetos a libre nombramiento y remoción; y podrán ser reelegidos por una única vez. Del periodo de cuatro años, estarán los dos (2) últimos años del gobierno que los elige y dos (2) años del gobierno siguiente.

Parágrafo 2°. Podrán asistir como invitados permanentes al Comité de Expertos, con voz y sin voto, representantes del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, la Asociación Colombiana de Actuarios, la Cuenta de Alto Costo, la Superintendencia de Salud, la Contraloría General de la República, Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo y dos (2) delegados de las Comisiones Séptimas del Congreso de la República.

Parágrafo Transitorio: Para la conformación del primer periodo del Comité de Expertos, sus miembros serán elegidos por los delegados del Gobierno Nacional. Tres (3) de los seis (6) integrantes electos por ternas tendrán un periodo que durará por el primer periodo dos (2) años.

Artículo 29. ***Funciones del Comité de Expertos***. Las funciones indelegables del Comité de Expertos serán las siguientes:
1. Definir los servicios financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC – con criterios de inclusión de servicios y tecnologías a financiarse, teniendo en cuenta los conceptos técnicos de entidades como el IETS, el INVIMA y la academia.
2. Proponer al Ministerio de Salud y Protección Social los indicadores de satisfacción de usuarios, indicadores de salud y de uso eficiente de recursos, su evaluación y la definición de incentivos para los actores del sistema que acrediten un buen desempeño y su cumplimiento.
3. Definir de manera vinculante el valor de la UPC vigente para el año siguiente, así como los valores asociados a copagos y cuotas moderadoras para cada vigencia, con expedición anterior al 30 de diciembre de cada año.
4. Realizar anualmente el informe de suficiencia y los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC, Presupuestos Máximos o tecnologías no incluidas en la UPC y presentarlo al Ministerio de Salud y Protección Social, Congreso de la República y representantes de las partes interesadas del sector salud. Este pronunciamiento será publicado para recibir comentarios y aportes hasta antes del 30 de noviembre de cada anualidad.
5. Formular estudios técnicos sobre temas asociados al SGSSS, incluyendo financiamiento, flujo de los recursos en el sistema, utilización de los servicios de salud, los cuales serán de consulta pública y sometidos a revisión académica.
6. Proponer al Gobierno Nacional la formulación y ejecución de planes de saneamiento de las cuentas de servicios y tecnologías en salud, financiados y no financiados con cargo a la UPC.
7. Definir el reajuste, la activación del mecanismo de cobertura y pago contenido en el artículo 10 de esta ley, cuando se determine que la UPC asignada, Presupuestos Máximos o tecnologías no incluidas en la UPC son insuficientes para asumir los servicios en salud de la población afiliada.
8. Identificar y formular recomendaciones tendientes a contar con datos confiables y oportunos en tiempo real, al interior del sistema único de Información, orientado a la transparencia en la utilización de los recursos de salud.

Parágrafo 1°. El acto administrativo mediante el cual se define la UPC vigente para cada año deberá contar con un certificado en su metodología por parte de dos universidades con amplia presencia nacional, definidas por el Comité de Expertos.

A su vez dicha metodología y los datos, serán de acceso público y se contará con un canal virtual habilitado por la Secretaría Técnica del Comité, que permita consultar, realizar recomendaciones y sugerencias de manera continua por parte de agentes públicos y privados especializados en la materia. Se informará oficialmente acerca de la apertura de dicho canal a los actores a que se hace referencia en el presente inciso tales como organismos de control fiscal, instituciones de educación superior, órganos y comités autónomos entre otros; y al Congreso de la República, para realizar la revisión previa proyecto normativo de dicho acto administrativo, a partir de su primera versión.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público garantizará las apropiaciones y adiciones presupuestales, así como el giro oportuno, a que haya lugar para sufragar la UPC y Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro de la misma, que defina el Comité, las cuales deberán incluirse en el Presupuesto General de la Nación y ajustarse dentro del Marco Fiscal de Mediano Plazo del año correspondiente, so pena de las sanciones de carácter disciplinario o penal, que interponga la autoridad competente por su incumplimiento.

Parágrafo 3°. Las funciones y decisiones a cargo del Comité deberán ser debidamente soportadas y documentadas, acreditando el cumplimiento y el cuidado de los requisitos, atributos e información que soporta la operación del Comité. Dicha debida diligencia deberá quedar consagrada en actas e informes que harán parte integral de los actos administrativos proferidos por el Comité y serán de público conocimiento.

Parágrafo 4°. El director de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud asumirá las funciones de Secretaría Técnica del Comité.

Artículo 30. ***Metodología para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).*** Para el cálculo de la UPC se deberán tener en cuenta como mínimo los siguientes elementos:

i) Actualización de precios (inflación), tendencias de demanda;
ii) Ajustes por siniestros incurridos, reportados y no reportados;
iii) Tasas de cambio;
iv) Tasas de interés;
v) Los demás que sean necesarios. Adicionalmente, como mínimo los siguientes factores de ajuste de riesgo:
vi) Sexo,
vii) Edad,
vii) Carga;
viii) Gestión de la enfermedad reflejada en el costo promedio de los afiliados, ubicación geográfica y situación laboral; siempre y cuando se demuestre que cada una de las variables incide en la suficiencia de la UPC.

Parágrafo Transitorio. La redefinición de la metodología del cálculo de la UPC, por parte del Comité de Expertos para la definición, monitoreo y ajuste de la UPC, se realizará dentro de los primeros seis (6) meses de la entrada en vigencia de la presente ley y deberán tenerse en cuenta las órdenes de reajuste emitidas por la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional.

Artículo 31. ***Mecanismo de cobertura y pago.*** El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Hacienda y Crédito Público, dispondrán un mecanismo de cobertura y pago, con recursos adicionales a la UPC y/o Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro la UPC, con cargo al Presupuesto General de la Nación, para asumir de manera excepcional el aumento en la siniestralidad, así como los mayores costos en salud de las enfermedades, huérfanas y otras tecnologías de alto valor.

Dicho mecanismo establecerá el tope máximo de siniestralidad, a partir del cual, las tecnologías y servicios en salud que lo excedan serán asumidos directamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la modalidad de pago directo, velando por la sostenibilidad del SGSSS y el flujo de recursos a los diferentes actores.

El Gobierno Nacional reglamentará las condiciones de funcionamiento y administración de dicho mecanismo en los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de esta ley.

Artículo 31. ***Gestión de pago por la prestación de servicios de salud***. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 32 de la presente ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que les faculta para hacer parte de las Redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud.

Una vez registrado y certificado en las RIITS, cada prestador y proveedor procederá a firmar un acuerdo marco con la ADRES, como pagador único, para poder recibir la remuneración por sus servicios; el acuerdo incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud y de las auditorías tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la ADRES, con base en los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, que haya convenido con la Gestora de Salud y Vida, bajo el control de la Entidad Territorial, según la presente ley.

Una vez prestado el servicio de salud, dentro de los 8 días siguientes, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, así como los proveedores autorizados, presentarán concomitantemente las cuentas debidamente respaldadas por los soportes que acreditan la prestación de servicios, los cuales serán de carácter obligatorio a efectos del reconocimiento y pago de las obligaciones a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y a la Gestora de Salud y Vida correspondiente. A partir de la radicación de la cuenta de cobro la ADRES dispondrá de 30 días para pagar mínimo el 85% de su valor, previo concepto de la Gestora de Salud y Vida, quien tendrá 60 días calendario para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la subsanación a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión.

En todo caso, si dentro de los 60 días hábiles siguientes a la radicación de la cuenta, no se realizare auditoría, se entenderá aprobada la cuenta

En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la ADRES estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas siguientes del prestador o proveedor.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el proceso de radicación, facturación, glosas y pagos, en un plazo no superior a seis (6) meses.

Parágrafo 2°. Radicada la cuenta de cobro por parte de cada prestador y proveedor, ante la Gestora de Salud y Vida, ésta procederá a postularla ante la ADRES, la cual procederá a pagar mínimo el 85% de su valor dentro de los treinta (30) días que define el Artículo 31. Si se excede los treinta días se procederá a pagar intereses de mora, los cuales serán pagados en el 15% restante posterior a la auditoría realizada por la Gestora de Salud y Vida.

Artículo 32. ***Autorización de pago de servicios.*** La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, que conformen la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud (RIITS), al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis, según el régimen de tarifas y formas de pago del sistema de salud y los convenios de desempeño.

El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud establecerá tarifas diferenciales por regiones y modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y regulará el uso y costos de los recursos públicos del Sistema de Salud, garantizando la contención del gasto y la sostenibilidad financiera del Sistema de

Salud. Igualmente, habrá un piso y un techo para incentivar la calidad; así como un incentivo para la prestación de servicios de salud en zonas rurales y dispersas.

La ADRES llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la Institución Prestadora de Servicios de Salud, el diagnóstico y otras variables de relevancia, con el fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados, del gasto en salud en cada territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Se dispondrá de un sistema de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas, con la respectiva auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud. La auditoría médica se realiza a los actos médicos, los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación, el profesionalismo y pertinencia médica. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), contendrá un módulo para el seguimiento del estado de la auditoría de cuentas médicas.

Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Gestoras de Salud y Vida realizarán los controles previos, concurrentes y posteriores de los servicios de salud y las auditorías a las facturas presentadas por los integrantes de las RIITS, y certificarán ante la ADRES el cumplimiento para el pago, siempre que se encuentren debidamente respaldadas por los soportes que acreditan la prestación de servicios, los cuales serán de carácter obligatorio a efectos del reconocimiento y pago de las obligaciones.

La ADRES, dentro de su competencia, podrá contratar con firmas especializadas de auditoría, debidamente registradas en la Superintendencia Nacional de Salud, para la realización de auditorías independientes integrales, aleatorias o dirigidas a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la RIITS, de acuerdo con las tendencias de gasto identificadas. Sus informes serán dispuestos a través del SPUIIS para su consulta pública y gratuita.

De encontrarse irregularidades en la facturación de los servicios de una institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta, se informará a la Superintendencia Nacional de Salud, decidir sobre la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución. De cualquier forma, el cierre parcial, total, temporal o definitivo de solicitudes de servicios a la institución objeto de las mismas, no podrá, bajo ninguna circunstancia, afectar la correcta prestación del servicio a los usuarios.

Parágrafo 1°. Por ningún motivo se podrá usar el mecanismo de autorizaciones en salud para la prestación de un servicio, como control previo por parte de las Gestoras de Salud y Vida.

Parágrafo 2°. Los resultados de las auditorías realizadas por la ADRES y las firmas especializadas serán publicados semestralmente en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), garantizando la transparencia, la publicidad y permitiendo el control ciudadano.

Artículo 33. ***Servicios Sociales Complementarios en Salud.*** Son servicios sociales complementarios en salud aquellos que requiere una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud y su condición de discapacidad y/o socioeconómica y/o geográfica le impide proporcionárselos por sí misma. Tales como servicios de transporte, hospedaje, cuidado o asistente personal en casa, conforme a los que sean considerados por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante un estudio técnico y teniendo en consideración las recomendaciones adoptadas por el Consejo Nacional de Salud. El transporte, alimentación y hospedaje del acompañante, cuando se requiera.

El Gobierno nacional determinará las fuentes para financiarlos, la población beneficiaria del servicio y su cobertura. En todo caso, los servicios sociales complementarios continuarán siendo financiados con cargo a las fuentes actuales, hasta tanto se dispongan nuevas fuentes de recursos.

Parágrafo. Cuando se prescriba cuidador o asistente personal como parte de los servicios necesarios para el cuidado integral de una persona se dará prevalencia en la contratación a quien venía realizando las actividades de cuidador o asistente personal.

Artículo 34. ***Prestaciones económicas.*** Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas a proteger a las familias del impacto financiero por incapacidad derivada de una enfermedad de origen común.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la expedición, reconocimiento y pago de estas prestaciones de la población cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas, en ningún caso serán inferiores a los que se reconocen a la vigencia de la presente ley.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el aumento progresivo de cobertura en función del nivel socioeconómico de los hogares, hasta alcanzar la universalidad en el año 2029.

El procedimiento administrativo de auditoría y revisión de documentos soporte para el pago de las prestaciones económicas, realizado por las Gestoras de Salud y Vida, no podrá exceder los treinta (30) días calendario, y la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) realizará el pago efectivo de dichas prestaciones económicas en un máximo de ocho (8) días hábiles contados a partir de la aprobación.

Parágrafo. El Sistema de Salud deberá garantizar el adecuado control prenatal a todas las mujeres y personas gestantes, eliminando las barreras de acceso a los servicios y procurando la corresponsabilidad de las mismas para la protección de la vida y la salud.

Artículo 35. ***Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.*** El Gobierno nacional establecerá los requisitos y procedimientos para que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) privadas o mixtas, accedan a créditos blandos con tasas compensadas, destinados a saneamiento financiero, estabilización y permanencia en el Sistema de Salud.

Parágrafo 1°. Se dará prioridad a aquellas instituciones privadas que acrediten afectaciones financieras comprobadas derivadas de la liquidación o el proceso de liquidación de Entidades Promotores de Salud (EPS).

Los recursos de la línea de créditos blandos serán administrados por Financiera de Desarrollo Territorial S.A. (FINDETER).

En el caso de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) mixtas deberán acreditar su capacidad de endeudamiento en los términos de la Ley 358 de 1997 y el Decreto 610 de 2002.

Parágrafo 2°. El Gobierno nacional reglamentará la destinación, condiciones y mecanismos de control de estos créditos, asegurando criterios de transparencia, eficiencia y equidad en su otorgamiento.

Artículo 36. ***Modificación de la destinación de parte de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC).*** Las Cajas de Compensación Familiar que hayan administrado o administren programas de salud o participen en el aseguramiento en salud y/o se encuentren en liquidación podrán usar los recursos de su apropiación del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) hasta en un porcentaje del 40% de los recursos del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, incorporados a dicho Fondo en virtud del numeral 2 del artículo 6° de la Ley 1636 de 2013 para el saneamiento de pasivos debidamente auditados, conciliados y reconocidos asociados a la prestación de servicios de salud de sus afiliados, así como para efectuar el pago de las deudas que las Cajas de Compensación Familiar presenten con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), registradas en los estados financieros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) con la respectiva caja.

Parágrafo 1°. Los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) serán usados para los siguientes fines:
1. Fortalecimiento patrimonial de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que funcionen como programas de salud de las Cajas.
2. Fortalecimiento patrimonial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que funcionen como programas de salud de las Cajas y/o capitalización de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en las cuales las Cajas tengan participación accionaria.
3. Saneamiento de pasivos asociados a la prestación de servicios de salud incluidos los pasivos laborales y de talento humano en salud, de los programas de salud de aseguramiento, prestación de servicios de salud y/o gestión farmacéutica de las Cajas de Compensación Familiar.
4. Reconocimiento y pago de las cuentas por cobrar de las IPS y/o gestores farmacéuticos que funcionen como programas de las Cajas de Compensación Familiar que registren con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en las cuales las Cajas tengan participación accionaria. Estas cuentas por cobrar deberán estar debidamente, radicadas, auditadas, conciliadas y reconocidas por parte de la Caja y la EPS respectiva. En estos casos será obligatorio por parte de la EPS deudora la ejecución de estos recursos sin situación de fondos para el saneamiento de los respectivos pasivos y el giro se realizará directamente desde el FOSFEC a los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar.
5. Saneamiento de los pasivos, incluidos los pasivos netos de liquidación, de los programas de aseguramiento en Salud en el régimen contributivo y/o subsidiado liquidados o en proceso de liquidación de las Cajas de Compensación Familiar en favor de los demás programas autosostenibles de las Cajas de Compensación Familiar.
6. Saneamiento de pasivos asociados a la prestación de servicios de salud de los programas de salud de aseguramiento de las Cajas de Compensación Familiar, que hayan sido objeto de escisión y que se encuentren acumulados antes del perfeccionamiento de la misma.
7. El pago de los créditos excluidos de la masa reconocidos en el proceso de liquidación o escisión de los programas de salud de aseguramiento de las Cajas de Compensación Familiar que resulten a favor de ADRES, de la cuenta alto costo, los usuarios por prestaciones económicas y de otros que determine y reconozca el liquidador como créditos excluidos de la masa.
8. Los gastos de administración asociados a los procesos de liquidación o escisión de los programas de salud de aseguramiento de las Cajas de Compensación Familiar, contemplados en la normatividad vigente.

Parágrafo 2°. Las Cajas de Compensación Familiar deberán emitir un informe anual detallado sobre el empleo discriminado de estos recursos del FOSFEC.

Parágrafo Transitorio. La modificación temporal de la destinación de recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC), de que trata el presente artículo, será hasta por cinco (5) años calendario contados a partir del primero (1º) de enero de 2026. Una vez cumplido este periodo, dichos recursos volverán a tener la destinación contemplada en el numeral 2 del artículo 6° de la Ley 1636 de 2013 o las normas que las modifiquen o complementen.

Artículo 37. Modifíquese el artículo 2° de la Ley 1608 de 2013, el cual quedara así:

> **Artículo 2°.** ***Uso de los Recursos de Saldos de las Cuentas Maestras.*** Los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud, podrán usarse conforme a la prioridad de usos que se señala a continuación siempre y cuando no sean requeridos para garantizar los compromisos y contingencias derivados del Régimen Subsidiado de Salud:
> 1. Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios y distritos, que se deba aportar en la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud, independiente de la vigencia de causación. Estos recursos se girarán directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
> 2. En el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada, el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios y el pago de la atención de urgencia a la población migrante no asegurada a cargo del departamento o distrito asumidos por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas, previa auditoría de cuentas conforme a lo establecido por las normas legales y reglamentarias vigentes.

3. En el pago de pasivos de Empresas Sociales del Estado a cargo de las entidades territoriales. Se deberán pagar en primera instancia las deudas con el talento humano en salud.
4. El saneamiento fiscal y financiero. Se deberán pagar en primera instancia las deudas con el talento humano en salud.
5. En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios. Los Municipios y Distritos no certificados ejecutarán los recursos a que hace referencia este numeral, en coordinación con el Departamento. Estas inversiones deberán estar incluidas en el Plan Maestro de inversiones en infraestructura y dotación en salud del respectivo departamento o distrito.

Parágrafo. Para ejecutar los recursos de acuerdo con lo definido en los numerales 3, 4 y 5 las entidades territoriales deberán tener garantizada la cofinanciación del esfuerzo propio del Régimen Subsidiado de Salud que les corresponda efectuar. Así mismo, haber previsto en el caso que proceda, la inversión a que hace referencia el numeral 2 del presente artículo.

Artículo 38. Modifíquese el artículo 3º de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así:

Artículo 3°. ***Destinación de los excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales financiados con recursos del situado fiscal y del sistema general de participaciones.*** Los recursos excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales, de que trata el artículo 85 de la Ley 1438 de 2011, correspondientes a las vigencias 1994 a 2016, financiados con recursos del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones, se destinarán si las entidades territoriales lo consideran pertinente al pago de la deuda por conceptos de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada, la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, y de no existir deudas por estos conceptos al saneamiento de deudas laborales de las Empresas Sociales del Estado entre otros pasivos de estas entidades que requieran ser saneados para garantizar su operación, de acuerdo con lo que defina la respectiva entidad territorial.

Los recursos excedentes que no fueron saneados y que se encuentren en poder de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), de las Entidades Administradoras de Pensiones y de las Administradoras de Fondos de Cesantías (AFC) serán girados a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES); estos recursos, junto con los que por este concepto tenga la ADRES, serán distribuidos entre los departamentos y distritos, conforme a los criterios definidos por el Ministerio de Salud y de Protección Social y se destinarán a los mismos conceptos previstos en el inciso anterior.

Los recursos excedentes que fueron saneados y que se encuentren en poder de las Empresas Sociales del Estado o de la Entidad Territorial, serán ejecutados por estas para el pago de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada y/o a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda".

Artículo 39. Modifíquese el artículo 21 de la Ley 1797 de 2016, el cual quedara así:

Artículo 21. ***Usos de los recursos excedentes del sector salud.*** Con el fin de priorizar las necesidades en el saneamiento del sector salud se podrá disponer de los siguientes recursos:

1. Los excedentes y saldos no comprometidos en el uso de recursos de oferta de salud del Sistema General de Participaciones a 31 de diciembre de 2019, se destinarán para el pago de deudas por prestación de servicios de salud de vigencias anteriores, el pago de las deudas de la atención de urgencia de la población migrante no afiliada a cargo de los departamentos y distritos y, de no existir estas deudas, al pago de pasivos de las Empresas Sociales del Estado. En el caso de que el municipio haya perdido la competencia para administrar los recursos de prestación de servicios de salud o de no presentar deudas por concepto de prestación de servicios de vigencias anteriores, dichos saldos serán girados al departamento para financiar las actividades definidas en este numeral.

Los recursos no ejecutados y/o los excedentes financieros podrán utilizarse para los mismos fines, distritos y, de no existir estas deudas, al saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado".

TÍTULO IV
ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
CAPÍTULO I
Gestoras de salud y vida

Artículo 40. ***Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida.*** Las Gestoras de Salud y Vida son entidades de naturaleza privada, pública o mixta, con o sin ánimo de lucro, que surgen en virtud de la transformación de las EPS y creadas únicamente para los fines expresados en esta ley, conformadas de acuerdo con las disposiciones legales y normativas que rigen este tipo de entidades y debidamente autorizadas y habilitadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud. Las Gestoras de Salud y Vida para la gestión integral del riesgo en salud y operativo y la representación del usuario en el territorio de salud asignado, cumplirán las siguientes funciones:

1. Identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud para la población a cargo en el territorio para la gestión integral del riesgo en salud incluyendo la población sana. Estas acciones las coordinará con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).
2. Organizar y conformar con las Direcciones Departamentales y Distritales o Municipales las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) para las subregiones funcionales para la gestión en salud, incluyendo los CAPS de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Participar en la planeación estratégica del desarrollo de las RIITS en coordinación con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Gestionar el riesgo en salud conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, incluyendo a los CAPS desde la Atención Primaria en Salud hasta la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, según la organización de las RIITS.
5. Establecer los planes de intervención y articular la ejecución de la gestión operativa para responder a la demanda de servicios de los CAPS y a las RIITS.
6. Desarrollar modelos estimativos que permitan la gestión anticipada de los riesgos en salud y operacionales a través de la intervención de factores de riesgo que identifiquen patrones de comportamiento para ajustar las acciones establecidas que enfrenten el nivel de riesgo.
7. Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial al interior de las RIITS, que contribuyan a la continuidad de la atención de las personas.
8. Gestionar un sistema de referencia y contrarreferencia en coordinación con las secretarías departamentales y distritales o municipales y los CAPS, para la atención oportuna de la población en los servicios de salud; de acuerdo con las RIITS habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluido el traslado cuando por condiciones del territorio y de la Red así lo requiera la población.
9. Ejecutar articuladamente con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de las RIITS.
10. Implementar salas situacionales que permitan el análisis de información, a través de tableros de gestión para la toma de decisiones, el reporte de alertas y entrega de insumos para el ejercicio de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud y de las Entidades Territoriales.
11. Entregar informes semestrales del funcionamiento de las RIITS.
12. Contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros.
13. Prestar asistencia técnica con planes de capacitación a los integrantes de la Red para el mejoramiento continuo, la implementación de modelos innovadores de servicios de salud y el fortalecimiento de la calidad en la atención en salud.
14. Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, y los CAPS, la prestación de servicios especializados en el nivel de complejidad correspondiente para personas con enfermedades raras o huérfanas, incluyendo su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, así como en el caso de las enfermedades de alto costo.
15. Garantizar el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos a las personas que los requieran de tal forma que su prestación no afecte la oportunidad, pertinencia, seguridad y eficiencia.
16. Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las RIITS y con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), en la forma y condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.
17. Realizar la auditoría integral de calidad, de cuentas médicas y concurrente de las prestaciones de servicios de salud componente complementario de las RIITS, con sujeción a los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio.
18. Auditar la facturación del componente complementario de mediana y alta complejidad de las RIITS, la cual será remitida a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) para los pagos a que haya lugar.
19. Implementar un Sistema de Información y Atención a la Población articulado con el SPUIIS a través del cual interactúen con las personas, asociaciones de usuarios o pacientes y demás organizaciones de la sociedad civil, con el fin de conocer sus inquietudes, peticiones, sugerencias, quejas y denuncias, para poder dar soluciones efectivas a las no conformidades manifestadas.
20. Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y sobre los temas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
21. Realizar la gestión y validaciones necesarias para el pago de las prestaciones económicas.
22. Gestionar la atención integral de la salud del usuario, de manera que se disponga de un sistema de atención, que incluya como mínimo: i) una línea nacional gratuita de información, ii) una página web, iii) estrategias de comunicación electrónica o digital personalizada, iv) información en sus canales de atención y en su red de prestadores.
23. Suscribir conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, los convenios de desempeño con todos los prestadores de servicios de salud, según lo definido en la presente ley, dentro de la RIITS correspondiente, con criterios de eficiencia, calidad y resultados en salud de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades territoriales Departamentales y Distritales o municipales de salud, según corresponda, para que cumpla con lo definido en el modelo de atención.
24. En conjunto con las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación adelantar la revisión periódica del desempeño de los CAPS, que conduzca al mejoramiento continuo.
25. Representar al usuario en lo relativo al agenciamiento de los ciudadanos en su tránsito al interior de las RIITS, de acuerdo con las prescripciones realizadas por los profesionales de la salud y su participación en el sistema de referencia y contrarreferencia, garantizando el mayor nivel de resolutividad en el primer nivel.

Parágrafo 1°. Lo dispuesto en el presente artículo no implica manejo de recursos, ni ordenación del gasto por parte de las Gestoras de Salud y Vida.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de las Gestoras de Salud y Vida. Las Gestoras de Salud y Vida deberán realizar audiencias públicas de rendición de cuentas de la manera más expedita y con la posibilidad de utilizar medios digitales y tecnológicos, con el fin de mostrar su gestión y los resultados obtenidos de estas en cuanto a los indicadores de servicio, resultados en salud de su gestión financiera, en la periodicidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El Gobierno nacional expedirá el régimen de inhabilidades, incompatibilidades y resolución de conflictos de intereses del Gestor de Salud y Vida.

Artículo 41. ***Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud.*** Dentro de los doce (12) meses siguientes a partir de expedida la reglamentación sobre la habilitación y autorización de las Gestoras de Salud y Vida, las Entidades Promotoras de Salud autorizadas para operar en alguno o ambos de los dos regímenes de afiliación actuales y que cumplan los requisitos para transformarse en Gestoras de Salud y Vida, deberán presentar ante el Ministerio de Salud y

Protección Social y ante la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a sus competencias, la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a dicha transformación presentando el proyecto de habilitación o plan de retiro voluntario según el caso, y el correspondiente plan de saneamiento, teniendo en cuenta lo siguiente:

1. Si la Entidad Promotora de Salud, desea transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar el proyecto de habilitación como Gestora de Salud y Vida.
2. Si la Entidad Promotora de Salud no está interesada en transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar su plan de retiro voluntario.

Si la Entidad Promotora de Salud no expresa ninguna de las dos intenciones dentro del término antes indicado, se iniciará inmediatamente el proceso de retiro cumpliendo los requisitos estipulados para el numeral 2 del presente artículo.

Parágrafo 1°. Para el caso de las EPS intervenidas será deber del agente especial interventor convocar al máximo organismo social de la entidad para que haga la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a la transformación en Entidades Gestoras de Salud y Vida. Deberá a su vez presentar un plan de saneamiento para la aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 2°. Para el respectivo saneamiento se tendrán en cuenta las inversiones que respaldan las reservas técnicas de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y otras fuentes de recursos legalmente establecidas.

Parágrafo 3°. A la entrada en vigencia de la presente ley, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que presenten el plan de habilitación y saneamiento observando los parámetros definidos en el artículo 30 de la presente ley, podrán obtener una habilitación transitoria como Gestoras de Salud y Vida siempre y cuando la Superintendencia Nacional de Salud apruebe los mencionados planes o garantías financieras de que trata el presente artículo. Como consecuencia de ello, se suspenderán los requisitos de habilitación financiera que les aplica como Entidades Promotoras de Salud (EPS), para permitir el cumplimiento de los planes de habilitación y saneamiento aprobados, sin perjuicio de lo establecido en el régimen de transición.

Artículo 42. ***Transformación y transición de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).*** Las Entidades Promotoras de Salud (EPS)**,** que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por tres (3) años, siempre que cumplan las condiciones de permanencia que les aplica, más aquellas que se consagran en el periodo de transición previsto en la presente ley.

Las EPS podrán manifestar su interés de transformarse en Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos que para dicha transformación reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social durante los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley.

La manifestación de transformación deberá acompañarse de un plan de saneamiento de pasivos aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 29 de la presente ley.

Durante este periodo deberán cumplir progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros:

1. Organizar conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, la atención de su población a cargo, en los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) conforme a la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) habilitadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos CAPS que serán financiados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).
2. Durante los dos años de transición previstos en esta ley, las EPS, deberán efectuar las reformas estatutarias, estructurales, administrativas y operativas a que haya lugar, para adoptar su naturaleza de Entidades Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos de habilitación que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Durante el periodo que permanezcan como EPS, será obligatoria la implementación del giro directo a través de la ADRES.
4. Se organizarán progresivamente por subregiones funcionales para la gestión en salud, reconociendo su experiencia en los sitios en donde históricamente han gestionado el riesgo en salud con buenos resultados y conservando sus afiliados en esos sitios. En las mencionadas subregiones y acreditando los requisitos necesarios, se podrán establecer como Gestoras de Salud y Vida, articulándose con los CAPS presentes en el correspondiente territorio para la gestión en salud.
5. Articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las RIITS que organicen y conformen junto con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal de acuerdo con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. La habilitación y autorización de las RIITS estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.
6. Presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 18 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano.
7. Todas las EPS tendrán plazo máximo de tres (3) años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad. Deberán declarar su grupo económico o grupo empresarial nacional y/o internacional según la normatividad vigente durante los siguientes 60 días.
Excepcionalmente, cuando por razones de suficiencia de infraestructura hospitalaria en zonas marginadas o de baja densidad poblacional se deba mantener, la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar un plazo mayor, sin que en ningún caso supere un (1) año adicional. No podrán escindir sus activos fijos hasta que no haya cumplido con el paz y salvo del 100% de sus pasivos.
8. Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual per cápita sin situación de fondos, la cual será reconocida mensualmente de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud.
Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las EPS, la ADRES girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos, gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS.
9. Las EPS recibirán los recursos correspondientes al pago de gastos de administración establecidos en la legislación vigente.
10. En cualquier momento y antes de cumplirse los tres (3) años de transición previstos en esta ley, las EPS que cumplan con las condiciones para su transformación y presenten un plan de saneamiento aprobado, podrán iniciar su operación como Gestoras de Salud y Vida en los términos de la presente ley.

En el caso del numeral uno (1), las Entidades Promotoras de Salud tendrán que presentar un plan de saneamiento de la totalidad de los pasivos respaldados por acuerdos de pago con sus acreedores, o garantías financieras; el cual tendrá la obligación de implementar en un tiempo no superior a dieciocho (18) meses contados a partir de su aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y deberá presentar el paz y salvo de todas las deudas al finalizar dicho plazo. En caso de incumplimiento la Entidad Promotora en Salud entrará en proceso de vigilancia especial durante un periodo no mayor a seis (6) meses, para determinar si puede, o no, seguir en el proceso de transformación.

El cumplimiento del plan de saneamiento de pasivos no podrá afectar la operación de las Gestoras de Salud y Vida; lo cual estará sujeto a vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

En el caso del numeral dos (2), las Entidades Promotoras de Salud tendrán que presentar un plan de saneamiento que contemple el pago de la totalidad del pasivo en un tiempo que no podrá ser superior a veinticuatro (24) meses contados a partir de la radicación del plan de retiro voluntario o al vencimiento de los tres (3) meses previstos en el presente artículo. El plan de saneamiento debe tener en cuenta la prelación de pagos previsto en el artículo 12 de la Ley 1797 de 2016, considerando que en el primer renglón de prelación deben incluirse las deudas que se tengan con todos los trabajadores de la salud con independencia de la forma de vinculación. Si el plan de saneamiento no es aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) o siendo aprobado se incumple, la EPS será intervenida forzosamente.

En todo caso la Superintendencia Nacional de Salud tendrá hasta treinta (30) días calendario para emitir concepto sobre los planes y el cumplimiento de los parámetros.

Parágrafo 1°. La transformación de las actuales EPS en Entidades Gestoras de Salud y Vida no implica su liquidación sino un proceso de disolución. Los activos, pasivos, patrimonio, pasarán en bloque a la Entidad Gestora de Salud y Vida con subrogación de todos los deberes, derechos y obligaciones, en los términos que reglamente el Gobierno nacional.

Parágrafo 2°. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que, a través de su transformación en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas en gestionar de manera integral, la salud de la población que se les asigne y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde. Ninguna de estas operaciones podrá implicar integración vertical en los niveles de mediana y alta complejidad.

Parágrafo 3°. Una vez cumplidos los requisitos para la transformación de la EPS en Gestora de Salud y Vida, y previa aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social, como una alternativa del proceso de disolución, podrán constituir la Gestora de Salud y Vida como una persona jurídica diferente, ya sea de naturaleza privada, mixta o pública según corresponda, para asumir dicho rol, con una Junta Directiva o máximo órgano de dirección, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Para llevar a cabo esta alternativa del proceso de disolución, la EPS que opte por constituir la Gestora de Salud y Vida con una personería jurídica diferente, deberá haber certificado toda su integración vertical, previo al cambio, ante la Superintendencia Nacional de Salud para dar cumplimiento al inciso 7° del presente artículo.

Parágrafo 4°. Las EPS con participación accionaria del Estado podrán certificar el pago de sus pasivos y acreencias por parte de la Nación o de la Entidad territorial de su respectiva jurisdicción, como respaldo de cumplimiento de las condiciones de permanencia que se les aplica, necesarias para transformarse en Gestoras de Salud y Vida.

Artículo 43. ***Remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.*** Se reconocerá y pagará a las Entidades Gestoras de Salud y Vida el cinco por ciento (5%) del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de manera mensual, de la población a su cargo, por el cumplimiento de sus funciones definidas en la presente ley, según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca para tal efecto.
En caso de que una Gestora de Salud y Vida no cumpla las funciones establecidas en la presente ley acorde a la metodología que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social en términos de calidad, oportunidad e integralidad, esta recibirá hasta un treinta por ciento (30%) menos de su ingreso por remuneración, y en caso de reincidencia en dos periodos consecutivos, será objeto de medida de supervisión especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo a la reglamentación que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. En todo caso, el mecanismo desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social, también deberá contemplar la definición de indicadores de evaluación del cumplimiento de funciones.

Además, podrán participar de los incentivos por el cumplimiento de resultados en salud, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario, según lo estipulado en el numeral 4 del artículo 34 de la presente ley.

CAPÍTULO II
Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS)

Artículo 44. ***Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).*** Como parte de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios sanitarios con calidad, accesibilidad, inclusividad, equidad, integralidad y continuidad de manera coordinada y eficiente, con orientación familiar y comunitaria, a una población ubicada en un espacio territorial determinado, con particularidades geográficas y epidemiológicas diferentes buscando el logro de los resultados en salud.

Las Gestoras de Salud y Vida junto a las entidades territoriales, conformarán RIITS siendo compuestas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes de salud y transporte especial de pacientes y sus relaciones serán de cooperación y complementariedad.

Los servicios de salud se prestarán por medio de convenios de desempeño y según las necesidades de la población, con suficiencia técnica y administrativa, cumpliendo los requisitos de habilitación. Los prestadores se deberán registrar y certificar como integrantes de la Red, aceptando las condiciones que al efecto reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social, para promover, preservar y/o recuperar la salud de una población ubicada en un espacio territorial determinado, promoviendo acciones intersectoriales para intervenir en los determinantes sociales de la salud, bajo el modelo preventivo, predictivo y resolutivo, basado en la APS con orientación familiar y comunitaria, intercultural y diferencial incluida la obligatoriedad de interoperar con el sistema de información en salud y de aceptar el régimen de tarifas y formas de pago.

Las Redes tendrán un nivel primario de atención, conformado por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de los que hacen parte los Equipos de Salud Territoriales; y otro complementario, constituido por las instituciones de mediana y alta complejidad, así como por profesionales independientes.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos de coordinación asistencial para la operación de la RIITS y para la toma de decisiones en el marco de los determinantes sociales en salud. Las Gestoras de Salud y Vida, en conjunto con las Entidades Territoriales conformarán las RIITS a partir de los convenios de desempeño y adoptarán e implementarán estos mecanismos de coordinación asistencial de acuerdo con las necesidades de la población. Los mecanismos de coordinación deben incluir el desarrollo de acciones conjuntas y sinérgicas entre los CAPS y los demás integrantes de la Red, para asegurar la continuidad del cuidado de las personas, de forma coordinada y generar una cadena de valor que garantice la atención integrada e integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.

En el nivel primario, las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales departamentales y distritales o municipales, según corresponda, establecerán convenios de desempeño con los CAPS para orientar el logro de resultados en salud. Estos convenios deben definir los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. El seguimiento al convenio lo harán las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación.

En el nivel complementario, las Gestoras de Salud y Vida, establecerán para cada Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de mediana y alta complejidad un convenio de desempeño que defina los servicios a prestar, las condiciones de calidad específicas esperadas de cada servicio y la modalidad de pago aplicable, de acuerdo con el régimen de tarifas y formas de pago definido, así como los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional en la RIITS, junto con los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades Territoriales de salud departamentales y distritales o municipales, según corresponda para que cumplan con lo definido en el modelo de atención.

Parágrafo 1°. Los establecimientos farmacéuticos y los proveedores de tecnologías en salud, que realicen la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud, incluyendo a los operadores logísticos de tecnologías en salud, gestores farmacéuticos, organizaciones no gubernamentales, universidades y otras entidades privadas, serán considerados servicios de salud y estarán orientados a garantizar el derecho fundamental a la salud, por lo tanto, podrán ser parte de las RIITS, si así se registran y se certifican.

Los establecimientos farmacéuticos y demás establecimientos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud deberán cumplir las condiciones de habilitación para su funcionamiento y demás requisitos establecidos en la normatividad vigente, además de estar autorizados por las entidades territoriales en salud, registrarse y demostrar ante estas el cumplimiento de los requisitos esenciales para la prestación del servicio farmacéutico. En caso de ser parte de las RIITS deberán también demostrar suficiencia patrimonial, capacidad tecnológica y administrativa.

El transporte, gestión y dispensación farmacéutica ambulatoria de medicamentos a usuarios del Sistema de Salud se efectuará a través de los establecimientos farmacéuticos de gestores farmacéuticos, droguerías y operadores logísticos autorizados para ello, sin perjuicio de la entrega que se haga a través de estos servicios en las IPS y garantizando la dispensación en zonas rurales y de difícil acceso.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud diseñarán e implementarán un sistema de monitoreo del desempeño, la calidad y la garantía de acceso efectivo a los servicios de salud de las RIITS. Las Direcciones departamentales y distritales o municipales de salud supervisarán el desempeño de las RIITS bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 3°. Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas se entenderán integradas a las RIITS. Todos los residentes tendrán derecho a recibir atención inicial de urgencias en cualquier IPS dentro del territorio nacional.

Parágrafo 4°. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones para que los profesionales independientes y las instituciones de atención básica en salud que presten servicios para complementar el cuidado, se integren a las RIITS.

Parágrafo 5°. La vigilancia y control fiscal sobre la gestión de los recursos públicos recibidos por los integrantes de las Redes Integrales e Integrales Territoriales de Servicios de Salud (RIITSS) corresponde a la Contraloría General de la República. Para ellos, las RIITSS, en coordinación con las Gestoras de Salud y Vida, las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), deberán reportar a la Contraloría General de la República la información detallada sobre la administración de los recursos. El Contralor General de la República reglamentará la forma, el contenido y la periodicidad de dicha información.

En lo correspondiente a las ISE y las IPS privadas y mixtas, la obligación de reporte de información incluye a las entidades públicas, privadas y mixtas que las integren, cuando administren recursos públicos de la salud.

Artículo 45. ***Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).*** Las Direcciones departamentales y distritales o municipales de Salud organizarán y conformarán las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) con fundamento en los análisis funcionales de Red. La organización y conformación se hará con las Gestoras de Salud y Vida autorizadas para operar en el territorio.

Este proceso deberá garantizar la optimización y ordenamiento racional de la oferta territorial de servicios de salud, privilegiando la accesibilidad de las personas, familias y comunidades a los mismos y bajo las orientaciones y reglamentos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará y autorizará las RIITS en las subregiones funcionales para la gestión en salud.

Artículo 46. ***Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).*** El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La habilitación de las RIITS deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios, teniendo en cuenta los siguientes ámbitos de abordaje:

1. Modelo de atención. Modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad que tenga en cuenta las particularidades poblacionales, territoriales, diferenciales y de género. En el modelo se establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios en un territorio determinado, teniendo en cuenta las necesidades en salud de la población, contando con una oferta amplia de servicios de salud individuales y colectivos, sociosanitarios y de salud pública y ambiental.

El modelo contará con un nivel primario, como primer contacto y puerta de entrada, que integra y coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios en los entornos de desarrollo de las personas y en los centros especializados; y un nivel complementario, con servicios de alta y mediana complejidad, que garantiza la atención de salud de manera continua e integral a las personas, familias y comunidades.

2. Rectoría y Gobernanza de la red. Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas por parte de las Gestoras de Salud y Vida y las Entidades territoriales, así como asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las RIITS se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región.

3. Organización y gestión. Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la red, tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos, para adelantar una gestión basada en resultados que alimenten el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).

4. Sistema de asignación e incentivos. Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la RIITS, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la asignación de incentivos, para la red de prestadores de mediana y alta complejidad y las Gestoras de Salud y Vida. Sobre la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se reconocerá un porcentaje en relación con el total de recursos asignados a los prestadores de mediana y alta complejidad, y las Gestoras de Salud y Vida, el cual no será superior al tres por ciento (3%), dicho porcentaje deberá estar soportado mediante un estudio de costeo de los incentivos.

Estos recursos se dividirán por partes iguales entre las Gestoras de Salud y Vida y los prestadores de servicios de mediana y alta complejidad.

Para la asignación, se considerarán de manera independiente los indicadores correspondientes a los siguientes atributos:

a. Resultados en salud: Los indicadores se evaluarán sobre la línea base inicial disponible hasta lograr las metas establecidas por la OMS/OPS. Se tendrán en cuenta, entre otros:

Cobertura en vacunación, razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad perinatal, cobertura de pacientes con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles y detección temprana de personas con eventos de interés en salud pública.
b. Satisfacción de los usuarios: La oportunidad, continuidad y satisfacción con la atención ambulatoria, en consultas generales y especializadas, en la atención hospitalaria, y en la entrega completa de medicamentos, las tasas de peticiones, quejas, reclamos, tutelas y desacatos, entre otros.

c. Uso eficiente de recursos: Se tendrá en cuenta la utilización adecuada de los recursos con los que cuenta la RIITS, pertinencia en los tratamientos acorde con los diagnósticos, adherencia a guías y protocolo de manejo así como adherencia a tratamientos, disminución de las barreras de acceso, disminución de citas no atendidas, tiempos específicos y la atención de pacientes entre los diferentes niveles de atención y en el nivel pertinente de complejidad que garantice la oportunidad del servicio y el flujo adecuado de pacientes, entre otros.

5. Resultados. Las RIITS deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del SICA. Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público.

6. Generación de valor. Los modelos de acuerdos de voluntades con las RIITS y las modalidades de pago pactadas deben responder a parámetros de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos del sistema, debiendo establecerse metas y resultados en salud, así como el uso de guías y protocolos.

Parágrafo. Los anteriores parámetros deberán ser observados por las Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de sus funciones, así como por las direcciones departamentales y distritales o municipales de Salud en cumplimiento de su función de conformación y organización de las RIITS, y por la Superintendencia Nacional de Salud en su función de Inspección, Vigilancia y Control.

Artículo 47. Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS). El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad polifuncional, de carácter público, privado o mixto, de base territorial de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), junto con los equipos de salud territorial constituyen el primer contacto de la población con el sistema de salud.

Todos los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) serán financiados por oferta con recursos provenientes de la Cuenta de Atención Primaria en Salud, de acuerdo con presupuestos estándar que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño, bajo las modalidades que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) desarrollarán los procesos de: adscripción poblacional; administración y atención al ciudadano, prestación de servicios de salud y vigilancia en salud pública; gestión intersectorial y participación social, y articulación con las Gestoras de Salud y Vida. Como parte de la operación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), de acuerdo con las necesidades de la población, se constituirán Equipos de Salud Territoriales conformados por personas con perfiles comunitarios, técnicos, profesionales y especialistas para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades; cada equipo tendrá a cargo un grupo de familias en un determinado territorio. La conformación y perfiles de los equipos responderá a las características y necesidades en salud identificadas en las comunidades y familias. Así mismo, deberán incluir progresivamente especialidades básicas como la especialidad de medicina familiar y se articularán con los servicios sociosanitarios y de cuidado disponibles en el territorio. Los profesionales y especialistas podrán desempeñar roles clínicos y administrativos o como coordinadores de los CAPS en salud.

Los CAPS públicos, privados y mixtos podrán tener y operar Puntos de atención descentralizados con el fin de promover y garantizar el acceso y el derecho a la salud. Dichos puntos de atención se denominarán puestos o centros de salud, y se organizarán de acuerdo a las condiciones geográficas, demográficas y socioculturales tanto a nivel rural como urbano.

Las acciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), incluidas las de los equipos de salud territoriales tendrán carácter universal, territorial, sistemático, permanente y resolutivo, bajo un enfoque de salud pública y de determinantes sociales.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada vigencia de la presente ley la conformación, tipologías, localización, funcionamiento, de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), de acuerdo con las condiciones socioculturales, ambientales, demográficas, entre otros aspectos del territorio asignado, promoviendo la participación de los usuarios y de los trabajadores de la salud. Estas condiciones serán revisadas y evaluadas anualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social para verificar su cobertura, la eficiencia y eficacia en la atención.

Para el seguimiento y cumplimiento de los indicadores en salud y metas de desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), se realizarán convenios de desempeño con las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales departamentales y distritales o municipales, según corresponda a los cuales las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación, harán seguimiento, con sujeción a los estándares establecidos por la autoridad competente, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad de los servicios.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley el rol de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de naturaleza pública, privada y mixta en el cumplimiento de las funciones de salud pública y de prestación de servicios, de conformidad con la normativa vigente a la expedición de la presente ley.

Artículo 48. ***Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).*** Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), independiente de su naturaleza jurídica, sean gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones:

1. Adscripción poblacional
Con el objetivo de orientar la planeación y la respuesta en salud en el territorio, todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un CAPS de su preferencia en función del municipio o distrito de residencia. Para la adscripción se deberán cumplir criterios de contigüidad, cercanía y accesibilidad geográfica.

Las personas podrán solicitar temporalmente la atención en salud en un sitio diferente al lugar permanente de residencia o de trabajo, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia o de trabajo, deberán adscribirse en el CAPS del respectivo municipio, localidad, comuna o unidad administrativa equivalente donde tenga su nueva residencia; de igual forma los equipos de salud territoriales informarán mensualmente al CAPS las novedades de la población en el territorio asignado para la respectiva actualización de la población adscrita.

En virtud del vínculo permanente con su población adscrita y para garantizar la resolutividad del nivel primario, los CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de sus funciones.

2. Prestación de servicios de salud y de vigilancia en salud pública
a. Recolectar la información de la caracterización de su territorio de salud a través de los equipos de salud territoriales.
b. Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria, mental y ocupacional, con base en necesidades y potencialidades identificadas en el proceso de caracterización de la población.
c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud como el primer contacto del sistema de salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias, saberes ancestrales autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
d. Garantizar a las personas el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos.
e. Gestionar, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas para su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
f. Desarrollar e implementar los programas de salud pública, en especial, los eventos de interés en salud pública, salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, salud sexual y reproductiva, adaptación y mitigación de los impactos del cambio climático y el cuidado de las poblaciones sujetos de especial protección constitucional, de conformidad con las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección Territorial respectiva.
g. Prestar los servicios de salud y articular en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes para la continuidad e integralidad de la atención.
h. Adoptar un modelo de salud que asegure la pertinencia sociocultural de los servicios de salud acorde con las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios.
i. Notificar ante las entidades competentes, los casos donde se sospeche maltrato infantil, violencia sexual, violencia intrafamiliar o violencias basadas en género y articular en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) la atención integral a las víctimas.

3. Administración y atención al ciudadano
Los CAPS son articuladores territoriales del sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de la población adscrita y de los que temporalmente requieran atención urgente, para lo cual contarán con un equipo técnico y se apoyarán en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).
En articulación con la Entidad Territorial harán una revisión periódica del desempeño de las Gestoras de Salud y Vida, especialmente, en el proceso de referencia y contrarreferencia, que conduzca al mejoramiento continuo.
Además, en el marco de este proceso serán responsables de:
a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques diferenciales y de género.
b. Organizar la operación de los CAPS en una o más sedes según las condiciones de la población y el territorio.
c. Gestionar las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad, en articulación con las Gestoras de Salud y Vida, cuando aplique.
Los CAPS implementarán estrategias para garantizar una atención digna al ciudadano, minimizando los tiempos de trámites administrativos en sus instalaciones y evitando filas y congestiones. Para ello privilegiarán el uso de las tecnologías de la información cuando corresponda, procurando una atención eficaz y transparente, evitando así las barreras que imposibilitan el acceso a los servicios de salud. Además, de adaptar su infraestructura y procedimientos administrativos para asegurar la accesibilidad de las personas con discapacidad y otras poblaciones vulnerables.

4. Gestión intersectorial y participación social
a. Coordinar con otros sectores y actores para dar respuesta a las necesidades que afectan la salud de la población y el territorio.
b. Garantizar la participación social y comunitaria en los procesos de atención y en la planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado.
c. Dar cumplimiento a las acciones de salud pública según la normativa vigente.

5. Articulación y coordinación con las Gestoras de Salud y Vida
a. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).

b. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida intercambiarán información constante y monitorearán el uso racional de servicios y tecnologías de su población con el fin de garantizar la pertinencia y eficiencia del gasto.
c. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida evaluarán constantemente los resultados en salud sobre su población adscrita para garantizar la calidad de la atención en salud, con enfoques diferencial, territorial y de género.
d. Organizar su rol en el sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio de salud asignado, de acuerdo con las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social incluido el traslado no asistencial cuando por condiciones del territorio y de la red así lo requiera la población.
Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) desarrollarán mecanismos de coordinación asistencial de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), en el marco de la operación mixta, para que en conjunto con prestadores y Gestoras de Salud y Vida se genere una cadena de valor que asegure la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.

Parágrafo 1°. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS) y las Instituciones de Salud del Estado (ISE) que presten servicios de baja complejidad al momento de la promulgación de la presente ley continuarán atendiendo la población que tengan asignada siempre y cuando adopten la estructura, funciones y procesos de los CAPS.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará mecanismos para garantizar en el nivel primario de atención, la disponibilidad permanente y continua de servicios en salud mental, con el propósito de prevenir y tratar los problemas psicológicos y trastornos mentales, así como hacer acompañamiento psicoemocional a los usuarios del sistema, para reducir las afectaciones de salud mental en la comunidad.

Artículo 49. ***Sistema de referencia y contrarreferencia.*** Es el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permitirán prestar adecuadamente los servicios de salud de las personas, garantizando la continuidad e integralidad de los servicios en las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS) que operan en las subregiones funcionales para la gestión en salud.

Se entiende por resolver una referencia**:** programar y conseguir la atención que el paciente requiere, agenciando debidamente el tránsito a través de las RIITS, en los servicios e instituciones que le permita atención integral. El sistema de referencia y contrarreferencia debe garantizar entre otros los atributos de la calidad: acceso, oportunidad, continuidad, pertinencia y suficiencia. En todo caso, la organización del sistema de referencia y contra referencia garantizará que el usuario pueda transitar al interior de las RIITS, sin ningún trámite adicional a la prescripción del profesional.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de los niveles primario y complementario establecerán los mecanismos para resolver las solicitudes del sistema de referencia y contrarreferencia, de manera oportuna y adecuada, para lo cual serán responsables de la atención de los requerimientos de dicho sistema, lo que incluye la disposición pública y en línea de la agenda de sus servicios y de las listas de espera.

La ordenación de la referencia no exime al generador de la misma de la responsabilidad clínica del paciente hasta la confirmación de la recepción del mismo en la institución que lo recibe.

Las Gestoras de Salud y Vida deberán contar con una plataforma de información y comunicación interoperable en línea que resuelva la referencia y contrarreferencia de pacientes de manera eficiente y oportuna y permita tener la trazabilidad del caso, la cual deberá estar integrada al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). Los reportes requeridos deberán estar disponibles tanto para la coordinación de las RIITS, en los servicios e instituciones que les permitan atención integral.

El sistema de referencia y contrarreferencia permitirá, a través de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de las RIITS, en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso, garantizado confidencialidad de la información sensible. Así mismo, se propenderá porque el usuario pueda elegir el prestador según la disponibilidad y la oportunidad existente.

El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del término de seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley reglamentará el sistema de referencia y contrarreferencia, la organización, gestión y operación de las RIITS, mediante instancias de coordinación regional, departamental, distrital y municipal, direcciones territoriales de salud y sus centros reguladores de urgencias y emergencias, las Gestoras de Salud y Vida y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).
El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá métodos, procedimientos y políticas que permitan hacer seguimiento y control cuando la atención de las personas supere la oferta disponible de servicios en los territorios. Y garantizará que, pese a esta escasez de oferta en los territorios, la ciudadanía siga teniendo un acceso continuo y de calidad a servicios de salud.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá mediante resolución la metodología para el cálculo de las tarifas en el sistema de referencia y contrarreferencia por concepto de traslado asistencial, teniendo en cuenta la distancia del recorrido, la región geográfica, la modalidad de transporte, entre otros.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social a partir de la información de referencia y contrarreferencia fomentará la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades con mayor incidencia y prevalencia en los territorios para la gestión en salud.

Artículo 50. ***Prestación de servicios de salud especiales para personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas.*** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos para que, en el marco de la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), se garantice una Red Nacional de Atención en Salud para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos indispensables para el tratamiento de personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas, sin importar la ubicación geográfica de la institución ni del paciente y se integren las instituciones, centros especializados y de referencia. Estas instituciones deberán diseñar e implementar programas de investigación científica tendientes a crear herramientas diagnósticas y generar evidencia en promoción de la salud, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades.

La prestación de servicios se realizará de forma integral mediante el modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo atendiendo de manera diferencial las necesidades de las personas con estas enfermedades desde la promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y acceso efectivo a tratamientos, terapias y procedimientos que se requieran, a través de la atención directa de pacientes o apoyándose en el uso de la telesalud u otras TIC para garantizar la asesoría, el manejo y la continuidad del tratamiento en el respectivo territorio, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida.

Parágrafo 1°. En las RIITS la organización de la prestación de servicios a personas con enfermedades huérfanas estará articulada con el Plan Nacional para la Gestión de las Enfermedades Huérfanas/Raras y se podrá tener en cuenta la participación de la Mesa Nacional de Enfermedades Huérfanas/Raras con todos los actores que la conforman de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 1871 de 2021 o la que la modifique o sustituya.

Parágrafo 2°. En todo momento, se deberá garantizar la continuidad e integralidad en la atención de los pacientes en tratamiento y de los nuevos pacientes clasificados como casos probables, sospechosos o confirmados.

Parágrafo 3°. Se deberá diseñar e implementar un programa de capacitación a los profesionales de la salud que hagan parte del proceso de atención de las personas a las que se refiere el presente artículo en promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y acceso efectivo a tratamientos, terapias, procedimientos en salud; y se deberá facilitar la consejería genética a las personas con enfermedades huérfanas.

Parágrafo 4°. En circunstancias excepcionales como la falta de disponibilidad de los medicamentos o tecnologías requeridas en el territorio, la complejidad de los tratamientos o la inexistencia de infraestructura adecuada en algunas regiones, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá autorizar la prestación de los servicios a través de mecanismos alternativos de atención. En estos casos, se deberá garantizar que los costos sean cubiertos de manera integral y equitativa, sin perjuicio de los derechos del paciente a recibir atención oportuna.

Artículo 51. ***Modelo comunitario de salud mental.*** El Ministerio de Salud y Protección Social deberá implementar una red comunitaria de salud mental, entrelazando la participación comunitaria con los CAPS, gestoras de salud y vida, entes territoriales, locales y/o distritales, instituciones educativas, y demás actores relacionados, con el f in de que promuevan la prevención de riesgo en salud mental, la identificación de signos de alarma en niños, jóvenes, adultos y todos los actores de la comunidad, y así brindar la capacitación pertinente e idónea en primeros auxilios psicológicos; desarrollando acciones integradas en el marco de las rutas de atención acordes a las condiciones psicosociales y geográficas de la zona.

Artículo 52. ***Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital.*** Las direcciones departamentales y distritales de Salud crearán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como dependencias técnicas desconcentradas, encargadas de garantizar el manejo eficiente de los recursos asignados y brindar asistencia técnica a los municipios en la planeación en salud.

Estas Unidades analizarán periódicamente las actividades realizadas y los recursos ejecutados por los municipios o localidades bajo su supervisión, con el fin de evaluar el cumplimiento de los objetivos de Atención Primaria en Salud (APS) y el logro de metas establecidas. Presentarán informes trimestrales de evaluación a los municipios o distritos, a las Secretarías de Salud departamentales o distritales, a las organizaciones comunitarias y a los organismos de control, conforme a los términos que establezca el reglamento.

Adicionalmente, las Unidades Zonales realizarán seguimiento a los convenios de desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), verificando el cumplimiento de estándares administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad definidos por la autoridad competente.
Para el financiamiento de las Unidades Zonales y de los planes de mejoramiento institucional de las direcciones departamentales y distritales de salud, se destinará hasta el uno por ciento (1%) del presupuesto asignado al aseguramiento social en salud del Fondo Único de Salud, según lo reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social. Este financiamiento incluirá el fortalecimiento de los laboratorios departamentales y distritales de salud pública, así como el desarrollo gradual de capacidades de gestión en las direcciones territoriales de salud, priorizando a aquellas entidades con mayor ruralidad y dispersión poblacional.

Artículo 53. ***Actualización de guías de práctica clínica, lineamientos o protocolos para la atención integral en salud.*** El Ministerio de Salud y Protección Social liderará los procesos para la actualización continua y permanente de las guías de práctica Clínica, protocolos y lineamientos que guían la práctica clínica basada en buenas prácticas para el sistema de salud colombiano. Para esto podrá, en virtud de los cambios al sistema que se derivan de la presente ley, convocar a diferentes actores del sistema de salud incluyendo actores institucionales, representantes de la academia, Instituciones prestadores de servicios de salud, pacientes, comunidades, entre otras.

Artículo 54. ***Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado (ISE).*** El objeto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), será la prestación de servicios de salud, con carácter social, como un servicio público esencial a cargo del Estado.

Las ISE constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o por los concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley.

Las ISE se someterán al siguiente régimen jurídico:

1. En su denominación se incluirá la expresión "Instituciones de Salud del Estado" (ISE).
2. Conservarán el régimen presupuestal en los términos en que lo prevé el artículo 5 del Decreto 111 de 1996 y en esta materia las Empresas Sociales del Estado (ESE) se entienden homologadas a las ISE
3. Podrán recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales
4. Para efectos tributarios se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las tipologías y clasificará las ISE, las cuales serán Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en el nivel primario y de mediana y alta complejidad en el complementario. Las ISE podrán prestar servicios itinerantes o ambulantes, cuando las condiciones poblacionales y territoriales así lo ameriten.

En materia contractual, las ISE se regirán por el derecho privado para lo cual el Consejo Directivo aprobará el manual de contratación respectivo; sin perjuicio, del uso discrecional de las cláusulas excepcionales previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos para que los Consejos Directivos adopten el Estatuto de Contratación de las ISE.

La contratación suscrita por las instituciones de Salud del Estado - ISE y la ejecución de los proyectos de inversión cuyos recursos son asignados por el Ministerio de Salud y Protección Social, deberán estar consignados en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS.

El Ministerio de Salud y Protección Social regulará los mecanismos de compras conjuntas o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país y generará modelos de gestión que permitan disminuir el precio de los mismos.

Así mismo coordinará con Colombia Compra Eficiente y con el Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA) previsto en la presente Ley, o quien haga sus veces, la generación de mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las ISE.

Parágrafo 1°. El Instituto Nacional de Cancerología se regirá por las disposiciones de carácter especial que lo regulan.

Parágrafo 2°. Los municipios que, al momento de expedida la presente Ley identifiquen la necesidad de contar con un prestador público de servicios de salud o ampliar los servicios de los existentes, podrán hacerlo, con el acompañamiento técnico del Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 3°. Los departamentos, distritos y municipios que así lo definan, podrán estructurar ISE subregionales, creadas por Ordenanza o Acuerdo, conforme con el modelo de territorialización sanitaria definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, que integren varios municipios, organizados en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud (RIITS), o mantener los modelos de organización en red creados por Ordenanzas o Acuerdos.

Parágrafo 4°. Las ISE deberán incorporar, en su estructura de gobernanza, espacios formales de participación comunitaria y mecanismos de rendición de cuentas periódicas antes las organizaciones de la sociedad civil, las veedurías ciudadanas y los consejos territoriales de salud, con el fin de asegurar la transparencia, la vigilancia social y la alineación de las ISE con las necesidades y expectativas de la población.

Artículo 55. ***Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE)***. Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se regirán por presupuestos, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de las subregiones funcionales para la gestión en salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

El presupuesto de las ISE se elaborará teniendo en cuenta:

1. La tipología y nivel de cada ISE.
2. El portafolio de servicios, de acuerdo con el plan de salud, la tipología y nivel.
3. Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población.
4. El costo del trabajo del personal sanitario, medicamentos, suministros y gastos que complementen la atención, para garantizar la disponibilidad del portafolio de servicios de acuerdo con la demanda y el plan de salud.
5. Los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

En ningún caso, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), o las autoridades territoriales, según corresponda, podrán autorizar gastos en el presupuesto para pagar los servicios de salud a su cargo, por fuera de los estándares de eficiencia establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el caso de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) se asignará – para garantizar una oferta adecuada – un per cápita con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes, de acuerdo con presupuestos que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño.

Para la aprobación del presupuesto de las ISE se deberá adelantar el trámite definido en la respectiva jurisdicción territorial, de acuerdo con la normativa presupuestal que regule la materia. De igual manera se deberá realizar un informe anual por parte del Consejo Directivo detallando el rendimiento financiero, los gastos y demás aspectos que sustenten los requerimientos de presupuesto.

Cuando la ISE vaya a contar con cofinanciación del presupuesto por parte del nivel Nacional, de manera previa, se deberá remitir al Ministerio de Salud y Protección Social para examinar su coherencia financiera y su conformidad con las normas presupuestales.

Con cargo al Presupuesto General de la Nación, el Gobierno nacional podrá destinar recursos anuales para el proceso de formalización laboral, previo cumplimiento de los requisitos exigidos en la Ley.

El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos que se requieran para el desarrollo del presente artículo.

Parágrafo 1°. Las ISE de mediana o alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales.

Parágrafo 2°. Las Direcciones Territoriales, Departamentales y Distritales de Salud y las Secretarías de Salud Municipales organizarán el presupuesto para el cierre financiero de los hospitales de mediana y alta complejidad, con las fuentes de financiamiento.

Artículo 56. ***Definición del porcentaje de gastos administrativos en las ISE.*** El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante acto administrativo fundado en estudio técnico, reglamentará los porcentajes máximos que las Instituciones de Salud del Estado (ISE) podrán destinar a gastos administrativos distintos a la prestación de servicios de salud, diferenciando según nivel de complejidad de cada institución.

Artículo 57. ***Instituciones de Salud del Estado Itinerantes.*** Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos, zonas rurales, o de difícil acceso geográfico, operarán Instituciones de Salud del Estado Itinerantes del orden nacional, que prestarán atención básica, preventiva y especializada; las cuales deberán contar con equipos de última tecnología, suministros médicos, medicamentos, equipos de diagnóstico y personal de salud con experiencia en atención a personas en entornos ambulantes.

Las Instituciones de Salud del Estado Itinerantes podrán operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, además deberá promover el acompañamiento de los Organismos Internacionales Protegidos por el Derecho Internacional Humanitario. La atención itinerante o ambulante se priorizará en los municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC).

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará los mecanismos necesarios para garantizar, en coordinación con las Instituciones de Salud del Estado Itinerantes, el transporte multimodal (aéreo, marítimo, fluvial y terrestre) en departamentos fronterizos, insulares y de difícil acceso, con el fin de asegurar la prestación efectiva y oportuna de los servicios de salud en estas regiones.

Artículo 58. ***Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH).*** Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación de la red pública Hospitalaria (FIDH) como un fondo cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica y sin estructura administrativa propia, cuyo objeto es el de promover, apoyar y/o en articulación con las entidades territoriales ejecutar la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria.

Los recursos del FIDH provendrán, entre otras, de las siguientes fuentes:

1. Las partidas que se le asignen en el Presupuesto General del Nación.
2. Los rendimientos financieros derivados de la inversión de sus recursos.
3. Los recursos de cooperación nacional e internacional de personas de derecho público o privado.
4. Aportes o transferencias de los departamentos, distritos y municipios y de esquemas asociativos territoriales.
5. Aportes de otras entidades públicas.
6. Recursos provenientes de operaciones de crédito público.
7. Proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, conforme con las disposiciones vigentes.
8. Recursos para interventoría de Obras por impuestos u obras por regalías.
9. Donaciones.
10. Cualquier otro recurso de destinación específica dirigido al Fondo.
11. Los demás recursos que reciba a cualquier título.

Para la ejecución de los proyectos a cargo del FIDH, el Fondo podrá constituir patrimonios autónomos que se regirán por normas de derecho privado en los que confluyan las fuentes de recursos con las que cuenten los proyectos. Con cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del Fondo.

El FIDH será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del Fondo.

TÍTULO V
PERSONAL DE SALUD

Artículo 59. ***Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud.*** Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará:

1. El examen nacional único habilitante para admisión a las especialidades médico quirúrgicas en las Instituciones de Educación Superior públicas y privadas. Para el acceso a los programas de especialización médico-quirúrgicas los aspirantes deberán presentar un examen nacional habilitante por especialidad médico-quirúrgica y superar el puntaje mínimo que será establecido

por los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, con la participación de las Instituciones de Educación Superior. Estas Instituciones definirán los criterios definitivos de admisión a estos programas, que en todo caso deberán tener en cuenta los resultados del examen único nacional aquí establecido.

2. Asignación de becas. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de las becas para cubrir los costos académicos y de sostenimiento, que se distribuirán, en el caso de pregrado, en las Instituciones de Educación Superior Públicas que aumenten los cupos para estos programas de salud, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado y Personas en Proceso de Reincorporación, garantizando equidad regional para garantizar mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.

3. Ampliación de cupos de docencia servicio. Con el fin de aumentar los cupos para la formación del talento humano en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizará los criterios de docencia servicio, y definirá la cantidad mínima de cupos que toda Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS) deberá tener tanto en nivel primario como en el complementario. Desarrollará un programa de inversión para que todas las Instituciones de Salud del Estado (ISE) sean reconocidas como escenarios de docencia – servicio. En la red pública hospitalaria se privilegiarán a las Instituciones de Educación Superior pública para el establecimiento de convenios docencia – servicio.

4. Mejora de la resolutividad de los profesionales en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Educación desarrollarán los lineamientos y contenidos para el fortalecimiento de la resolutividad de los profesionales del área de la salud para identificar de manera temprana las diferentes patologías, incluyendo las relacionadas con la salud mental.

Parágrafo 1°. Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo asistencial y/o docencia remunerado, en las regiones con requerimientos de dicho personal. El Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Ministerio de Trabajo, reglamentarán lo establecido en el presente parágrafo.

Parágrafo 2°. Para la financiación de las becas se aunarán esfuerzos y recursos que destine el Gobierno nacional, entidades territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Instituciones de Educación Superior.

Parágrafo 3°. Los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, en un término no mayor a seis (6) meses una vez expedida la presente ley, reglamentarán lo dispuesto en este artículo, y realizarán una evaluación respecto de las necesidades de especializaciones y segundas especializaciones médico- quirúrgicas en el país, orientada a la formación y regulación del Talento Humano en Salud.

Parágrafo 4°. El Gobierno nacional en coordinación con las Entidades Territoriales garantizará que las zonas rurales y rurales dispersas tengan acceso y conocimiento a los Programas de Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y postgradual en salud, para lo cual adoptará las medidas tendientes a suplir aquellos casos en los que la población no cuente con conectividad digital y/o red móvil, mediante la elaboración de folletos, revistas y jornadas médicas presenciales encabezadas por la Direcciones Municipales y/o Distritales de Salud, o quien haga sus veces, con el acompañamiento de las Secretarías u Oficinas Territoriales de Salud.

Artículo 60. Modifíquese el **P**arágrafo 1° del artículo 6° de la Ley 1917 de 2018, el cual quedará así:

> **Parágrafo 1°.** Con los recursos establecidos en el presente artículo se financiará el sostenimiento del residente por un monto de tres salarios mínimos legales mensuales vigentes, por un plazo máximo que será la duración del programa de especialización médico- quirúrgica, según la información reportada oficialmente por las instituciones de educación superior al Ministerio de Educación Nacional.
>
> Harán parte de los recursos con los que se financia el apoyo de sostenimiento educativo, los rendimientos financieros que dichos recursos generen, los cuales podrán ser destinados al cubrimiento de los costos de administración y operación y a la ampliación de la cobertura del Sistema Nacional de Residencias Médicas.

Artículo 61. ***Trámite expedito para convalidación de títulos en salud obtenidos en el extranjero.*** Se modifica el artículo 62 de la Ley 1753 de 2015, el cual quedará de la siguiente manera.
Artículo 62. Convalidación de títulos en educación superior. El Ministerio de Educación Nacional establecerá, mediante un reglamento específico, el procedimiento de convalidación de títulos extranjeros de acuerdo con los criterios legalmente establecidos, y según los acuerdos internacionales que existan al respecto.

El Ministerio de Educación Nacional contará con dos (2) meses para resolver las solicitudes de convalidación de títulos, cuando la institución que otorga el título que se somete a convalidación o el programa académico que conduce a la expedición del título a convalidar se encuentren acreditados, o cuenten con un reconocimiento equivalente por parte de una entidad certificadora o evaluadora de alta calidad, reconocida en el país de procedencia del título o a nivel internacional. Las solicitudes de convalidación de los títulos universitarios oficiales, no incluidos en los supuestos del inciso anterior, se resolverán en un plazo máximo de cuatro (4) meses.

Los títulos propios o no oficiales no serán susceptibles de convalidación.

Las solicitudes de convalidación de títulos obtenidos en el extranjero que pertenezcan al área de la salud, y que correspondan a las señaladas en el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES), serán tramitadas a través de un procedimiento especial y expedito, para tal efecto, el Ministerio de Educación Nacional reglamentará dicho procedimiento de convalidación, en coordinación con el Departamento Administrativo de la Función Pública, además de efectuar los ajustes internos necesarios para atender estas solicitudes.

El término para que el Ministerio de Educación Nacional convalide los títulos obtenidos en el extranjero que pertenezcan al área de la salud, será en un término improrrogable de treinta (30) días calendario sin dejar de observar las condiciones indicadas en este artículo.

Los programas de pregrado del área de la salud que no tengan un programa equivalente y activo en Colombia no podrán ser convalidados.

El incumplimiento de los términos establecidos en este artículo será causal de mala conducta.

Parágrafo 1°. Los títulos otorgados por instituciones de educación superior, pero no validados por las autoridades de educación oficiales del país de origen de la institución y denominados como universitarios no oficiales o propios, otorgados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, no serán objeto de convalidación.

Parágrafo 2°. Las instituciones estatales no podrán financiar con recursos públicos, aquellos estudios de educación superior que conduzcan a la obtención de títulos universitarios no oficiales o propios.

Artículo 62. ***Identificación Única del Talento Humano en Salud.*** La identificación del talento humano en salud se consultará por medio del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS). El cumplimiento de los requisitos para ejercer el nivel técnico profesional, tecnológico, profesión u ocupación, se verificará a través del ReTHUS.

El costo del proceso de validación, verificación e inscripción por primera vez en el ReTHUS se tasará de la siguiente manera:

a) El equivalente a nueve (9) salarios diarios mínimos legales vigentes, cuando el número de graduados reportado por el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES) para las profesiones asociadas al colegio o consejo profesional sea entre uno (1) y tres mil (3.000) al año.
b) El equivalente a siete (7) salarios diarios mínimos legales vigentes para aquellas profesiones que reporten un número de graduados de más de tres mil (3.000), el año en que se realice la solicitud.
Para el registro de novedades y expedición de duplicados el costo será del 40% del valor de la inscripción por primera vez.

Artículo 63. ***Régimen Laboral de las Instituciones de Salud del Estado (ISE).*** En los términos de la normatividad vigente, los servidores públicos de la salud, salvo excepciones establecidas en la ley, seguirán siendo de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y trabajadores oficiales.

Los servidores públicos de instituciones de salud mixtas con participación del Estado igual o superior al noventa por ciento (90%), se regirán por la presente ley.
Son normas generales del régimen laboral de los servidores de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), las siguientes:

1. El Gobierno nacional y las respectivas autoridades competentes del orden territorial, en la norma que defina la planta del personal de la ISE, señalará el número de servidores públicos de la salud requerido para la prestación de servicios, su modalidad y naturaleza garantizando el derecho al trabajo digno, justo y decente, de acuerdo con la ley, las tipologías y niveles de ISE que determine el Gobierno nacional.
2. En materia de la jornada laboral, los servidores públicos de las ISE, se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 y por el Decreto número 400 de 2021, o por las normas que los modifiquen, adicionen, o sustituyan.
3. Para la negociación de los servidores públicos se aplicará la Constitución, los acuerdos internacionales de la OIT ratificados por Colombia, las leyes, los decretos y lo dispuesto en el artículo 9° de la Ley 4ª de 1992, según el caso. A los trabajadores oficiales, además de lo anterior, les serán aplicables lo que resulte de sus respectivos acuerdos o convenciones colectivas, siempre y cuando dichos acuerdos o convenciones no vulneren los derechos mínimos de los trabajadores.
4. En lo relacionado con la administración del personal, a los servidores públicos de la salud les serán aplicables, en lo pertinente, las disposiciones que en materia de empleo público se encuentren vigentes además de las que la reglamenten, modifiquen o sustituyan y se armonicen con lo dispuesto en la Ley 10 de 1990.
5. La remuneración de los empleados públicos de las ISE será fijada por las respectivas autoridades competentes, con sujeción a las previsiones de la Ley 4ª de 1992 y el resultado de las negociaciones colectivas de las condiciones de empleo. En ningún nivel territorial se estará sujeto a los límites que en materia salarial establece la Ley 617 de 2000.

Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la vigencia de la presente ley, conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva ISE.
Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden nacional y territorial, a la vigencia de la presente ley, serán vinculados en las ISE, sin solución de continuidad y sin que se desmejoren sus condiciones laborales.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2° del Decreto Ley 2400 de 1968, el artículo 5° del Decreto Ley 3135 de 1968 y el artículo 103 de la Ley 1438 de 2011**,** se prohíbe la celebración de contratos de prestación de servicios o cualquier otra modalidad de vinculación contractual diferente a la laboral para el desarrollo de funciones misionales, propias y permanentes en salud, que generen una tercerización laboral en aplicación del contrato sindical establecido en los Artículos 482 y 483 del Código Sustantivo del Trabajo.

Parágrafo 1°. Los contratos de prestación de servicios a cargo de ESE que, a la entrada en vigencia de la presente ley, se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las ISE.

Parágrafo 2°. El régimen de los trabajadores oficiales se continuará rigiendo conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.

Artículo 64. ***Laboralización y formalización de las ISE.*** Las ISE vincularán laboralmente a personas que desarrollen actividades misionales, propias y permanentes a la entrada en vigencia de la presente ley, siempre que sea voluntad expresa de quien presta los servicios de salud. Esta vinculación se realizará en concordancia con la formalización del empleo público y bajo los criterios de meritocracia y vocación de permanencia establecidos en el artículo 82 de la Ley 2294 de 2023.
Las ISE implementarán una planta temporal como mecanismo transitorio mientras se realizan los estudios correspondientes para la provisión definitiva de la planta permanente para el nivel asistencial, técnico y profesional. La provisión de los empleos en la planta temporal deberá cumplir con el procedimiento señalado en la Ley 909 de 2004.

En ausencia de lista de elegibles, los empleos en la planta temporal se asignarán de manera preferencial a las personas que cumplan con los requisitos establecidos y que, al momento de la entrada en vigencia de la presente ley, estén prestando servicios de salud y desarrollando actividades mediante una modalidad de vinculación diferente. En todo caso, para el proceso de vinculación, una vez cumplidos los requisitos, prima la antigüedad.

El Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), junto con el Ministerio de Salud y Protección Social, diseñará en un plazo de un (1) año un modelo técnico estandarizado para la creación de plantas de personal en las ISE, garantizando el principio meritocrático, la formalización laboral voluntaria de quienes prestan servicios de salud.

Artículo 65. ***Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud.*** Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas, con un porcentaje de participación público inferior al 90%, del sector salud por norma general están vinculados mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo, teniendo en cuenta las convenciones colectivas de trabajo vigentes y normas concordantes.

Se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud; se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), que tengan en cuenta los riesgos propios de los cargos y el impacto en salud mental, realizando tamizajes periódicos a los trabajadores y desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud y, así mismo, poder ofrecer atención prioritaria para quienes lo requieran.

Adicionalmente, se implementará un programa de atención integral en salud mental y adicciones para los trabajadores de la salud, que incluirá tamizajes continuos, los cuales proporcionarán los lineamientos para campañas de prevención y promoción de la salud mental, así como para identificar la necesidad de tratamientos específicos. Asimismo, las y los profesionales de la salud recibirán atención continua en salud mental, basada en tres ejes fundamentales: promoción, prevención y atención integral. Esta atención tendrá un enfoque diferencial, que incluirá a mujeres, población LGTBIQ+, población indígena y población racial.

Parágrafo 1°. El Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud presentarán durante el primer trimestre de cada vigencia fiscal al Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las Comisiones Séptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno nacional organizará una Dirección en el Ministerio del Trabajo, encargada de hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales en los términos ordenados por los artículos 17 y 18 de la Ley 1751 de 2015, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente ley.

Parágrafo 2°. Con el fin de promover la profesionalización y tecnificación del talento humano idóneo del sector farmacéutico así como la calificación del mismo, para la dirección de droguerías, el Gobierno nacional, a través del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), dispondrá de los recursos que permitan ampliar la oferta de programas académicos y el acceso para la educación continua de auxiliares en servicio farmacéutico, expendedores de drogas, y tecnólogos en regencia de farmacia, especialmente en los establecimientos farmacéuticos y servicios farmacéuticos, donde se realizan actividades de manera empírica, con el fin de fomentar estrategias de seguridad del paciente, uso seguro y adecuado de medicamentos y dispositivos médicos y evitar la ocurrencia de errores, especialmente de medicación, para garantizar mayores estándares de calidad en el manejo y administración de los servicios farmacéuticos.

Artículo 66. ***Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud Especialistas.*** Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta en determinadas especialidades medico quirúrgicas, las instituciones de prestación de servicios de salud podrán vincular o contratar a especialistas médico quirúrgicos, a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la vinculación o contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, excepto mediante la figura del contrato sindical, según el régimen jurídico aplicable a la respectiva institución, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas. En tales casos se considerará el *intuitu personae* y la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera caracterizada como independiente.

Parágrafo 1°. Todos los trabajadores o vinculados mediante las modalidades establecidas en el presente artículo tendrán derecho a una remuneración oportuna, digna y justa, so pena de la imposición de sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 2°. Respecto de los trabajadores especialistas médico-quirúrgicos del sector salud, indistintamente de su forma de vinculación, no se podrá establecer cláusula de exclusividad, salvo aquellos que estén vinculados mediante contrato de trabajo y así lo convengan.

Parágrafo 3°. Las instituciones de prestación de servicios de salud deberán garantizar a los especialistas médico-quirúrgicos vinculados bajo cualquier modalidad, el acceso a capacitación y actualización continua, con el fin de mantener y mejorar sus competencias profesionales. Estas instituciones deberán promover programas de bienestar laboral y prevención de riesgos ocupacionales, especialmente para aquellos que desarrollen actividades en zonas rurales, de difícil acceso o con alta carga asistencial.

TÍTULO VI
INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 67. Modifíquese el numeral 3 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007:

> "**3. Prestación de servicios de atención en salud.** Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, continuidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Dicha vigilancia comprende la garantía de un talento humano en salud competente, así como sus condiciones de estabilidad laboral, como también las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, como aspectos que afectan los elementos esenciales para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud".

Artículo 68. Modifíquese el numeral 2 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificada por el artículo 3° de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así:

> "2. No dar aplicación a los mandatos de la Ley 1751 de 2015, en lo correspondiente a la prestación de los servicios de salud incluyendo no garantizar un talento humano en salud competente, así como condiciones de trabajo decente, digno y justo".

Artículo 69. Modifíquese el numeral 2 del artículo 131 de la Ley 1438 de 2011, modificado con el artículo 2° de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así:

> "**Artículo 131. Tipos de Sanciones Administrativas.** En ejercicio de la función de control sancionatorio y en desarrollo del procedimiento que para el efecto se haya previsto, la Superintendencia Nacional de Salud podrá imponer las siguientes sanciones:
> (...)
> 2. Multas entre doscientos (200) y hasta ocho mil (8.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para personas jurídicas, y entre treinta (30) y hasta dos mil (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para las personas naturales".

Artículo 70. Modifíquese el parágrafo 6° del artículo 131 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 2° de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así:

> (...)
>
> "**Parágrafo 6°**. Para efectos de la imposición de las sanciones acá previstas, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará el proceso administrativo sancionatorio establecido en el artículo 128 de la Ley 1438 de 2011, a excepción de las sanciones derivadas de la conducta descrita en el numeral 11 del artículo 3° de esta ley, la cual solo será excusada por evento de fuerza mayor, que deberá ser acreditada por el infractor dentro de los 5 días hábiles siguientes a su ocurrencia. La Superintendencia Nacional de Salud diseñará un procedimiento y una metodología sancionatoria para la imposición de sanciones por el incumplimiento en el reporte de información".

Artículo 71. ***De las facultades regulatorias residuales de la Superintendencia Nacional de Salud.*** La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá una facultad regulatoria residual frente a la que es propia del Ministerio de Salud y Protección Social, en las siguientes materias:

1. La compatibilidad y armonización de las normas del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y del régimen de liquidación de entes u organismos públicos, según el caso, con las reglas del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el derecho fundamental en salud previsto en el artículo 6° de la Ley 1751 de 2015.
2. Las competencias de los integrantes del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia de que trata el artículo 2° de la Ley 1966 de 2019.
3. Los deberes de las entidades territoriales en el marco del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del SGSSS creado en el artículo 36 de la Ley 1122 de 2007.
4. La actuación de los agentes especiales en las medidas especiales o preventivas de la toma de posesión para administrar o para liquidar, incluidas estas últimas.
5. La definición de criterios y procedimientos para la selección objetiva de contratistas por parte de los liquidadores, en la celebración de contratos de gestión de situaciones jurídicas no definidas, asuntos pendientes y activos remanentes posteriores a la liquidación de entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, con independencia de la forma jurídica que tales contratos asuman.
6. La eficiencia y sostenibilidad de los gastos administrativos en los procesos liquidatorios ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 72. ***Desestimación de la personalidad jurídica para la liquidación judicial.*** En cualquier momento del proceso de liquidación judicial que adelante la Superintendencia Nacional de Salud, si de las pruebas recaudadas se considera necesario establecer el beneficiario real de las operaciones o transacciones realizadas por personas jurídicas y naturales y/o patrimonios autónomos, el director de la actuación correspondiente podrá decretar como prueba el levantamiento del velo corporativo con el fin de identificar a los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales, y de determinar si procede su responsabilidad en los actos que provocaron la cesación de pagos de la vinculada o relacionadas. En cualquiera de los siguientes eventos se presumirá su responsabilidad:
1. Cuando se cuente con serios indicios de que la acción u omisión atribuida a la persona jurídica, haya sido producida por causa o con ocasión de las actuaciones de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.

2. Cuando la persona jurídica promueva o se halle en estado de insolvencia o liquidación, y ponga en riesgo el resarcimiento de los recursos de la salud afectados.
3. Cuando la lección a los recursos de la salud o la afectación de intereses patrimoniales de naturaleza pública y privada, se haya generado por explotación o apropiación de bienes o recursos de la salud en beneficios de terceros.
4. Cuando se requiera para el ejercicio de sus funciones y ante la inminencia de pérdida o pérdida de recursos de la salud por cobro de lo no debido o indebida aplicación de los recursos de la salud.
5. En los anteriores eventos se procederá al embargo de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.

TÍTULO VII
DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 73. ***Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas.*** Se garantizan los derechos fundamentales a la Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas a través de sus instituciones representativas, en lo que respecta a las medidas relacionadas con el derecho fundamental a la Salud, el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) y el Sistema de Salud, atendiendo lo dispuesto en los literales l), m) y n) del artículo 6° de la Ley 1751 de 2015.

De conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, para expedir las normas con fuerza de ley, cuyos contenidos sean producto de la concertación en el marco de la Consulta Previa, Libre e Informada con los Pueblos Indígenas y que reglamenten los procesos de salud en el marco del SISPI respecto de:

1. Su organización, administración, consolidación, financiación y gestión.
2. Los mecanismos de implementación, seguimiento, evaluación y control.
3. Los mecanismos de transición necesarios para la implementación del proceso de reorganización en los territorios en el marco de las estructuras propias.
4. La coordinación de la prestación de servicios, acciones en Salud Pública y los procesos propios.

Parágrafo. El Gobierno nacional, de manera concertada con las Autoridades de los Pueblos Indígenas, creará e implementará las medidas idóneas que permitan el funcionamiento armónico entre el Sistema de Salud y el SISPI, garantizando las condiciones que permitan la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud conforme a los principios culturales, usos y costumbres de los Pueblos Indígenas.

Artículo 74. ***Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom.*** Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto número 1372 de 2018 y el Decreto número 2957 de 2010.

Para tal efecto y de conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente ley, para crear el sistema de salud propio e intercultural de las comunidades NARP y expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de la adecuación en materia de salud intercultural y aplicable en sus territorios y prestación de los servicios de salud en el marco del Sistema de Salud.

Artículo 75. ***Plan Nacional de Salud Rural (PNSR).*** En las zonas rurales y zonas rurales dispersas del país se garantizará la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), con especial priorización en los municipios con Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito (PNIS) y Planes de Reforma Rural Agraria (RRA), así como aquellos clasificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), hasta llegar a la totalidad de los municipios que hacen parte de la ruralidad del país. Esta implementación se realizará con la participación de las organizaciones campesinas, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales y comunidades étnicas presentes en los territorios rurales en articulación con actores locales, incluyendo organizaciones campesinas, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales, comunidades étnicas y otros actores clave del territorio. El propósito de dicho Plan será reducir las brechas urbano-rurales en el acceso, la prevención y la atención en salud.

El Gobierno nacional reglamentará el PNSR. Dicho plan, será implementado siguiendo los lineamientos del "Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la construcción de una paz estable y duradera" (Acto Legislativo número 02 de 2017). Este plan integrará las estrategias de Atención Primaria en Salud (APS), aseguramiento social en salud, los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), las sedes descentralizadas de atención en salud rural, así como los enfoques de determinantes sociales, territorial y diferencial, en consonancia con los principios de esta ley.

Parágrafo 1°. El Gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social tendrá un plazo de seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley para la formulación e inicio de implementación del PNSR.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público asignarán y orientarán los recursos necesarios para garantizar el cumplimiento del PNSR, considerando las características y necesidades específicas de cada territorio. Estos recursos estarán destinados a garantizar el acceso a la salud en el marco de las RIITS, la construcción y mejoramiento de la infraestructura, la dotación de equipos, la planificación del talento humano en salud con enfoque diferencial y la mejora continua de la calidad de atención para las comunidades rurales y dispersas.

Parágrafo 3°. El Gobierno nacional deberá crear las estrategias adecuadas que permitan hacer seguimiento y evaluación al PNSR.

Parágrafo 4°. El PNSR deberá vincular al Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas (PAPSIVI) adecuándola a las condiciones locales y a la situación y particularidad de las víctimas con enfoque diferencial en las subregiones PDET.

Artículo 76. ***Plan de incentivos para la promoción del deporte, la recreación y la actividad física.*** El Ministerio de Salud junto con el Ministerio del Deporte, en el marco de la comisión intersectorial para la coordinación y orientación superior del fomento, desarrollo y medición de impacto de la actividad física (CONIAF), dispondrán de 12 meses para presentar un plan de incentivos dirigidos a entidades territoriales que realicen la gestión territorial del modelo de ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles (CERSS), el cual contribuye, entre otros objetivos, a aumentar la accesibilidad y asequibilidad de la población a programas de deporte, recreación y actividad física, así como promover la educación sobre la importancia de estos en la prevención de enfermedades crónicas y la promoción de la salud en general.

Los recursos del citado plan de incentivos, hará parte de la planificación sectorial e intersectorial, incluyendo recursos nacionales, territoriales, conforme competencias institucionales, y de otras fuentes como cooperación nacional e internacional.

El plan tiene como propósito primordial la continuidad de los programas, proyectos y estrategias de la promoción de la actividad física y deporte, evitando periodos de tiempo de no garantía de dicha oferta a la población.

Artículo 77. ***Programas y profesionales de actividad física para la prevención de enfermedades.*** Los centros de atención primaria en salud se articularán a programas de actividad física dispuesto por el sector de deporte y recreación y la entidad territorial respectiva en el marco del modelo CERSS, el cual facilita un ordenamiento territorial por la salud, la promoción de estilos de vida saludable y el fortalecimiento de las capacidades de los profesionales de la salud y comunitarios para realizar consejería actividad física en el marco de la atención integral y la garantía al derecho a la salud.

Los programas de actividad física deberán ser desarrollados y supervisados por profesionales de la salud, de la educación física, deporte y/o recreación conforme la población y el territorio a atender, los cuales contarán con vinculación laboral por el sector deporte o la entidad territorial, conforme competencias.

Parágrafo 1°. Los programas de actividad física deberán estar diseñados para atender las necesidades y características específicas de cada persona, familia o comunidad, considerando su edad, estado de salud, estilos de vida, cultura y características del territorio.

Parágrafo 2°. Los profesionales del área de la salud, actividad física, deporte y/o recreación, deberán estar disponibles para asesorar y orientar a las personas, familias y comunidades en relación con la actividad física, sus beneficios y la forma en que esta se pueda integrar a su estilo de vida, cultura y territorio.

Artículo 78. ***Política del autocuidado.*** El Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, definirá la política de autocuidado reconociendo la importancia de promoción de hábitos saludables y la formación de pacientes informados como uno de los pilares del sistema de salud. La política de autocuidado deberá ser revisada cada 10 años y deberá contar con recursos de inversión del Ministerio de Salud y Protección Social.
La política de autocuidado deberá contar con los siguientes elementos:
- Alfabetización en salud
- Autoconocimiento y autoconciencia física y mental
- Actividad física
- Alimentación saludable
- Prevención de riesgos
- Buena higiene
- Uso adecuado de productos y servicios de salud

Artículo 78. ***Caracterización de las personas en condición de discapacidad***. El Estado dispondrá de los recursos necesarios para la caracterización y focalización de las personas con discapacidad, en ese sentido se garantizará para el solicitante la gratuidad de la certificación de discapacidad y la inclusión de esta población en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD).

Artículo 79. ***Observatorio nacional territorial de salud mental.*** Modifíquese lo dispuesto en el parágrafo del artículo 32 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:

> Créese el Observatorio Nacional y territorial de salud mental el cual estará liderado y administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, como organismo independiente para el monitoreo y seguimiento a la encuesta nacional de salud mental. La encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco y demás encuestas, programas, instituciones o entidades que contengan en su poder datos nominales sobre la salud mental.
>
> Lo anterior, como mecanismo que permita la fácil identificación, focalización y sirva como instrumento de análisis, que ayude a establecer lineamientos para la prevención y orientación en temas relacionados con la salud mental.
>
> Para ello, el Observatorio Nacional y territorial de salud mental se encargará de actualizar la Encuesta Nacional de Salud Mental, la Encuesta Nacional de Adicciones, y mantendrá una investigación continua y permanente.

Artículo 80. ***Regímenes Exceptuados y Especiales.*** Los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud continuarán regidos por sus disposiciones especiales y por la Ley 1751 de 2015. En consecuencia, los regímenes de salud y seguridad social de los miembros de la Fuerzas Militares y la Policía Nacional, del Magisterio, de la Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol), continuarán vigentes, por lo cual se exceptúan de las disposiciones de la presente ley, y en los términos previstos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993.

Adicionalmente, el régimen de salud y seguridad social de las universidades estatales u oficiales continuará vigente y será el previsto en la Ley 30 de 1992, modificada por la Ley 647 de 2001 y la Ley 1443 de 2011 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

Artículo 81. ***De las entidades adaptadas al sistema.*** Las entidades que a la entrada en vigencia de la presente ley se encuentran autorizadas como entidades adaptadas, según lo dispuesto en el artículo 236 de la Ley 100 de 1993, conservarán tal calidad hasta cuando el número de afiliados sea inferior al treinta por ciento (30%) de los que acreditó al momento de su autorización o a dos mil (2.000) afiliados, lo que ocurra primero.

TÍTULO VIII
DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 82. ***Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud.*** El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente ley. Es principio de interpretación y fundamento de la transición que no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.

En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:

1. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explicita, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas.

Las personas que, al momento de expedición de la presente ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos.

Los contratos de los Prestadores serán progresivamente subrogados a los convenios de desempeño y acuerdos marco, de acuerdo a lo definido en la presente ley, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno.

De igual forma, se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos.

El Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el Sistema de Salud.

Los residentes en el país podrán permanecer en las IPS de atención primaria que le ha asignado su EPS, mientras se surte el proceso de organización de los CAPS.

2. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que, cumplan requisitos de permanencia y a la entrada en vigencia de la presente ley no estén en proceso de liquidación, decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida acordarán, con base en el reglamento que establezca el Gobierno nacional, las reglas para la entrega de la población a cargo al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud.

A tal efecto el Gobierno nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las EPS al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud.

3. Las EPS que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de entrada en vigencia de la presente ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las instituciones previstas en esta ley. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al nuevo Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud.

La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), efectuará el reconocimiento y giro de las UPC y demás recursos del Aseguramiento Social en Salud.

Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas por los CAPS en la medida en que entren en operación. Las reglas del SGSSS serán aplicables a las EPS hasta por el periodo de transición de dos (2) años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente ley.

4. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las EPS con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:

a. En un territorio donde haya una sola EPS, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.

b. En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden EPS, los CAPS, en primer lugar, o la Nueva EPS, en segundo lugar, de prioridad, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas EPS con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes deberán asumir los afiliados de EPS liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados.

5. Si no existiesen los CAPS operando en los respectivos territorios, la Nueva EPS contratará los CAPS, si fuere necesario, o adscribirá la población a ella asignada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación.

6. Donde se requiera, la Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de la adscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los CAPS, así como apoyará al Ministerio de Salud y Protección Social en la estructuración de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Las EPS que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.

7. Se acordará con las EPS que así lo acuerden con el Gobierno nacional, la ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las RIITS que atenderán a la población adscrita a los CAPS.

8. Las EPS durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el SGSSS, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los CAPS.

9. Las EPS podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.

10. Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los CAPS, los trabajadores que, a la entrada en vigencia de la presente ley, trabajen en las EPS, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento.

A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los CAPS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.

11. La ADRES está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las EPS. Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la UPC cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las EPS hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud. Las competencias aquí previstas para la ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan.

12. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S. A. (CISA) podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las EPS de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las EPS que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente ley.

13. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE) se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Hacienda y Crédito Público que incluyan el pago de las acreencias que las EPS liquidadas competentes de conformidad a lo establecido en la presente ley. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.

14. El Gobierno nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente Ley establecerá la reglamentación para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.

15. El Gobierno nacional diseñará programas de fortalecimiento institucional y financiero para las ESE que se transformen en ISE, los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

16. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las EPS a Entidades Gestoras de Salud y Vida.

Las EPS que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.

La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las EPS, y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales.

17. Las ESE del orden Nacional se transformarán en ISE. Las Entidades Territoriales transformarán las ESE del orden territorial en ISE. Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva la transformación de las ESE de orden nacional y territorial en ISE, para el efecto el Gobierno nacional determinará las fases y periodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas.

También se podrán transformar en ISE, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como ESE, y las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que, a la entrada en vigencia de la presente ley, estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, las entidades territoriales las crearán como ISE del nivel de Gobierno que corresponda.

En todo caso, las ISE mantendrán ininterrumpidamente la prestación de servicios de salud a su cargo.

Los gerentes de las ESE transformadas en ISE, continuarán en el cargo hasta finalizar el período para el cual fueron nombrados, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente ley. Serán removidos por las mismas causales previstas en la Ley 909 de 2004 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, por la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exija o por la evaluación insatisfactoria prevista en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011 y de acuerdo

con el procedimiento previsto en la citada norma. La composición de los órganos plurales de dirección de ISE, se implementarán en el término no mayor a un (1) año.

18. Se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, a través de las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, un mecanismo de crédito al sector salud enfocado al pago de pasivos de las EPS, que se transformarán en Gestoras de Salud y Vida, con giro y pago directo a los acreedores contemplados en el plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

19. Se habilita a la ADRES para servir de garante ante las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, para establecer un mecanismo de crédito enfocado al pago de pasivos e inversión de las instituciones privadas prestadoras de servicios de salud de mediana complejidad, y las IPS públicas de mediana y alta complejidad y en caso de incumplimiento de las obligaciones del crédito por parte de estas IPS, se autoriza a la ADRES para el pago de las cuotas y a su descuento directo que les corresponde. Para la aplicación del presente artículo el Gobierno nacional, hará la respectiva reglamentación.

Artículo 83. ***Vigencia.*** La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

De los Honorables Senadores,

BERENICE BEDOYA PÉREZ
Senadora de la República
Ponente

Comisión Séptima Constitucional Permanente

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los diecisiete (17) días del mes de junio del año dos mil veinticinco (2025) - En la presente fecha se autoriza la **publicación en Gaceta del Congreso de la República**, Informe de Ponencia para Primer debate, y Texto Propuesto,así:

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 410/2025 Senado – 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley N. 135 de 2024 Cámara

INICIATIVA: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, DOCTOR GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTINEZ.

RADICADO: EN SENADO: **26-03-2025** EN COMISIÓN: **02-04-2025** EN CÁMARA: **13-09-2024**

PUBLICACIONES – GACETAS

TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1ºDEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VII CAMARA	PONENCIA 2ºDEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CÁMARA	PONENCIA 1ºDEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2ºDEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO
Art 48 456/2024	Ponencia positiva 1821/2024 Ponencia negativa 1846/2024		Ponencia positiva 2032/2024 Adhesión a la Ponencia H.R. Camilo Esteban Gómez Gaceta 2032/2024 Adhesión a la Ponencia H.R KAREN JULIANA LOPEZ Gaceta 2085/2024 Ponencia Negativa 2034/2024 Retiro de Ponencia de la H.R. Catherine Juvinao Gaceta 2196/2024	337/2025				

PONENTES PRIMER DEBATE		
HH.SS. PONENTES	**ASIGNADO (A)**	**PARTIDO**
MARTHA PERALTA EPIEYU	COORDINADORA	MAIS
NORMA HURTADO SANCHEZ	COORDINADORA	PARTIDO DE LA U
ESPERANZA ANDRADE SERRANO	COORDINADORA	PARTIDO CONSERVADOR
FERNEY SILVA IDROBO	PONENTES	COLOMBIA HUMANA

Comisión Séptima Constitucional Permanente

WILSON ARIAS CASTILLO	PONENTES	POLO DEMOCRATICO ALTERNATIVO
FABIAN DÍAZ PLATA	PONENTES	ALIANZA VERDE
MIGUEL ANGEL PINTO HERNANDEZ	PONENTES	PARTIDO LIBERAL
LORENA RIOS CUELLAR	PONENTES	COLOMBIA JUSTA LIBRES
ANA PAOLA AGUDELO GARCÍA	PONENTES	PARTIDO MIRA
ALIRIO BARRERA RODRIGUEZ	PONENTES	CENTRO DEMOCRATICO
BERENICE BEDOYA PEREZ	PONENTES	ALIANZA SOCIAL INDEPENDIENTE
OMAR DE JESUS RESTREPO CORREA	PONENTES	COMUNES

NÚMERO DE FOLIOS: TRECIENTOS TRES (303)
RECIBIDO EL DÍA: 17 DE JUNIO DE 2025.
HORA: 08:21

Lo anterior, en cumplimento de lo ordenado en el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431de 2011.

El secretario,

PRAXERE JOSÉ OSPINO REY
Secretario General Comisión Séptima