



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DECRETO NÚMERO

DE 2025

()

Por el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con la implementación de mecanismos diferenciales orientados a garantizar la equidad, la sostenibilidad financiera y el acceso efectivo a los servicios de salud para la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, así como la definición de las reglas para la asignación de afiliados en su desarrollo.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de las facultades constitucionales y legales, en especial, las conferidas por el numeral 11 del artículo 189, de la Constitución Política, el artículo 154 de la Ley 100 de 1993, 30 de la Ley 1438 de 2011 y 20 de la Ley 1751 de 2015, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 49 de la Constitución Política, modificado por el Acto Legislativo 02 de 2009, dispone que “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado” y que “los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad”; mandato que otorga competencia directa al Estado para disponer la organización territorial de los servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso equitativo, la eficiencia en la gestión y la participación social en las decisiones que afectan la prestación de dichos servicios, sin que sea necesaria la existencia de norma reglamentaria previa para su ejercicio.

Que la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en su artículo 5 señala que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud para lo cual deberá, entre otras obligaciones, de acuerdo con lo señalado en el literal b) *“formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los actores del Sistema”*, y en su literal c) que deberá *“formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales”*.

Que, el artículo 6 ibidem, determinó como elemento esencial e interrelacionado del derecho fundamental a la salud, en su literal d), el principio de continuidad en la prestación de los servicios de salud, advirtiendo que una vez iniciada la provisión de un servicio no puede verse interrumpida por razones administrativas o económicas.

Que los artículos 8°, 15 literal g), 19 y 20 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 reafirman la responsabilidad del Estado en la dirección, organización y regulación del Sistema de Salud, en el marco del derecho fundamental a la salud.

Que, de conformidad con lo establecido en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, el Estado tiene el deber de garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población, especialmente en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. Que la extensión de la red pública hospitalaria se fundamenta en criterios de rentabilidad social y no económica, y que

Continuación del decreto: *“Por el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con la implementación de mecanismos diferenciales orientados a garantizar la equidad, la sostenibilidad financiera y el acceso efectivo a los servicios de salud para la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, así como la definición de las reglas para la asignación de afiliados en su desarrollo.”*

en las zonas dispersas el Estado debe adoptar medidas razonables, eficaces, progresivas y continuas que aseguren a sus habitantes opciones de acceso oportuno a los servicios de salud que requieran según sus necesidades.

Que de acuerdo con los artículos 180 y 230 de la Ley 100 de 1993, le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud autorizar como Entidad Promotora de Salud (EPS) a la entidad de naturaleza pública, privada o mixta que cumpla los requisitos establecidos para el efecto, así como ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control de las mismas, cualquiera sea su naturaleza jurídica, revocar o suspender el certificado de autorización otorgado, a petición de la entidad vigilada o mediante providencia debidamente motivada, entre otros, por incumplimiento de los requisitos establecidos para el otorgamiento de la autorización.

Que la Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, tiene como propósito mejorar la eficiencia, la universalidad y la sostenibilidad del sistema, fortaleciendo la rectoría del Estado y la coordinación entre los distintos niveles de gestión.

Que, conforme a lo establecido en el artículo 16 de la Ley 1122 de 2007, las Entidades Promotoras de Salud no podrán destinar más de treinta por ciento (30%) del gasto en salud a la contratación con sus propias Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) o con aquellas en las que tengan participación directa o indirecta.

Que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 15 de la Ley 1122 de 2007, las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado y las de naturaleza pública del régimen contributivo deberán contratar un mínimo del sesenta por ciento (60%) del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado (ESE) habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista capacidad resolutive para la prestación de los servicios.

Que el artículo 14, literal I), de la Ley 1122 de 2007 establece que, tratándose de poblaciones dispersas geográficamente y con el fin de facilitar la operatividad en la atención en salud de la población residente en los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guaviare, Guainía, Putumayo, Vichada y Vaupés, el Gobierno Nacional definirá mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud y fortalecer el aseguramiento público en dichos territorios.

Que el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 determina que se entiende por aseguramiento en salud la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garanticen el acceso oportuno y efectivo en condiciones de calidad, la representación del afiliado ante los prestadores y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario; función que estará a cargo de las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado que cumplan con los requisitos de habilitación y demás regulaciones aplicables.

Que el literal i) del artículo 40 de la Ley 1122 de 2007 dispone que la Superintendencia Nacional de Salud tiene entre sus funciones autorizar la constitución y/o habilitación de las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado y expedir el certificado de funcionamiento correspondiente.

Que conforme al artículo 30 de la Ley 1438 de 2011, el Gobierno Nacional debe definir los territorios con población dispersa geográficamente y los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud y fortalecer el aseguramiento en dichas zonas, lo que impone la adopción de estrategias diferenciadas que respondan a las condiciones geográficas y demográficas de cada territorio.

Que el artículo 153 del Decreto Ley 2106 de 2019 modificó el artículo 6° de la Ley 136 de 1994 y dispuso que la categorización de los municipios y distritos debe atender, entre otros criterios, a la población, organizándolos en seis categorías poblacionales que van desde aquellos con población

Continuación del decreto: “Por el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con la implementación de mecanismos diferenciales orientados a garantizar la equidad, la sostenibilidad financiera y el acceso efectivo a los servicios de salud para la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, así como la definición de las reglas para la asignación de afiliados en su desarrollo.”

igual o inferior a diez mil (10.000) habitantes hasta los que superan los quinientos mil (500.001) habitantes.

Que la Ley 617 de 2000, en desarrollo del artículo 302 de la Constitución Política, estableció la categorización de los departamentos con fundamento en criterios objetivos de población e ingresos corrientes de libre destinación, como instrumento para evaluar su capacidad de gestión administrativa y fiscal, orientado a la racionalización del gasto público y al fortalecimiento de la descentralización territorial.

Que dicha categorización departamental constituye un referente legal vigente, objetivo y razonable para identificar diferencias estructurales entre las entidades territoriales, permitiendo al Gobierno Nacional adoptar medidas diferenciadas orientadas a garantizar la eficiencia, la sostenibilidad y la equidad en la provisión de servicios públicos esenciales, de conformidad con las particularidades demográficas y territoriales de cada departamento.

Que, en el marco de la organización, dirección y regulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, resulta necesario armonizar la adopción de mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento con los criterios poblacionales definidos en la Ley 617 de 2000 y el Decreto Ley 2106 de 2019, como parámetro técnico que contribuye a asegurar una adecuada capacidad operativa, financiera y de gestión del aseguramiento en salud en los distintos ámbitos territoriales, sin que ello implique la adopción de criterios fiscales para efectos distintos a los previstos en la presente regulación.

Que el análisis técnico denominado “Mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional” que sustenta las disposiciones del presente decreto elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social, evidencia la necesidad de contar con una base poblacional mínima que garantice la capacidad operativa, la suficiencia de la red de prestación de servicios y la sostenibilidad financiera de las entidades receptoras, protegiendo de esta manera la estabilidad del sistema y los derechos de los afiliados.

Que, en virtud de lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 1340 de 2009, la Superintendencia de Industria y Comercio – SIC emitió concepto mediante radicado No. XXXXX de XXXXXX 2025, el cual fue remitido al Ministerio de Salud y Protección Social mediante radicado XXXXXX, en el que emitió las siguientes recomendaciones XXXX

En mérito de lo expuesto,

DECRETA:

ARTÍCULO 1. Adiciónese el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el cual quedará así:

Capítulo 7

Operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional

Sección 1. Disposiciones Generales

Artículo 2.5.2.7.1. Objeto. El presente capítulo tiene por objeto la implementación de mecanismos diferenciales orientados a garantizar la equidad, la sostenibilidad financiera y el acceso efectivo a los servicios de salud para la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, así como la definición de las reglas para la asignación de afiliados en su desarrollo.

Artículo 2.5.2.7.2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en el presente capítulo

Continuación del decreto: “Por el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con la implementación de mecanismos diferenciales orientados a garantizar la equidad, la sostenibilidad financiera y el acceso efectivo a los servicios de salud para la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, así como la definición de las reglas para la asignación de afiliados en su desarrollo.”

están dirigidas a las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, a la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias de inspección, vigilancia y control, y de actualización de los actos administrativos relacionados con la autorización de funcionamiento. Igualmente, a las Entidades Territoriales departamentales y distritales que, en el marco de sus competencias, realizarán las acciones de inspección y vigilancia respecto del cumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente decreto.

Artículo 2.5.2.7.3. Mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional. El Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de garantizar el acceso equitativo, continuo y sostenible al aseguramiento en salud, define los mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional en desarrollo de lo previsto en el literal L) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, el artículo 30 de la Ley 1438 de 2011, atendiendo los siguientes criterios:

i) Criterios nacionales

a. Cuando una Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces, cuente con más del 20% de los afiliados a nivel nacional, se contará dentro del número límite de EPS previsto para cada categoría departamental y municipal, manteniendo su autorización de funcionamiento.

b. Mantendrán su autorización de funcionamiento las Entidades Promotoras de Salud, o quien haga sus veces, que tengan menos de un millón (1.000.000) de afiliados a nivel nacional. Estas EPS se contabilizarán dentro del número máximo permitido para cada categoría municipal, excepto aquellas cuya participación sea inferior al 3% del total de sus afiliados, sumando ambos regímenes, en el respectivo departamento.

c. Cuando una Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces, se encuentre autorizada para operar el aseguramiento en salud únicamente en municipios pertenecientes a un (1) departamento, podrá mantener su autorización de funcionamiento aun cuando exceda el número límite de EPS previsto para cada categoría departamental y municipal.

ii) Criterios por categorías departamentales

Para aplicar los mecanismos diferenciales de operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional a nivel departamental, se aplicará el rango poblacional como parámetro técnico para determinar y verificar la capacidad operativa mínima del aseguramiento en salud. Este criterio no implica la adopción de los criterios de capacidad de gestión administrativa y fiscal de categorización departamental definidos en la Ley 617 de 2000, así:

a. Categoría especial. Para todos aquellos departamentos con población superior a dos millones uno (2.000.001) de habitantes, se incluyen todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) autorizadas en el departamento cuya proporción de afiliados, considerando ambos regímenes, sea igual o superior al cinco por ciento (5%) en este ámbito territorial.

b. Primera categoría y segunda categoría. Para todos aquellos departamentos con población comprendida entre trescientos noventa mil uno (390.001) habitantes y dos millones (2.000.000) de habitantes, se incluyen todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) autorizadas en el departamento cuya proporción de afiliados, considerando ambos regímenes, sea igual o superior al 10% en este ámbito territorial.

Continuación del decreto: “Por el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con la implementación de mecanismos diferenciales orientados a garantizar la equidad, la sostenibilidad financiera y el acceso efectivo a los servicios de salud para la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, así como la definición de las reglas para la asignación de afiliados en su desarrollo.”

c. Tercera categoría y cuarta categoría. Para todos aquellos departamentos con población comprendida entre trescientos noventa mil (390.000) habitantes y población igual o inferior a cien mil (100.000) habitantes, se incluyen todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) autorizadas en el departamento cuya proporción de afiliados, considerando ambos regímenes, sea igual o superior al 15% en este ámbito territorial.

iii) Criterios por categorías distritales y municipales

Para aplicar los mecanismos diferenciales de operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional a nivel distrital y municipal, se aplicará el rango poblacional como parámetro técnico para determinar y verificar la capacidad operativa mínima del aseguramiento en salud. Este criterio no implica la adopción de los criterios fiscales ni geográficos de categorización distrital y municipal definidos en el artículo 153 del Decreto Ley 2106 de 2019, así:

a. Población igual o superior a quinientos mil uno (500.001) habitantes. Se incluyen todas las EPS autorizadas en el municipio, **excepto** aquellas cuya participación sea inferior al 3% del total de sus afiliados, sumando ambos regímenes, en este ámbito territorial.

b. Población entre cien mil uno (100.001) y quinientos mil (500.000) habitantes. Se incluyen **hasta 5 EPS autorizadas** en el municipio, **excepto** las que tengan una participación menor al 3% del total de sus afiliados de ambos regímenes en este territorio.

c. Población entre cincuenta mil uno (50.001) y cien mil (100.000) habitantes. Se incluyen **hasta 4 EPS autorizadas** en el municipio, **excepto** las que tengan una participación menor al 3% del total de sus afiliados de ambos regímenes en este territorio.

d. Población entre treinta mil uno (30.001) y cincuenta mil (50.000) habitantes. Se incluyen **hasta 3 EPS autorizadas** en el municipio, **excepto** las que tengan una participación menor al 3% del total de sus afiliados de ambos regímenes en este territorio.

e. Población entre veinte mil uno (20.001) y treinta mil (30.000) habitantes. Se incluyen **hasta 2 EPS autorizadas** en el municipio, **excepto** las que tengan una participación menor al 3% del total de sus afiliados de ambos regímenes en este territorio.

f. Población entre diez mil uno (10.001) y veinte mil (20.000) habitantes. Se incluye **hasta 1 EPS autorizada** en el municipio, **excepto** las que tengan una participación menor al 3% del total de sus afiliados de ambos regímenes en este territorio.

g. Población igual o inferior a diez mil (10.000) habitantes. Se incluye **hasta 1 EPS autorizada** en el municipio, **excepto** las que tengan una participación menor al 3% del total de sus afiliados de ambos regímenes en este territorio.

Artículo 2.5.2.7.4. Actualización de la autorización de funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, en el marco de la aplicación de los mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional: La Superintendencia Nacional de Salud actualizará los actos administrativos que autorizan el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, que cuenten con autorización o habilitación vigente, dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia del presente Decreto. Durante este término se mantendrá vigente el certificado actual.

Continuación del decreto: *“Por el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con la implementación de mecanismos diferenciales orientados a garantizar la equidad, la sostenibilidad financiera y el acceso efectivo a los servicios de salud para la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, así como la definición de las reglas para la asignación de afiliados en su desarrollo.”*

El acto administrativo de actualización deberá especificar: i) el código de identificación de la entidad; ii) el ámbito territorial donde se autoriza su operación; y iii) los regímenes de afiliación en los que se encuentra autorizada. Para efectos de la determinación del ámbito territorial, se tendrán en cuenta los municipios donde la EPS disponga de afiliados y se encuentre operando, conforme con la información registrada en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, con corte al mes inmediatamente anterior a la fecha de actualización.

La Superintendencia Nacional de Salud podrá ampliar el ámbito territorial de autorización en los departamentos donde la entidad tenga presencia, garantizando en todo caso el debido proceso. La autorización de funcionamiento tendrá una vigencia de cinco (5) años, contados a partir de la fecha de expedición del acto administrativo respectivo, y su renovación estará sujeta al cumplimiento de las condiciones de habilitación y permanencia.

Parágrafo. Las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI) conservarán su habilitación y continuarán operando en los municipios en los que actualmente se encuentren autorizadas. En consecuencia, no será necesario expedir un nuevo acto administrativo para la actualización de su funcionamiento.

La inclusión de estas entidades podrá exceder el número límite de EPS previsto para cada categoría de municipio. Las modificaciones de la capacidad de afiliación referente al aumento poblacional se efectuarán en el marco de lo definido en el artículo 2.1.13.8 del Decreto 780 de 2016. En todo caso la verificación de la capacidad de afiliación se realizará con posterioridad a la asignación.

Parágrafo 1. Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, que cuenten con autorización para operar en uno o varios municipios, podrán realizar la afiliación de nuevos usuarios y aceptar traslados en ambos regímenes. Estas novedades, se registrarán en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA y demás sistemas de información disponibles con el respectivo código para la novedad de movilidad.

Parágrafo 2. Para la actualización de la autorización de funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, de que trata el presente artículo, la Superintendencia Nacional de Salud deberá verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley 1122 de 2007, en relación con la contratación de al menos el sesenta (60%) del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado (ESE) debidamente habilitadas en los municipios.

Parágrafo 3. Para la actualización de la autorización de funcionamiento, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará los resultados de la metodología desarrollada y entregada por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual será publicada en la página web de esta entidad.

Artículo 2.5.2.7.5. Reglas para garantizar la continuidad del aseguramiento en salud de los afiliados en el marco de la aplicación de los mecanismos diferenciales: Una vez la Superintendencia Nacional de Salud expida los actos administrativos que actualizan la autorización de funcionamiento de que trata el presente decreto, el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, realizará la asignación especial de afiliados a las EPS receptoras que continúen operando en el respectivo ámbito territorial autorizado, en los plazos que para tal fin defina el Ministerio de Salud y Protección Social, atendiendo las siguientes reglas:

a) Esta asignación especial se realizará con independencia del régimen de afiliación originalmente autorizado a la EPS receptora, con base en la información registrada en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA. Ninguna EPS o quien haga sus veces podrá negarse a recibir los afiliados asignados.

Continuación del decreto: “Por el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con la implementación de mecanismos diferenciales orientados a garantizar la equidad, la sostenibilidad financiera y el acceso efectivo a los servicios de salud para la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, así como la definición de las reglas para la asignación de afiliados en su desarrollo.”

b) La asignación especial de afiliados quedará efectiva a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha en que esta cartera ministerial entregue a las Entidades Promotoras de Salud receptoras o quien haga sus veces, los afiliados que le fueron asignados. Las Entidades Promotoras de Salud receptoras o quien haga sus veces, tendrán como mínimo cinco (5) días calendario previos a la efectividad de la asignación especial, para adelantar las acciones necesarias, que garanticen la continuidad del aseguramiento a la población asignada a partir de la fecha de efectividad de la asignación especial. Estas últimas deberán dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 2.1.11.6 del Decreto 780 de 2016.

c) La asignación especial de afiliados se realizará teniendo en cuenta los siguientes criterios, manteniendo integrados los grupos familiares previamente conformados en la BDUA:

- No se asignarán afiliados a la Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces, que quede operando en un municipio, con el mayor porcentaje de participación, siempre y cuando exista otra Entidad Promotora de Salud receptora o quien haga sus veces en funcionamiento en el territorio a la cual se le puedan asignar afiliados.
- No se asignarán afiliados a la Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces que quede operando en un municipio, si cuenta con más de tres millones (3.000.000) de afiliados a nivel nacional, siempre y cuando exista otra Entidad Promotora de Salud receptora o quien haga sus veces en funcionamiento en el territorio a la cual se le puedan asignar afiliados.
- Los afiliados pertenecientes a grupos familiares sin pacientes con patologías de alto costo o gestantes se asignarán a cada Entidad Promotora de Salud receptora o quien haga sus veces, en proporción inversa a su participación de afiliados en el municipio correspondiente. Para la aplicación de la proporción inversa se tendrá en cuenta la siguiente fórmula que se aplicará en cada municipio que conforma el municipio donde se recibió la actualización de la autorización de funcionamiento:

Variables y Parámetros:

$$PI_i = \frac{100}{PP_i \cdot \sum_{j=PP_j}^n \frac{1}{PP_j}}$$

- PP_i = Parámetro de proporción para la entidad i
- PI_i = Proporción inversa final para la entidad i (en porcentaje)
- n = Número total de entidades

d) Los afiliados pertenecientes a grupos familiares que tengan pacientes con patologías de alto costo y mujeres gestantes se clasificarán en forma independiente de los demás grupos familiares y se distribuirán aleatoriamente por patología entre las EPS receptoras en forma proporcional a su número de afiliados, incluidos los asignados con base en el numeral anterior, en el respectivo municipio.

c) Transcurridos sesenta (60) días calendario, contados a partir de la fecha de efectividad de la asignación especial a las EPS receptoras, los afiliados asignados podrán ejercer su derecho a la libre escogencia y trasladarse a cualquier otra EPS que opere en el municipio donde se encuentra autorizada. Este traslado será efectivo a partir del primer día calendario del mes siguiente. Se exceptúan de este plazo los siguientes casos:

- i. Cuando algún miembro del grupo familiar quede asignado en una Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces distinta a la del cotizante o cabeza de familia, podrá solicitar el traslado de forma inmediata a la Entidad Promotora de Salud o quien haga

Continuación del decreto: “Por el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con la implementación de mecanismos diferenciales orientados a garantizar la equidad, la sostenibilidad financiera y el acceso efectivo a los servicios de salud para la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, así como la definición de las reglas para la asignación de afiliados en su desarrollo.”

- sus veces en la cual se haya asignado el cotizante o cabeza de familia, en cuyo caso la Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces, deberá tramitar de forma inmediata la respectiva novedad.
- ii. Cuando las comunidades indígenas soliciten el traslado de EPS o EPSI, una vez agotado el proceso señalado en el artículo 17 de Ley 691 de 2001. En este caso, la EPS receptora deberá tramitar de manera inmediata esta novedad según los procedimientos vigentes, y será efectiva a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha del registro de la solicitud de traslado.

d) La ADRES, previo al cumplimiento del plazo para que se haga efectiva la asignación especial, actualizará la Base de Datos Única de Afiliados — BDUa con los resultados de esta, según establece la Resolución 762 de 2023 de dicha entidad, o la norma que la modifique o sustituya.

e) La ADRES entregará a las Entidades Promotoras de Salud receptoras o quien haga sus veces, los resultados de las auditorías realizadas a la información actualizada y registrada en la BDUa, la cual será revisada y ajustada por estas entidades dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a la fecha de entrega. Finalizado este término, los registros que no se actualicen en la BDUa por las Entidades Promotoras de Salud receptoras o quien haga sus veces, no podrán ser incluidos en los procesos de reconocimiento y pago de la Unidad de Pago por Capitación — UPC.

Parágrafo 1. Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, que sigan operando en algún municipio, continuarán siendo responsables del aseguramiento de la totalidad de sus afiliados en dicho ámbito territorial.

Parágrafo 2. Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, que no continúen operando en algún municipio, serán responsables del aseguramiento hasta el día anterior a la fecha en que se haga efectiva la asignación especial de afiliados a las EPS receptoras, por lo que también serán responsables de las obligaciones derivadas de la prestación de servicios en salud hasta esa fecha. Las Entidades Promotoras de Salud receptoras o quien haga sus veces asumirán el aseguramiento y garantizarán el acceso a la prestación de servicios y tecnologías en salud de los afiliados, a partir del día en que se haga efectiva la asignación.

Parágrafo 3. Las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPS-I) serán receptoras de la población que esté registrada en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) como indígena. En caso de existir más de una EPS-I en el mismo municipio, la asignación de afiliados se realizará de manera proporcional al número de afiliados que tenga cada una.

Parágrafo 4. Cuando los afiliados se trasladen temporalmente a municipios distintos a aquel en el que se encuentre autorizada la EPS donde está afiliado, las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, deberán garantizar la continuidad en la atención en salud bajo las reglas de portabilidad establecidas en la normatividad vigente, a través de mecanismos de articulación, referencia y contrarreferencia, y uso de sistemas de información interoperables que permitan la trazabilidad en la atención. En ningún caso la novedad de portabilidad podrá implicar la pérdida o restricción de derechos de los afiliados.

Artículo 2.5.2.7.6. Solicitud y trámite del retiro de uno o varios municipios, por parte de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces. Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces autorizadas para operar en uno o varios municipios, podrán solicitar ante la Superintendencia Nacional de Salud, el retiro del municipio que consideren, dentro del término de un (1) año contado desde la expedición de la actualización de la autorización de funcionamiento de que trata el presente decreto. Dicha solicitud será resuelta por la Superintendencia Nacional de Salud en un plazo no mayor a tres (3) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos mínimos que se enuncian a continuación:

Continuación del decreto: *“Por el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con la implementación de mecanismos diferenciales orientados a garantizar la equidad, la sostenibilidad financiera y el acceso efectivo a los servicios de salud para la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, así como la definición de las reglas para la asignación de afiliados en su desarrollo.”*

1. Documento de solicitud, suscrito por el representante legal o la persona autorizada para el efecto, donde se explique la motivación y causas de la no continuidad en el municipio.
2. Acta de la asamblea general de accionistas, socios, asociados o el órgano social competente de la entidad de acuerdo con sus estatutos sociales, en la que se evidencie la aprobación de la solicitud.
3. Estatutos vigentes de la entidad.
4. La relación por municipio del número total de afiliados, de acuerdo con la estructura que establezca la Superintendencia Nacional de Salud.
5. Plan de pagos de las obligaciones generadas por la prestación de servicios de salud, indicando la fuente de los recursos y los plazos según los acuerdos de pagos establecidos con los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud.
6. Copia de los acuerdos de pago suscritos con la red de prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, los cuales deben estar alineados con el plan de pagos.
7. Soportes de haber informado su intención de retiro del municipio a las entidades territoriales respectivas (departamentales, distritales y municipales) y a sus afiliados, aclarando que el retiro está sujeto a la decisión de la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 1. La Superintendencia Nacional de Salud podrá requerir la información adicional que estime necesaria para resolver la solicitud.

Parágrafo 2. El término previsto en el presente artículo aplica únicamente en el marco de la aplicación de los mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional, sin que se extienda a otros trámites o procedimientos de retiro que adelante la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 3. En caso de que la Superintendencia Nacional de Salud acepte el retiro de que trata el presente artículo, el Ministerio de Salud y Protección Social junto con la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, adelantarán el proceso de asignación de afiliados conforme a las reglas señaladas en el artículo segundo del presente acto administrativo.

Parágrafo 4. Durante el proceso de aplicación de los mecanismos diferenciales de que trata el presente decreto, no se podrán efectuar modificaciones a la capacidad de afiliación.

Parágrafo 5. Para efectos del trámite de solicitudes de retiro por parte de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas – EPSI, se aplicarán las disposiciones de que trata el presente artículo.

ARTÍCULO 2. Modificar el artículo 2.1.11.1 del Decreto 780 de 2016, sustituido por el artículo 1 del Decreto 719 de 2024, modificado por el artículo 3 del Decreto 719 de 2024, el cual quedará así:

"ARTÍCULO 2.1.11.1 Objeto y alcance. *El presente título tiene por objeto establecer las condiciones de asignación de afiliados para garantizar la continuidad del aseguramiento y la prestación del servicio público de salud a los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud — EPS o quien haga sus veces incluidas las Entidades Adaptadas en Salud, que se encuentren operando el aseguramiento, cualquiera sea su naturaleza jurídica, cuando dichas entidades se retiren o liquiden voluntariamente, ocurra la revocatoria de la autorización de funcionamiento o de la certificación de habilitación, o sean sujeto de intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.*

Continuación del decreto: “Por el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con la implementación de mecanismos diferenciales orientados a garantizar la equidad, la sostenibilidad financiera y el acceso efectivo a los servicios de salud para la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, así como la definición de las reglas para la asignación de afiliados en su desarrollo.”

La asignación de afiliados de que trata el presente título se realizará a las entidades promotoras de salud o quien haga sus veces que no cuenten con medidas administrativas o especiales adoptadas por la Superintendencia Nacional de Salud y que se encuentren habilitadas en el régimen al cual pertenecen los afiliados que le serán asignados, previa verificación del cumplimiento del capital mínimo y del patrimonio adecuado establecidos en los artículos 2.5.2.2.1.5 y 2.5.2.2.1.7 de este decreto, salvo las excepciones establecidas en el numeral 3 del artículo 2.1.11.3 del presente decreto”.

ARTÍCULO 3. Modificar el artículo 2.1.11.2 del Decreto 780 de 2016, sustituido por el artículo 1 del Decreto 1424 de 2029 y modificado por el artículo 2 del Decreto 719 de 2024, el cual quedará así:

"ARTÍCULO 2.1.11.2 Asignación de afiliados. Es el mecanismo excepcional y obligatorio de asignación y traslado de los afiliados de las EPS que se encuentren en alguna de las situaciones previstas en el primer inciso del artículo 2.1.11.1, a las EPS receptoras de que trata el inciso segundo del mismo artículo del presente decreto. Ninguna EPS podrá negarse a recibir los afiliados asignados.

Los procedimientos de asignación de afiliados establecidos en el presente título se adelantarán bajo los principios señalados en el artículo 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, con la participación de las EPS, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social — ADRES.

PARÁGRAFO. La autorización de la capacidad de afiliación referente al aumento poblacional que se requiera en el marco de los procesos de asignación, seguirá las reglas del régimen de autorización general de que trata el artículo 2.1.13.8 de este decreto. En todo caso la verificación de la capacidad de afiliación se realizará con posterioridad a la asignación.”

ARTÍCULO 4. Modificar el artículo 2.1.11.3 del Decreto 780 de 2016, sustituido por los artículos 1 del Decreto 1424 de 2029 y Decreto 709 de 2021, modificado por el artículo 3 del Decreto 719 de 2024, el cual quedará así:

"ARTÍCULO 2.1.11.3 Procedimiento de asignación de afiliados. En el acto administrativo a través del cual se acepta el retiro o liquidación voluntaria, se ordena la revocatoria de autorización de funcionamiento o de la certificación de habilitación o la intervención forzosa administrativa para liquidar, la Superintendencia Nacional de Salud ordenará a la EPS objeto de la medida, la entrega inmediata de las bases de datos tanto a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES y al Ministerio de Salud y Protección Social, la cual deberá contener la información de los afiliados y sus grupos familiares, que se requieran para realizar el proceso de asignación, en la estructura definida por la ADRES.

Para adelantar el procedimiento de asignación de afiliados, al día hábil siguiente a la notificación del acto administrativo correspondiente, la Superintendencia Nacional de Salud remitirá al Ministerio de Salud y Protección Social, la relación de las EPS receptoras a que hace referencia el artículo 2.1.11.1 y que se encuentren autorizadas operando el aseguramiento en el municipio, distrito, departamento donde operaba la entidad a que alude el inciso anterior.

Se entiende que las EPS receptoras se encuentran operando el aseguramiento cuando tienen población afiliada en un territorio, excluyendo aquellos afiliados que ostenten la

Continuación del decreto: “Por el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con la implementación de mecanismos diferenciales orientados a garantizar la equidad, la sostenibilidad financiera y el acceso efectivo a los servicios de salud para la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, así como la definición de las reglas para la asignación de afiliados en su desarrollo.”

garantía de portabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.1.12.4 de este decreto.

El Ministerio de Salud y Protección Social y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES, con base en la información que reporte la Superintendencia Nacional de Salud, la que entregue la EPS objeto de la medida y la que se encuentre disponible en las bases de datos de las entidades públicas, realizarán la asignación y determinarán el número y la distribución de los afiliados a asignar.

La asignación de afiliados se realizará dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que la Superintendencia Nacional de Salud remita al Ministerio de Salud y Protección Social la relación de las EPS receptoras en los términos del inciso segundo de este artículo, y se hará efectiva a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha en que el Ministerio de Salud y Protección Social informe a las EPS receptoras los afiliados que le fueron asignados. En todo caso las EPS receptoras deberán tener como mínimo cinco (5) días calendario previos a la efectividad de la asignación, para adelantar las acciones necesarias con el ánimo de garantizar la continuidad del aseguramiento a la población asignada.

La asignación de los afiliados se realizará teniendo en cuenta los siguientes criterios, manteniendo integrados los grupos familiares, se procederá a seleccionar la EPS receptora en el siguiente orden:

1. En los municipios y distritos donde exista una EPS receptora autorizada que cumpla las condiciones establecidas en el inciso segundo del artículo 2.1.11.1 del presente decreto, se asignará el cien por ciento (100%) de la población del respectivo régimen.
2. En aquellos municipios y distritos donde exista más de una EPS receptora autorizada que cumpla las condiciones establecidas en el inciso segundo del artículo 2.1.11.1 del presente decreto, se realizará en forma proporción inversa al número total de afiliados en el respectivo régimen y territorio.
3. En aquellos municipios y distritos donde no exista EPS que cumpla las condiciones establecidas en el inciso segundo del artículo 2.1.11.1 del presente decreto, la asignación se realizará a estas EPS en forma proporción inversa al número total de afiliados en el respectivo régimen y territorio.
4. La atención del recién nacido, que no haya sido objeto de asignación, será asumida por la entidad objeto de retiro o medida, hasta la fecha de efectividad de la asignación. A partir de esta fecha, la EPS receptora de la madre deberá incluir al recién nacido de manera inmediata en su grupo familiar.

Transcurridos sesenta (60) días calendario, contados a partir de la fecha de asignación a la EPS receptora, los afiliados asignados podrán escoger libremente y trasladarse a cualquier otra entidad habilitada en el mismo régimen y que opere en el municipio o distrito de su residencia; este traslado será efectivo a partir del primer día calendario del mes siguiente. Se exceptúa de este plazo los siguientes casos:

A) Cuando algún miembro del grupo familiar se encuentre en una EPS distinta a la del cotizante o cabeza de familia asignado, evento en el cual se podrá solicitar el traslado de forma inmediata a la EPS en la cual se haya asignado el cotizante o cabeza de familia. La entidad deberá tramitar de forma inmediata la respectiva novedad.

Continuación del decreto: “Por el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con la implementación de mecanismos diferenciales orientados a garantizar la equidad, la sostenibilidad financiera y el acceso efectivo a los servicios de salud para la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, así como la definición de las reglas para la asignación de afiliados en su desarrollo.”

B) Cuando los miembros de las comunidades indígenas, una vez agotado el proceso señalado en el artículo 17 de Ley 691 de 2001, soliciten el traslado de entidad, la EPS receptora deberá tramitar de manera inmediata esta novedad según los procedimientos vigentes y será efectiva a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha del registro de la solicitud de traslado.

La ADRES, previo al cumplimiento del plazo para que se haga efectiva la asignación, actualizará la Base de Datos Única de Afiliados — BDUA con los resultados de esta, así mismo entregará a las EPS receptoras los resultados de las auditorías realizadas a la información actualizada y registrada en la BDUA, la cual será revisada y ajustada por las EPS receptoras dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a la fecha de entrega. Finalizado este término, los registros que no se actualicen en la BDUA por las EPS receptoras, no podrán ser incluidos en los procesos de reconocimiento y pago de la Unidad de Pago por Capitación UPC.

PARÁGRAFO 1. Las entidades objeto de las medidas previstas en el artículo 2.1.11.1 de este decreto, serán responsables del aseguramiento hasta el día anterior a la fecha en que se haga efectiva la asignación, por lo que también serán responsables de las obligaciones derivadas de la prestación de servicios en salud hasta esa fecha. Las EPS receptoras asumirán el aseguramiento y garantizarán el acceso a la prestación de servicios de salud de los afiliados, a partir del día en que se haga efectiva la asignación.

PARÁGRAFO 2. El giro de la UPC a las entidades será realizado por la ADRES en proporción al número de días en que tuvieron a su cargo los afiliados durante el respectivo mes.

PARÁGRAFO 3. Notificados los actos administrativos que revocan la autorización de funcionamiento o el certificado de habilitación, ordenan la intervención forzosa administrativa para liquidar o autorizan el retiro voluntario por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, quedarán suspendidos los traslados de los afiliados en la BDUA y en el Sistema de Afiliación Transaccional SAT, así como las novedades de las entidades territoriales en la BDUA, hasta la efectividad de la asignación, de conformidad con lo establecido en el artículo 17 de la Ley 1966 de 2019 y el artículo 2.5.5.1.9 de presente decreto.

PARÁGRAFO 4. Durante el tiempo en que una entidad se encuentre en medida de vigilancia especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, dicha entidad deberá remitirle la información de los pacientes de alto costo, gestantes, tutelados y los datos de contacto de sus afiliados, en los términos y condiciones que establezca dicha superintendencia.

PARÁGRAFO 5. Las EPS indígenas — EPS-I serán receptoras de afiliados, para la población que se encuentre registrada en la Base de Datos Única de Afiliados BDUA como población indígena, dando prelación a las EPS-I autorizadas en el respectivo territorio.”

ARTÍCULO 5. Modificar el artículo 2.1.11.11 del Decreto 780 de 2016, sustituido por el artículo 1 del Decreto 1424 de 2029, modificado por el artículo 1 del Decreto 1492 de 2022 y modificado por el artículo 6 del Decreto 719 de 2024, el cual quedará así:

"ARTÍCULO 2.1.11.11 De las entidades promotoras de salud que reciben afiliados. La asignación de afiliados de que trata el presente título se realizará a las Entidades Promotoras de Salud -EPS o quien haga sus veces, según los artículos 2.1.11.1 y 2.1.11.3 del presente decreto.

Continuación del decreto: “Por el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con la implementación de mecanismos diferenciales orientados a garantizar la equidad, la sostenibilidad financiera y el acceso efectivo a los servicios de salud para la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, así como la definición de las reglas para la asignación de afiliados en su desarrollo.”

Las entidades promotoras de salud que hayan recibido afiliados hasta la fecha de publicación del presente decreto modificatorio con ocasión de la asignación de que trata el presente Título, se les aplicará la disminución temporal en el porcentaje que trata el literal a) del numeral 2 del artículo 2.5.2.2.1.7, el cual se incrementará en 0,5 puntos porcentuales cada año a partir de la efectividad de la asignación, hasta lograr el tope establecido, según la siguiente tabla:

Variación anual de afiliados a 31 de diciembre	Disminución en puntos porcentuales (P.P.) en el patrimonio adecuado
Menor a 10%	0.5 P.P.
Mayor o igual al 10% y menor al 20%	1.0 P.P.
Mayor o igual al 20% y menor al 35%	1.5 P.P.
Mayor o igual al 35% y menor al 50%	2.0 P.P.
Mayor o igual 50%	2.5 P.P.

Para el cálculo de los indicadores de proceso o resultado que hacen parte de los mecanismos de redistribución de recursos ex post por patologías de alto costo, no será tomada en cuenta la información de los afiliados asignados a las EPS receptoras en el primer año.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. Con el fin de considerar el impacto en las condiciones financieras de las asignaciones de usuarios realizadas durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2019 y 31 de julio de 2022, las entidades receptoras de afiliados, por una única vez, tendrán una disminución en el porcentaje de qué trata el literal a) del numeral 2 del artículo 2.5.2.2.1.7, de acuerdo con la siguiente tabla que sustituye los porcentajes previamente definidos. El porcentaje resultante se incrementará en 1,0 punto porcentual cada dos años, hasta lograr el tope establecido.

Variación total asignaciones periodo respecto a la población afiliada a diciembre 31 de 2018	Disminución en puntos porcentuales (PP.) en el patrimonio adecuado	Fechas para el incremento
Mayor al y Menor al 17%	1,5PP	1,0 P.P- 1 de agosto de 2024 0,5 PP - 1 de agosto de 2025
Mayor o igual al 17% y menor al 40%	2,0 PP	1,0 PR- 1 de agosto de 2024 1,0 P.P - 1 de agosto de 2026
Mayor o igual al 40%	2,5 PP	1,0 PP- 1 de agosto de 2024 1,0 P.P - 1 de agosto de 2026 0,5 P.P - 1 de agosto de 2027

Para efectos de la aplicación de las condiciones previstas en el presente artículo, a las entidades que recibieron afiliados con posterioridad al 31 de julio de 2022 y hasta la fecha de publicación del presente decreto modificatorio y que hubieren recibido afiliados entre el 01 de enero de 2019 y el 31 de julio de 2022, se tendrá en cuenta la sumatoria de los porcentajes definidos en este parágrafo transitorio más los determinados en el inciso segundo del presente artículo.

Continuación del decreto: “Por el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con la implementación de mecanismos diferenciales orientados a garantizar la equidad, la sostenibilidad financiera y el acceso efectivo a los servicios de salud para la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, así como la definición de las reglas para la asignación de afiliados en su desarrollo.”

PARÁGRAFO 1. A las entidades promotoras de salud que reciban afiliados a partir de la fecha de publicación del presente decreto modificatorio, no se les aplicará la disminución del porcentaje referente al patrimonio adecuado de que trata el presente artículo.

PARÁGRAFO 2. Las entidades promotoras de salud que hayan recibido afiliados hasta la fecha de publicación del presente decreto modificatorio, se le aplicará las disposiciones respecto a la disminución del porcentaje referente al patrimonio adecuado”

ARTÍCULO 6. Modificar el artículo 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

“Artículo 2.5.2.3.5.2. Seguimiento de la operación del aseguramiento en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, con el propósito de consolidar el sistema de seguimiento de la operación del aseguramiento en salud, desarrollará y articulará los procesos, mecanismos y herramientas disponibles en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, necesarios para monitorear la gestión de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y evaluar el cumplimiento de sus funciones indelegables.

El sistema se implementará de acuerdo con la actualización del ámbito territorial definido por el Ministerio de Salud y Protección Social y pondrá énfasis en el seguimiento de la operación de las EPS en el marco de las Redes Integrales e Integradas de Salud, con el fin de garantizar la articulación entre aseguramiento, gestión del riesgo y la prestación de servicios de salud en los territorios.

El Ministerio establecerá las estrategias de reporte, la periodicidad de la información y los estándares de calidad de los datos requeridos para el monitoreo, así como los mecanismos de retroalimentación y mejora continua orientados a fortalecer la gestión territorial de la operación del aseguramiento en salud.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá indicadores de experiencia ciudadana que permitan evaluar, de forma clara y accesible, aspectos como la satisfacción de los usuarios, los tiempos de espera, la continuidad del cuidado integral de la salud, la accesibilidad efectiva y la calidad percibida. Estos indicadores deberán ser implementados y reportados por los actores responsables en el sistema de información que el Ministerio de Salud y Protección Social determine.”

Artículo 8. Transición. Las disposiciones contenidas en el artículo 2.1.11.3 del presente decreto, serán aplicables hasta el momento en que la Superintendencia Nacional de Salud actualice la autorización de funcionamiento de la Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces, conforme los términos del inciso primero del artículo 2.5.2.7.6. que se modifica en el presente decreto. Posteriormente, en caso de presentarse un retiro o liquidación voluntaria, se ordene la revocatoria de autorización de funcionamiento o de la certificación de habilitación o la intervención forzosa administrativa para liquidar de una Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces, para efectos del procedimiento de asignación de afiliados, se aplicarán las reglas establecidas en el artículo 2.5.2.7.7 que se modifica en el este decreto.

Artículo 8. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de su publicación, y adiciona el capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2, modifica los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2; del Decreto 780 de 2016 y deroga las normas que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá, D.C., a los

Continuación del decreto: *“Por el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con la implementación de mecanismos diferenciales orientados a garantizar la equidad, la sostenibilidad financiera y el acceso efectivo a los servicios de salud para la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, así como la definición de las reglas para la asignación de afiliados en su desarrollo.”*

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ