

ISBN 978-958-8903-91-0



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

**FUENTES DE FINANCIACIÓN Y
USOS DE LOS RECURSOS DEL
SISTEMA GENERAL DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD –
SGSSS-**

Junio 2016

Dirección de Financiamiento Sectorial

cuando se dé el adecuado reconocimiento al MSPS como fuente y propietaria del copyright. Toda solicitud para uso público o comercial y derechos de traducción se sugiere contactar al MPSP a través de su portal web www.minsalud.gov.co

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de la Protección Social

OMAR GUAJE MIRANDA
Director de Financiamiento Sectorial

© Ministerio de Salud y Protección Social

FUENTES DE FINANCIACIÓN Y USOS DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD –SGSSS–

Autores:

Lina María Camero Nader

Asesora Despacho Viceministerio de Protección
Social

Alexander Lagos Santamaría

Asesor Despacho Viceministerio de Protección
Social

Ricardo Triana Parga

Coordinador Grupo de Análisis y Seguimiento de
Recursos del SGSSS

Marcela Brun Vergara

Coordinadora Grupo de Sostenibilidad
Financiera de Recursos del SGSS

Otoniel Cabrera Romero

Profesional Especializado
Dirección de Financiamiento Sectorial

Isabel Díaz Olivares

Dirección de Financiamiento Sectorial

Ivonne Rodríguez Nieto

Dirección de Financiamiento Sectorial

Bogotá, D. C., Colombia, Junio 2016

Este documento también se encuentra disponible en el Repositorio Institucional Digital RID

Tabla de Contenido

PROLOGO.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO 1	4
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA- FOSYGA.....	4
1.1 SUBCUENTA DE COMPENSACION.....	4
1.1.1 Fuentes de la Subcuenta de Compensación.....	5
1.1.2 Porcentaje de Cotizaciones	6
1.1.3 Usos de los Recursos de la Subcuenta de Compensación	8
1.2 SUBCUENTA DE SOLIDARIDAD	9
1.2.1 Fuentes de la Subcuenta de Solidaridad.....	9
1.2.2 Usos de los Recursos de la Subcuenta de Solidaridad	9
1.2.3 Base de Cálculo	10
1.2.4 Metodología de la Asignación.....	10
1.3 SUBCUENTA DE PROMOCIÓN.....	10
1.3.1 Fuentes de la Subcuenta de Promoción.....	11
1.3.2 Usos de la Subcuenta de Promoción	12
1.3.3 Base de Cálculo y Metodología de Asignación	13
1.4 SUBCUENTA ECAT	13
1.4.1 Subcuenta ECAT: Objeto y alcances.....	13
1.4.2 Fuentes de los Recursos de la Subcuenta ECAT	14
1.4.3 Usos de la Subcuenta ECAT	16
1.4.4 Base de Cálculo	16
1.4.5 Metodología de Asignación	17
1.5 SUBCUENTA GARANTÍAS DE LA SALUD.....	18
1.5.1 Fuentes de la Subcuenta de Garantías para la Salud	18
1.5.2 Usos de los Recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud.....	19
1.5.3 Compra Directa de Cartera.....	19
1.5.4 Créditos de Tasa Compensada.....	20
CAPITULO 2	21
REGIMEN CONTRIBUTIVO	21

2.1	DEFINICIÓN	21
2.2	MONTO Y DISTRIBUCIÓN DE LAS CONTRIBUCIONES AL SGSSS.....	21
2.3	UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN- UPC	22
2.3.1	Proceso de Compensación	23
2.3.2	Prestaciones Económicos.....	24
CAPITULO 3		26
REGIMEN SUBSIDIADO		26
3.1	DEFINICIÓN	26
3.2	SUBCUENTA DE SOLIDARIDAD FOSYGA.....	26
3.2.1	Fuentes de Financiación de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA.....	26
3.2.2	Usos de los Recursos para el Régimen Subsidiado FOSYGA	26
3.3	SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES.....	27
3.3.1	Fuentes.....	27
3.3.2	Distribución del Sistema General de Participaciones	27
3.3.3	Usos de los Recursos del Sistema General de Participaciones	29
3.4	SALUD PÚBLICA.....	30
3.4.1	Acciones de Salud Pública.	30
3.5	APORTES PATRONALES.....	30
3.6	RENTAS TERRITORIALES DESTINADAS A SALUD	30
3.6.1	Fuentes y Usos.....	30
3.6.2	Distribución Rentas Territoriales – Componente Sector Salud	39
CAPITULO 4		41
OTROS RECURSOS DEL SECTOR		41
4.1	FONDO DE SALVAMENTO Y GARANTÍAS PARA EL SECTOR SALUD- FONSAET	41
4.1.1	Fuentes.....	41
4.1.2	Uso de los Recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud - FONSAET-.....	41
4.2	LEY 1608 DE 2013	41
4.2.1	Uso de los Recursos Provenientes de los Saldos de Cuentas Maestras del Régimen Subsidiado.....	41
4.2.2	Uso de los Recursos de Aportes Patronales	42
4.2.3	Uso de los Recursos de Excedentes de Rentas Cedidas.....	43
4.2.4	Compra de Cartera - Subcuenta de Garantías de FOSYGA	44

CAPITULO 5	45
PLANES FINANCIEROS TERRITORIALES	45
5.1 METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN FINANCIERO TERRITORIAL DE SALUD	45
5.1.1 Subsidio a la Demanda, que involucra	45
5.1.2 Prestación de Servicios de Salud a la Población Pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que involucra:	45
5.1.3 Salud Pública	45
5.1.4 Gastos de Funcionamiento	45
5.2 OBJETIVO	45
5.3 ACCIONES Y METAS	46
5.4 COMPONENTES PARA LA ELABORACIÓN	46
5.4.1 Subsidios a la demanda – Régimen Subsidiado	46
5.4.2 Fuentes de Financiación de Prestación de Servicios a la Población Pobre en lo No Cubierto con Subsidios a la Demanda.	50
5.4.3 Salud Pública	54
5.4.4 Salud Pública	58
ANEXO No. 1: NORMOGRAMA	63
ANEXO No. 2: ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO SECTORIAL	64
ANEXO No. 2: ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO SECTORIALCONTINUACIÓN	65

PROLOGO

La Constitución Política de Colombia, consagra la atención en salud como un servicio público que el Estado debe garantizar conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, por lo tanto, le corresponde la organización, dirección y reglamentación, estableciendo las políticas para la prestación de los servicios de salud, las competencias de la Nación, las Entidades Territoriales y los particulares, así como ejercer su vigilancia y control

La Ley 100 de 1993, crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- y señala que éste sistema debe ordenar las instituciones y los recursos necesarios para alcanzar los objetivos, unificar la normatividad y la planeación de la seguridad social.

El Ministerio de Salud como órgano rector del SGSSS, dirige, orienta, coordina y evalúa y adicionalmente, establece y define los lineamientos relacionados con el sistema de información de la protección social. En este sentido debe formular, entre otros componentes fundamentales, las políticas, planes, programas y proyectos en materia de financiamiento y de sistemas de información.

Como instrumento fundamental para el cumplimiento de los objetivos planteados, el SGSSS debe disponer de información financiera, útil y con la calidad y pertinencia necesarias para adelantar en forma oportuna los estudios y análisis de financiamiento, viabilidad, estabilidad y equilibrio financiero de los recursos del sector salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, la Dirección de Financiamiento Sectorial –DFS- del Ministerio de Salud y Protección Social, en ejercicio de la función de seguimiento y evaluación de la ejecución de los recursos fiscales, parafiscales y demás fuentes y de las acciones y metas de financiamiento del SGSSS en los niveles nacional y territorial, entre otras, estructuró el documento “FUENTES DE FINANCIACIÓN Y USOS DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD –SGSSS-“ que se entrega a los ciudadanos y en especial a los responsables de las áreas financieras de los fondos departamentales, distritales y locales de salud, como un instrumento guía para el conocimiento, estudio, conceptualización, proyección, presupuestación, administración, registro y reporte de los recursos financieros con los cuales se financian los objetivos del sistema de salud.

El esfuerzo de la Dirección de Financiamiento Sectorial en la elaboración de este documento, consolidando las diferentes normas relacionadas con las fuentes y usos de los recursos del SGSSS, se debe reflejar en la unificación de criterios, en la optimización de la calidad de la información financiera y en el reporte oportuno por parte de todos los responsables, para beneficio del SGSSS, coadyuvando de esta forma en el respeto, protección y goce efectivo de la salud de los colombianos

INTRODUCCIÓN

El presente documento se ha elaborado con el propósito de orientar al público y a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, en relación con la estructura de financiamiento del sector y en las fuentes y usos de los recursos, de la manera más sencilla posible, dada la complejidad del tema y en consideración a la diversidad de agentes y procesos que intervienen en su gestión y asignación.

En este contexto, el documento está dividido en cinco capítulos que comprenden los componentes generales del financiamiento del Sistema, con sus respectivas variables de fuentes, usos, base de cálculo y fórmula de la asignación, así como el detalle de la metodología de los planes financieros territoriales.

El capítulo primero, está orientado al Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA-, el marco conceptual de las Subcuentas del Fondo que lo integran, así como sus fuentes y usos señaladas detalladamente dentro de su contexto legal.

El capítulo segundo, detalla las fuentes y usos de los recursos que financian el Régimen Contributivo.

El Capítulo tercer, documenta la financiación del Régimen Subsidiado con sus respectivas fuentes y usos.

El capítulo cuarto, contiene la explicación de otros recursos del sector salud como son el Fondo de Salvamento y Garantía –FONSAET- y los recursos correspondientes a los excedentes consagrados en la Ley 1608 de 2013.

El capítulo quinto, señala la metodología para la formulación de los Planes Financieros Territoriales por parte de los Departamentos y Distritos, así como las fuentes y usos de los recursos que deben incorporarse en los mismos.

Igualmente, el documento contiene un cuadro que relaciona las diferentes disposiciones legales que incluye Leyes, Decretos, Acuerdos y Resoluciones que regulan el financiamiento de Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Al final, el documento incluye un gráfico y un mapa que ilustra las Fuentes y Usos de los recursos, como una herramienta didáctica para mayor comprensión del Financiamiento.

En este orden, el Ministerio de Salud y Protección Social, espera que esta guía se convierta en un documento de consulta permanente para los usuarios y especialmente para las autoridades territoriales.

CAPITULO 1

FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA- FOSYGA

El Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA- fue creado por el artículo 218 de la Ley 100 de 1993 como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud, sin personería jurídica ni planta de personal propia, la cual tiene a cargo los recursos que financien y/o cofinancien el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, que se maneja por encargo fiduciario.

El artículo 219 de la Ley 100 de 1993 estructuró el fondo con las siguientes cuatro Subcuentas independientes:

1. Subcuenta de Compensación interna del Régimen Contributivo.
2. Subcuenta de Solidaridad del Régimen de Subsidios en Salud.
3. Subcuenta de Promoción de la Salud.
4. Subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, según el artículo 167 de esta Ley.

Posteriormente, mediante el artículo 41 del Decreto Ley 4107 de 2011, se creó la Subcuenta de Garantías para la Salud.

La destinación de los recursos que generen las Subcuentas del FOSYGA se encuentra señalada de manera expresa en la Ley y se enmarca únicamente en la prestación de servicios de salud a la población. Cada una de las Subcuentas que integran el mencionado fondo, tiene definido por ley las fuentes y usos de los recursos, así: a) Subcuenta de Compensación para el Régimen Contributivo; b) Subcuenta de Solidaridad para el Régimen Subsidiado; c) Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito –ECAT- para atención de accidentes de tránsito, eventos catastróficos, catástrofes naturales y atención en salud a la población desplazada; c) Subcuenta de Promoción para Programas de Promoción y Prevención en Salud; y d) Subcuenta de Garantías para la Salud con el objeto de procurar que las instituciones del sector salud tengan medios para otorgar la liquidez necesaria para dar continuidad a la prestación de servicios de salud.

1.1 SUBCUENTA DE COMPENSACION

La Subcuenta tiene por objeto permitir el proceso de compensación interna entre las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y demás Entidades Obligadas a Compensar –EOC-, con el fin de reconocer la Unidad de Pago por Capitación y demás recursos a que tienen derecho estas entidades para financiar la prestación de servicios de salud a todos los afiliados al Régimen Contributivo con sujeción a los contenidos del Plan Obligatorio de Salud –POS- y las prestaciones económicas a que hubiere lugar, de acuerdo con lo dispuesto en la ley y sus reglamentos.

Así mismo, se establece el mecanismo de seguimiento y control al recaudo de aportes del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el procedimiento operativo para realizar el proceso de compensación, de acuerdo con lo definido en el artículo 205 de la Ley 100 de 1993 y en las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

En este sentido, el artículo 205 de la Ley 100 de 1993 establece: “Administración del Régimen Contributivo. Las Entidades Promotoras de Salud recaudarán las cotizaciones obligatorias de los afiliados, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. De este monto descontarán el valor de las Unidades de Pago por Capitación -UPC- fijadas para el Plan de Salud Obligatorio y trasladará la diferencia al Fondo de Solidaridad y Garantía a más tardar el primer día hábil siguiente a la fecha límite establecida para el pago de las cotizaciones. En caso de ser la suma de las Unidades de Pago por Capitación mayores que los ingresos por cotización, el FOSYGA deberá cancelar la diferencia el mismo día a las Entidades Promotoras de Salud que así lo reporten.”

Las normas sobre las cuales ha operado y opera esta Subcuenta son:

Leyes	Afiliación al SGSSS	Recaudo de contribuciones	Proceso de Compensación
100 de 1993	Decreto 806 de 1998	1406, 2236 de 1999	1896 de 1994
1122 de 2007	Decreto 1406 de 1999	783 de 2000	1283 de 1996
1250 de 2008	Decreto 783 de 2000	1703 de 2002	1013 de 1998
1438, 1450 y 1468 de 2011	Decreto 2400 de 2002	510 de 2003	2280 de 2004
	Ley 789 de 2002	4295 de 2004	4023 de 2011
	Ley 828 de 2003		
	Decreto 510 de 2003		
	Decreto 933 de 2003		
	Decreto 055 de 2007		
	Decreto 2353 de 2015		

1.1.1 Fuentes de la Subcuenta de Compensación

De acuerdo con lo establecido en el artículo 3 del Decreto 4023 de 2011 (artículo 2.6.1.1.3 del Capítulo 1 del Título 1 – Parte 6 – Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud DURSS), los recursos que financian la Subcuenta de Compensación son los siguientes:

- Los recursos provenientes del recaudo de cotizaciones que se destinan a la Subcuenta de Compensación, con o sin situación de fondos.
- Las transferencias de la Subcuenta de Solidaridad del Régimen de Subsidios en Salud y los rendimientos financieros de las otras Subcuentas del FOSYGA que se destinan a financiar las UPC del régimen especial de las madres comunitarias.
- Los rendimientos financieros de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo del SGSSS.

- Los rendimientos financieros generados por las cuentas autorizadas a las EPS y EOC, para el recaudo de las cotizaciones.
- Los intereses de mora por pago de cotizaciones en forma extemporánea y sus respectivos rendimientos financieros.
- Los recursos provenientes del pago que realizan los cotizantes dependientes al SGSS en el marco de lo establecido en Decreto 2353 de 2015.
- Los recursos provenientes de los aportes de los afiliados a los regímenes de excepción de que trata el artículo 14 del Decreto 1703 de 2002 modificado por el Decreto 057 de 2015 y el artículo 82 del Decreto 2353 de 2015 (artículo 2.1.13.5. del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud).
- Los excedentes financieros de la Subcuenta de Compensación que se generen en cada vigencia.
- Los demás recursos que de acuerdo con las disposiciones vigentes correspondan al régimen contributivo.

1.1.2 Porcentaje de Cotizaciones

Con el artículo 204, la Ley 100 de 1993 estableció la obligatoriedad de aplicar, a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, una cotización del 12% del salario base de cotización, el cual no podía ser inferior al salario mínimo. No obstante, a partir del primero (1) de enero del año 2007, La Ley 1122 de 2007 incrementó este porcentaje del 12 al 12.5%.

En el caso de los dependientes, del total de la cotización, dos terceras partes eran a cargo de empleador y una tercera parte a cargo del trabajador, sin embargo al aumentar al 12.5%, al empleador le corresponde el 8.5% y el empleado el 4%.

Los cotizantes independientes son responsables del total de las contribuciones al igual que los cotizantes pensionados.

En este contexto y en desarrollo de diversas leyes, se han establecido distintos porcentajes de cotización al SGSSS por parte de algunos de los afiliados cotizantes, así:

Grupo de Cotizantes	Marco Normativo	Porcentaje de Cotización
Madres Comunitarias	Ley 509 de 1999 Ley 1023 de 2006	Definió el régimen especial de madres comunitarias prevé la cotización del 4% sobre la bonificación que les reconoce, prevista por los reglamentos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
	Ley 1607 de 2012	En el marco de la Ley 509 de 1999, la cotización restante del 8% hasta el 2010 y el 8.5% desde el 2011, se financiaban con los rendimientos producidos por el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA. Con la Ley 1607 de 2012 en su artículo 36, que estableció la formalización laboral de las Madres Comunitarias y el Decreto 289 de 2014 que reglamentó dicho proceso, La financiación de las cotizaciones que dependía de los recursos del

Grupo de Cotizantes	Marco Normativo	Porcentaje de Cotización
		FOSYGA, pasó a ser de responsabilidad del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF– como empleador.
Trabajadores Independientes con vinculación a través de contrato de prestación de servicios	Artículo 23 del Decreto 1703 de 2002	Establece que el ingreso base de cotización será el equivalente al cuarenta por ciento (40%) del valor bruto del contrato facturado mensual
	Artículo 18 de la Ley 1122 de 2007	Los independientes contratistas de prestación de servicios cotizarán al Sistema General de Seguridad Social en Salud el porcentaje obligatorio para salud sobre una base de la cotización máxima de un 40% del valor mensualizado del contrato.
Afiliados Cotizantes	Con la Ley 1122 de 2007 se modificó el inciso 1 del artículo 204 de la Ley 100 de 1993; en su artículo 10 del Capítulo II	Dicha Ley especificó el incremento del porcentaje de cotización del Régimen Contributivo, el cual pasó de 12% a 12,5% del ingreso o salario base de cotización, aclarando que el patrono asumiría el medio punto adicional, es decir, la cotización a cargo del empleador sería de 8,5% y 4% a cargo del empleado.
Pensionados	Ley 1250 de 2008	Estableció en un 12% del valor mensual de la mesada, la cotización de su responsabilidad.

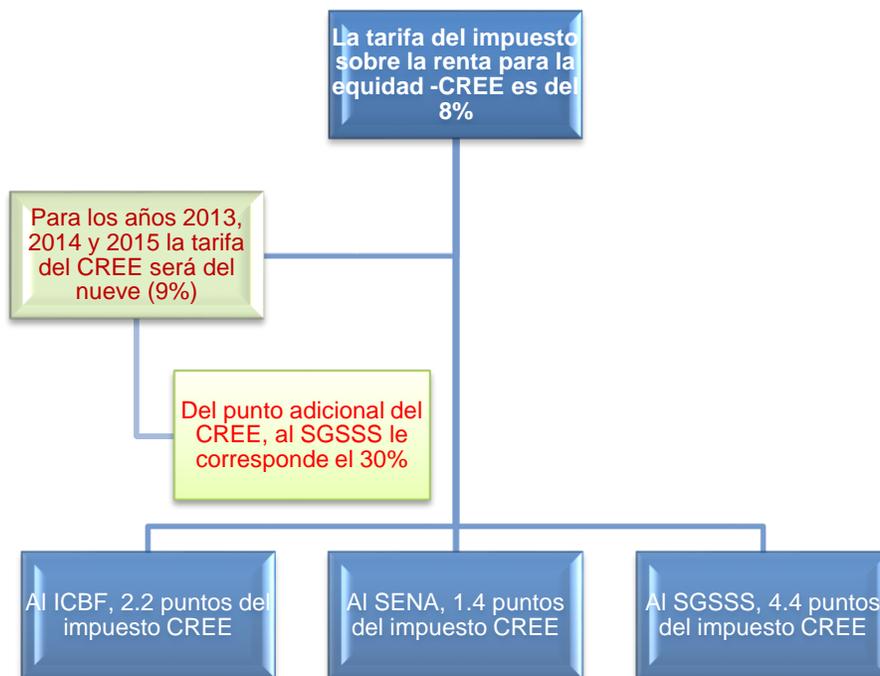
Sin embargo y en observación a las anteriores particularidades frente a la cotización al SGSSS, el cambio más sustancial se aplicó a partir del año 2014, en desarrollo de la Ley 1607 de 2012, en la que la estructura de financiamiento del SGSSS se modifica, dado que la contribución que asumía el patrono para un gran número de trabajadores dependientes se sustituye con el Impuesto sobre la renta para la Equidad, denominado CREE, además de financiar la atención de los gastos y programas a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF– y Servicio Nacional de Aprendizaje –SENA–.

De acuerdo con las reglas establecidas en la citada ley, se tiene:

- Se exoneran del pago de aportes parafiscales al SENA y al ICBF y a las contribuciones al SGSSS por trabajadores que devenguen, individualmente hasta diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes, a los empleadores sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios y personas naturales que empleen más de dos trabajadores.
- En este contexto, el proceso de implementación del impuesto CREE en el marco de la Ley 1607 de 2012 y la exoneración de aportes y contribuciones fue:



En este contexto, el impuesto CREE el cual de acuerdo con la Ley 1607 de 2012 se crea como el aporte con el que contribuyen las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, sustituye los aportes y contribuciones descritas anteriormente y los recursos que se recauden se distribuirán así:



Cita la Ley 1607 de 2012 que en todo caso, el Gobierno Nacional garantiza que la asignación de recursos en los presupuestos del SENA y el ICBF en los términos de esta ley, así como para el caso del Sistema de Seguridad Social en Salud, que anualmente la asignación de recursos a dicho sistema sea como mínimo el monto equivalente al que aportaban los empleadores a título de contribución parafiscal para los mismos fines por cada empleado.

1.1.3 Usos de los Recursos de la Subcuenta de Compensación

De acuerdo con lo establecido en el artículo 4 del Decreto 4023 de 2011 (artículo 2.6.1.1.4 del Capítulo 1 del Título I – Parte 6 – Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud), los recursos que recauda la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo, se utilizarán:

- En el pago de las Unidades de Pago por Capitación, prestaciones económicas y demás gastos autorizados por la ley.
- Hasta el cinco (5%) del superávit del proceso de giro y compensación que se genere mensualmente se destinará para la constitución de una reserva en el patrimonio de la Subcuenta para futuras contingencias relacionadas con el pago de UPC y/o licencias de maternidad y/o paternidad del Régimen Contributivo. El Ministerio de la Protección Social tiene la función de definir el porcentaje aplicable.
- Los otros conceptos de gasto de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo, tales como apoyo técnico, auditoría, remuneración fiduciaria y el pago de recobros por prestaciones no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, se podrán efectuar sin afectar esta reserva.

1.2 SUBCUENTA DE SOLIDARIDAD

De conformidad con el artículo 221 de la Ley 100 de 1993, esta Subcuenta permite cofinanciar con los entes territoriales, los subsidios a los afiliados al Régimen Subsidiado, siendo estos los colombianos más pobres y vulnerables.

1.2.1 Fuentes de la Subcuenta de Solidaridad

Los recursos que financian esta Subcuenta son los siguientes:

- Hasta el uno punto cinco de la cotización del Régimen Contributivo y de los regímenes especiales y de excepción, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1122 de 2007 y demás normas que regulan la materia, excepción hecha de los pensionados, que de conformidad con lo establecido por la Ley 1250 de 2008 deben aportar 1 punto de la cotización.
- Aportes del Presupuesto Nacional. El Gobierno Nacional aportará un monto por lo menos igual en pesos constantes de \$287 mil millones más un punto adicional a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2007. Lo anterior, de conformidad con lo establecido en el literal b) del numeral 2 del artículo 11 de la Ley 1122 de 2007.
- El monto de las Cajas de Compensación Familiar –CCF- de que trata el artículo 217 de la Ley de 1993, reglamentado por los artículos 11 y 12 del Decreto 050 de 2003 (artículos 2.3.2.1.9 y 2.3.2.1.10 del Capítulo 1 – Título II – Parte 3 – Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud), con y sin situación de fondos.
- Rendimientos financieros generados a favor de la Subcuenta de Solidaridad por las cotizaciones recaudadas por las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Obligadas a Compensar.
- Rendimientos Financieros generados por el portafolio de inversiones de la Subcuenta.
- El Impuesto Social a las Armas, de conformidad con lo establecido en el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 48 de la Ley 1438 de 2011.

1.2.2 Usos de los Recursos de la Subcuenta de Solidaridad

Los usos de los recursos que financian esta Subcuenta son los siguientes:

- Ampliación Renovación del Régimen Subsidiado Subcuenta de Solidaridad FOSYGA – Aportes del Presupuesto Nacional.
- Subsidio a la Demanda - Régimen Subsidiado - Fondos Especiales.

- Subsidio a la Demanda - Déficit Cajas de Compensación.
- Prevención y Sanción de Formas de Violencia y Discriminación contra las Mujeres.
- Apoyo Otros Eventos y Fallos de Tutela.
- Otros Eventos de Trauma Mayor por Violencia.
- Apoyo Técnico, Auditoría y Remuneración Fiduciaria.

1.2.3 Base de Cálculo

De acuerdo con la Ley 1122 de 2007, se traslada de la Subcuenta de Compensación a la de Solidaridad, hasta el uno punto cinco (1.5) de la cotización del Régimen Contributivo y de los Regímenes Especiales y de excepción, estos últimos según la regla establecida en el artículo 2.1.13.5 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud –DURSS-. En virtud de la Ley 1250 de 2008, los pensionados deben aportar un (1) punto de la cotización.

1.2.4 Metodología de la Asignación

La Ley 1438 de 2011, considerada la reforma a la salud estableció en su artículo 29, el giro directo por parte de la Nación de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS. Adicionalmente, derogó la competencia de las Entidades Territoriales de firmar contratos para la administración de recursos del Régimen Subsidiado con las EPS. Dichos contratos fueron reemplazados por el instrumento jurídico determinado por Gobierno Nacional.

En virtud de lo anterior, el Gobierno Nacional reglamentó dicho artículo mediante el Decreto 971 de 2011 (Capítulo 2 del Título II - Parte 3 – Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - DURSS), el cual definió el mecanismo jurídico que reemplaza el contrato de administración de recursos y establece un instrumento técnico para efectuar el giro directo de la Nación a las EPS e IPS de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado.

En cumplimiento del artículo 7 del mencionado Decreto (artículo 2.3.2.2.6 del Capítulo 2 - Título II - Parte 3 – Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - DURSS), el Ministerio de Salud y Protección Social generó la liquidación mensual de afiliados con fundamento en la Base de Datos Única de Afiliados –BDUA- suministrada por las EPS y validada por las Entidades Territoriales.

La Liquidación Mensual de Afiliados determina el número de afiliados por los que se liquida la Unidad de Pago por Capitación y el monto a girar a cada EPS por fuente de financiación para cada Entidad Territorial. Esta liquidación se pondrá en conocimiento de las Entidades Territoriales, a más tardar el tercer día hábil del mes en el que se efectúa el giro correspondiente para disponer de los recursos y se informará a los destinatarios del giro directo desde la Nación.

1.3 SUBCUENTA DE PROMOCIÓN

El objeto de esta Subcuenta es financiar actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención de la enfermedad.

Desde el Decreto 1283 de 1996 en su artículo 28 (artículo 2.6.1.3.4 del Capítulo 3 – Título I - Parte 6 – Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - DURSS) se estableció el valor anual per cápita para los planes de promoción y prevención, el cual será definido anualmente, valor que reconoce el FOSYGA a cada Entidad Promotora de Salud por cada uno de sus afiliados aprobados en los

procesos de compensación, según se reglamentó en el artículo 17 del Decreto 2280 de 2004 modificado por el artículo 15 del Decreto 4023 de 2011 (artículo 2.6.1.1.26 de la Sección 2 del Capítulo 1 – Título I - Parte 6 – Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - DURSS). Cuando los recursos reconocidos son inferiores al porcentaje del Ingreso Base de Cotización –IBC- definido anteriormente se denomina “superávit”, y las EPS deben girar este superávit al FOSYGA con los procesos de compensación, o en caso contrario el FOSYGA girará el déficit resultante.

Los valores per cápita definidos anualmente por el Ministerio y partir del año 2009 los criterios son incluido en los acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud –CNSSS-. La siguiente tabla muestra la serie del porcentaje del IBC declarado por los aportantes destinado como fuente de financiación a la Subcuenta y los valores per cápita de reconocimiento:

Período de vigencia	Acuerdo / Resolución	Porcentaje del IBC	Per cápita Anual de Reconocimiento
1995	11- CNSSS	0,50	5.880,00
1996	020, 024, 026 - CNSSS	0,50	5.880,00
1997	50- CNSSS	0,50	7.140,00
1998	084 - CNSSS	0,50	8.461,00
1999	119 - CNSSS	0,50	9.857,00
2000	159 - CNSSS	0,50	10.843,00
	161 - CNSSS		10.800,00
2001	186 - CNSSS	0,50	11.750,40
2002	218 - CNSSS	0,16	12.690,00
	234 - CNSSS		12.690,00
2003	241 - CNSSS	0,41	13.489,20
2004	254 - CNSSS	0,41	14.312,04
	259 - CNSSS		14.313,60
2005	282 - CNSSS	0,30	14.313,60
2006	322 - CNSSS	0,41	15.145,20
	336 - CNSSS		15.145,20
2007	351, 360 y 374 - CNSSS	0,41	15.901,20
2008	379 - CNSSS	0,41	16.934,00
2009	403 - CNSSS	0,30	18.374,00
2010	9 - CRES	0,25	19.054,80
2011	019 y 023 - CRES	0,40	19.864,80
2012	30 - CRES	0,40	20.160,00
2013	Res. 4480 Ministerio	0,30	20.944,80
2014	Res. 5522 Ministerio	0,20	21.574,80
2015	Res.5925 Ministerio	0,30	21.574,80
2016	Res. 5593 Ministerio	0,225	22.438,80

Fuente: Decretos del Gobierno Nacional, Acuerdos del CNSSS y CRES y Resoluciones MSPS

1.3.1 Fuentes de la Subcuenta de Promoción

Los recursos que financian esta Subcuenta son los siguientes:

- Un porcentaje de la cotización, definido inicialmente por el CNSSS, función asumida actualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social, que en ningún caso puede ser superior a un punto de cotización de los afiliados al Régimen Contributivo.
- Los recursos que asigne el Ministerio para las acciones de promoción y prevención de la salud.
- Rendimientos financieros del portafolio de inversiones de la Subcuenta.
- El impuesto a las municiones y explosivos establecido por el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 48 de la Ley 1438 de 2011.

1.3.2 Usos de la Subcuenta de Promoción

- Los recursos de esta Subcuenta, se destinan al pago de actividades que realizan las EPS consideradas de mayor impacto en la protección de la salud y prevención de la enfermedad.
- Los recursos de la Subcuenta de Promoción pueden destinarse al pago de las actividades que realicen las Entidades Promotoras de Salud y que el Ministerio de Salud y Protección Social considere que tienen mayor impacto en la prevención de enfermedades.
- Prevención y Promoción de la Salud - Prevención de la Violencia y Promoción de la Convivencia Pacífica: Recursos destinados a la financiación de campañas de prevención de la violencia y de promoción de la convivencia pacífica, a nivel nacional y territorial, para efectos de financiar las campañas territoriales.
- Ejecución Directa Proceso de Compensación: Apropiación directa (sin flujo de recursos) que efectúan las EPS de valores procedentes del reconocimiento de la UPC por cada uno de los afiliados para actividades de promoción y prevención, en el porcentaje definido por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre el IBC que ingresa por concepto de las cotizaciones recaudadas del proceso de giro y compensación.
- Déficit Proceso de Compensación – FOSYGA: Recursos de la UPC que se reconoce a las EPS-EOC por cada uno de los afiliados para actividades de promoción y prevención, en el porcentaje definido por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre el IBC por concepto de las cotizaciones recaudadas del proceso de giro y compensación.
- Programas Nacionales de Promoción y Prevención: Recursos destinados a desarrollar programas de promoción y prevención masivos de alto impacto en salud pública, orientados a proteger la totalidad de la población conforme a las prioridades establecidas por las autoridades competentes de salud.
- Prevención y Sanción de Formas de Violencia y Discriminación Contra las Mujeres (artículo 1 Decreto 1792 de 2012) (artículos 2.6.1.2.3, 2.6.1.3.2 y 2.6.1.3.3 del Capítulo 2 del Título 1 – Parte 6 – Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - DURSS): Financiación de o las medidas de atención de que tratan los literales a) y b) del artículo 19 de la Ley 1257 de 2008 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, de las mujeres afiliadas al Régimen Subsidiado, de acuerdo con los criterios de priorización y monto que defina el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del FOSYGA.
- Régimen Especial Madres Comunitarias y su Núcleo Familiar: Reconocimiento a las EPS -EOC de los recursos destinados a la financiación de la afiliación al Régimen Contributivo de las Madres Comunitarias y su Núcleo Familiar, según lo establecido en la Leyes 509 de 1999, 1023 de 2006 y 1187 de 2008.
- Déficit de Madres Comunitarias - Rendimientos Financieros: Monto a transferir de los rendimientos financieros de la Subcuenta de Promoción a la Subcuenta de Compensación para reconocer a las EPS-EOC, en el evento en que así se requiera, el complemento de

los valores correspondientes a las Unidades de Pago por Capitación del Régimen Contributivo, resultante de la información del Régimen Especial de Madres Comunitarias presentada por cada EPS-EOC, a partir de los registros aprobados por afiliados presentados a proceso de compensación.

- Apoyo Técnico, Auditoría y Remuneración Fiduciaria.

1.3.3 Base de Cálculo y Metodología de Asignación

De acuerdo con el artículo 15 del Decreto 4023 de 2011 (artículo 2.6.1.1.26 de la Sección 2 del Capítulo 1 – Título I - Parte 6 del Decreto 780 de 2016), el procedimiento para el reconocimiento de recursos de la Subcuenta de Promoción de la Salud, es el siguiente:

- Al valor del ingreso base de cotización correspondiente, se le aplicará el porcentaje con destino a la financiación de la Subcuenta de Promoción de la Salud.
- A dicho valor se le deducirá el valor del per cápita reconocido para las actividades de promoción y prevención.
- Los recursos se apropiaran de las cuentas de recaudo, con la autorización del FOSYGA.
- Los recursos que se determinen a favor de las EPS y las EOC serán girados por el FOSYGA, de acuerdo con los plazos para el proceso de compensación.
- Los recursos a favor del FOSYGA serán transferidos a la Subcuenta de Promoción de la Salud.

En este proceso se incluirán las personas sobre las cuales se recaudan Unidades de Pago por Capitación adicionales, quienes realizan sus aportes conforme a lo establecido en los artículos 2.1.4.5, 2.6.1.1.2.3 y 2.6.1.1.2.5 del Decreto 780 de 2016.

1.4 SUBCUENTA ECAT

1.4.1 Subcuenta ECAT: Objeto y alcances

Los Decretos 1283 de 1996 y 3990 de 2007 Decreto 056 de 2015 (artículo 2.6.1.4.1 del Capítulo 4 del Título I - Parte 6 – Libro 2 del Decreto 780 de 2016) reglamentaron la Subcuenta ECAT del FOSYGA creada mediante la Ley 100 de 1993 y los procedimientos para el cobro de la atención en salud, gastos médico y quirúrgicos, indemnización por muerte, gastos funerarios, transporte en accidentes de tránsito, eventos catastróficos naturales y terroristas.

La Ley 812 de 2003 define la que la atención en salud a la población en condición de desplazamiento forzoso sin capacidad de pago, conforme lo establece el artículo 54 de la Ley 812, el Gobierno Nacional destinará recursos de la Subcuenta ECAT para la atención en salud a la población en condición de desplazamiento forzoso sin capacidad de pago, con cofinanciación de las Entidades Territoriales condición que se mantendrá hasta que sean afiliados al régimen subsidiado.

Ley 782 de 2002 definió que la Atención en salud a las víctimas de atentados terroristas, combates, ataques a Municipios y masacres, ocasionadas en marco del conflicto armado interno, conforme lo establecen los artículos 10 y 11 de la Ley 782 de 2002 y el artículo 128 de la Ley 812 de 2003, las instituciones hospitalarias, públicas o privadas, del territorio nacional, que prestan servicios de salud, tienen la obligación de prestar atención de manera inmediata a las víctimas de atentados terroristas, combates, ataques a Municipios y masacres, ocasionadas en marco del

conflicto armado interno, y que la requieran, con independencia de la capacidad socioeconómica de los demandantes de estos servicios y sin exigir condición previa para su admisión y el reconocimiento y pago de los servicios de asistencia médica, quirúrgica están cargo a la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía.

1.4.2 Fuentes de los Recursos de la Subcuenta ECAT

Conforme lo establecido en el artículo 4 del Decreto 056 de 2015, las fuentes de financiación de la Subcuenta son las siguientes:

- Las transferencias efectuadas por las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, constituidas por la diferencia entre el 20% del valor de las primas emitidas en el bimestre inmediatamente anterior y el monto definido por el Ministerio de Salud y Protección Social para cubrir el pago de las indemnizaciones correspondientes al amparo de gastos de servicios de salud (médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, hospitalarios) y el total de costos asociados al proceso de reconocimiento.

El artículo 113 del Decreto Ley 019 de 2012, estableció que para cubrir el pago de las indemnizaciones correspondientes al amparo de gastos de servicios de salud (médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios) y el total de costos asociados al proceso de reconocimiento de las indemnizaciones cuya cuantía exceda los quinientos (500) SMLDV y hasta la cobertura que defina el Gobierno Nacional, las aseguradoras deberán destinar un porcentaje de los recursos de la prima del SOAT de que trata el numeral 1, literal a) del artículo 199 del Decreto Ley 663 de 1993 y el literal a) del artículo 223 de la Ley 100 de 1993, constituida por el 20% del valor de las primas emitidas en el bimestre inmediatamente anterior.

Con el Decreto 056 de 2015, definió la cobertura por gastos de servicios de salud (médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios) por lesiones con cargo al seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, en ochocientos (800) SMDLV

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

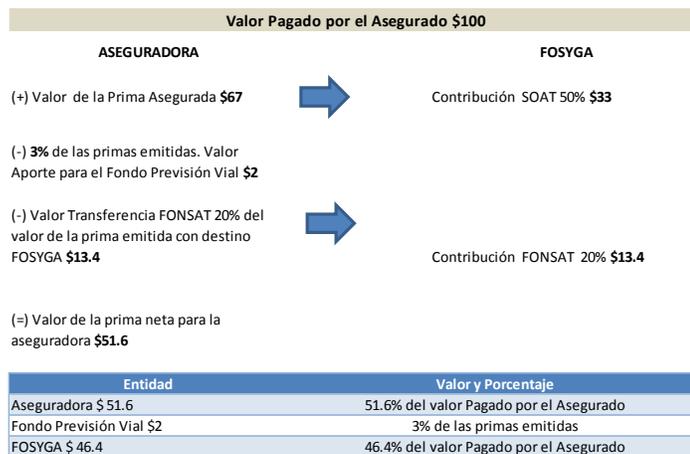
Con la Resolución 1135 de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció que el 14% de los recursos citados anteriormente para que las aseguradoras cubran la cobertura que excede los quinientos (500) SMLDV hasta ochocientos (800) SMDLV y se haría una revisión.

La transferencia a que refiere este numeral se realizará bimestralmente, dentro de los quince (15) primeros días hábiles siguientes al corte del bimestre correspondiente, de conformidad con lo establecido en los incisos 1° y 4° del numeral 2 del artículo 199 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, incisos modificados por el numeral 9 del artículo 244 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

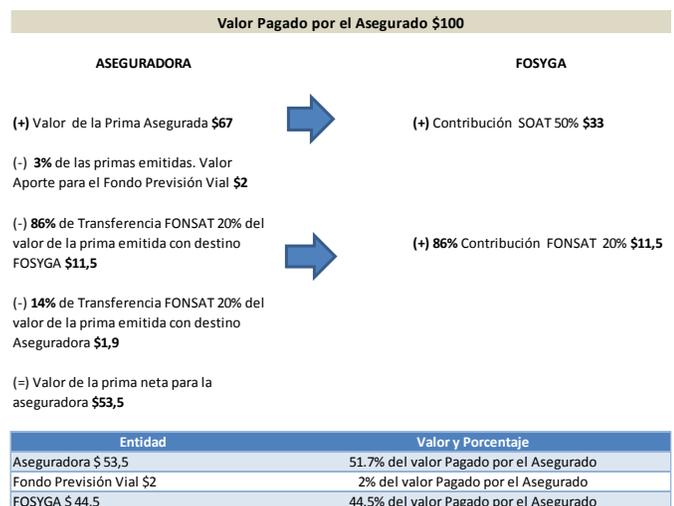
- Una contribución equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor de la prima anual establecida para el SOAT, que se cobrará en adición a ella. Las compañías aseguradoras autorizadas para su expedición, estarán obligadas a recaudar esta contribución y a transferirla en su totalidad al Fondo de Solidaridad y Garantía, dentro de los diez (10) primeros días hábiles de cada mes.
- Los recursos que por cualquier medio recupere el Fondo de Solidaridad y Garantía, que haya pagado con ocasión de la atención a personas por un accidente de tránsito, cuando exista incumplimiento del propietario del vehículo automotor de la obligación de adquirir el SOAT.
- Los rendimientos de sus inversiones.
- Los demás que determine la ley.

De acuerdo con las modificaciones del Decreto Ley 019 de y el Decreto 056 de 2015 respecto de la ampliación de las coberturas del SOAT y los recursos para financiar dicha cobertura, en resumen se ilustra los cambios en las fuentes de recursos de la Subcuenta ECAT del FOSYGA:

Esquema Anterior



Esquema Actual
Decreto Ley 019 de 2012



1.4.3 Usos de la Subcuenta ECAT

Los usos de los recursos que financian esta Subcuenta se encuentran señalados en el artículo 5 del Decreto 056 de 2015 (artículos 2.6.1.4.1.del Capítulo 4 del Título I - Parte 6 – Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - DURSS) son los siguientes:

- El pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el Decreto 056 de 2015, de las víctimas de accidentes de tránsito cuando no exista cobertura por parte del SOAT, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y de los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del FOSYGA, de acuerdo con lo establecido en el Decreto-Ley 019 de 2012, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.
- Los gastos derivados de la atención brindada por el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas de que trata el parágrafo del artículo 137 de la Ley 1448 de 2011 y los servicios de asistencia en salud a que refiere el artículo 54 de la misma ley, no incluidos en el Plan de Beneficios de la víctima, de acuerdo a lo establecido en el artículo 89 del Decreto 4800 de 2011 (artículo 2.2.6.1.3 del Capítulo I del Título 6 – Parte 2 – Libro 2 del Decreto 1084 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector de Inclusión Social y Reconciliación) y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.
- Gastos para la administración de los recursos del Fosyga.
- Las demás que determine la ley.

El Ministerio de Salud y Protección Social, previo estudio técnico de los riesgos que asume la Subcuenta ECAT, establecerá una provisión, que deberá mantenerse anualmente, para atender los mayores gastos que puedan generarse por las coberturas a cargo de la Subcuenta ECAT. El saldo restante después de asignar los recursos para los gastos del presente artículo, incluida la provisión, podrá destinarse a la financiación de programas institucionales de prevención, accesibilidad y atención de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos y terroristas y de aquellos destinados al tratamiento y rehabilitación de sus víctimas.

1.4.4 Base de Cálculo

De conformidad con el artículo 8, 9,14, 19 y 25 del Decreto 056 de 2015 (artículos 2.6.1.4.2.2, 2.6.1.2.3, 2.6.1.2.8, 2.6.1.2.13 y 2.6.1.2.19 del Capítulo 4 del Título I - Parte 6 – Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - DURSS), los beneficios e indemnizaciones cubiertas por la Subcuenta ECAT están enmarcados en los siguientes aspectos.

PAGO DE SERVICIOS DE SALUD	INDEMINIZACION POR INCAPACIDAD PERMANENTE	INDEMNIZACION POR MUERTE DE LA VICTIMA E INDEMNIZACION POR GASTOS FUNERARIOS	INDEMNIZACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS AL CENTRO ASISTENCIAL
800 SMDLV	180 SMLDV	750 SMLDV	10 SMLDV

PAGO DE SERVICIOS DE SALUD	INDEMNIZACION POR INCAPACIDAD PERMANENTE	INDEMNIZACION POR MUERTE DE LA VICTIMA E INDEMNIZACION POR GASTOS FUNERARIOS	INDEMNIZACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS AL CENTRO ASISTENCIAL
Anterior a la aplicación del Decreto Ley 019 y su reglamentario la cobertura era 500 SMLDV (Si existe SOAT) 300 SMLDV (Adicional a los primeros 500) pagados por el Fosyga 800 SMDLV (Financiados por el FOSYGA en caso de no existir SOAT)			

Con el Decreto Ley 019 de 2012, se unificó la cobertura adicional que hoy en día está a cargo del FOSYGA y la cobertura de la póliza de seguros, señalando que la cobertura será definida por el Gobierno Nacional quien deberá tener en cuenta el monto de los recursos disponibles.

Respecto de los recursos señala el Decreto Ley 019 de 2012, que para cubrir el pago de las indemnizaciones correspondientes al amparo de gastos de servicios de salud (médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios) y el total de costos asociados al proceso de reconocimiento de las indemnizaciones cuya cuantía exceda los quinientos (500) SMLDV y hasta la cobertura que defina el Gobierno Nacional, las aseguradoras deberán destinar un porcentaje de los recursos de la prima del SOAT de que trata el numeral 1, literal a) del artículo 199 del Decreto Ley 663 de 1993 y el literal a) del artículo 223 de la Ley 100 de 1993, constituida por el 20% del valor de las primas emitidas en el bimestre inmediatamente anterior.

Con el Decreto 056 de 2015 (artículo 2.6.1.4.2.3 del Capítulo 4 del Título I - Parte 6 – Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - DURSS) se definió la cobertura por gastos de servicios de salud (médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios) por lesiones con cargo al SOAT, en 800 SMDLV.

1.4.5 Metodología de Asignación

Las personas naturales o jurídicas que consideren tener derecho a las prestaciones amparadas, deberán acreditar la ocurrencia del suceso y su cuantía, para lo cual podrán utilizar cualquiera de los medios probatorios señalados en la ley, siempre que sean conducentes, pertinentes e idóneos para demostrar efectivamente los hechos a los que se refiere dicha reclamación estará conformada por los formularios adoptados por el Ministerio de la Protección Social, acompañados de los documentos correspondientes a cada cobertura, establecidos en los artículos 26 al 29 del Decreto 056 de 2015 entre los que están:

- I. Pago de servicios de salud

- a. Accidentes de tránsito: Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención
 - b. Eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención, certificado emitido por el consejo municipal de gestión del riesgo, en el que conste que la persona es o fue víctima de uno de los eventos mencionados
- II. Indemnización por incapacidad permanente: Dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral en firme emanado de la autoridad competente de acuerdo a lo establecido en el artículo 142 del Decreto-ley 019 de 2012, en el que se especifique el porcentaje de pérdida de capacidad laboral.
- III. Indemnización por muerte de la víctima e indemnización por gastos funerarios e indemnización por gastos de transporte. Certificado emitido por el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres, en el que conste que la persona atendida fue víctima de un evento catastrófico de origen natural o de un evento terrorista, Registro Civil de Defunción de la víctima, Certificado de inspección técnica del cadáver o certificado emanado de la Fiscalía General de la Nación.
- IV. Movilización de víctimas al centro asistencial. Copia de la factura, cuando el transporte haya sido prestado por una ambulancia, formulario que para el efecto adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social debidamente diligenciado, suscrito por la persona designada por la institución prestadora de servicios de salud, para el trámite de admisiones

1.5 SUBCUENTA GARANTÍAS DE LA SALUD

Esta Subcuenta fue creada por el artículo 41 del Decreto Ley 4107 de 2011 con el objeto de procurar que las instituciones del sector salud tengan medios para otorgar la liquidez necesaria para dar continuidad a la prestación de servicios de salud; servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial de aseguradores y prestadores de servicios de salud y de garantía para el acceso a crédito y otras formas de financiamiento; participar transitoriamente en el capital de los aseguradores y prestadores de servicios de salud y apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de aseguradores y prestadores de servicios de salud. Así mismo, a través del Decreto 1681 de 2015 (artículo 2.5.2.2.1 de la Sección 2 del Capítulo 2 – Sección 1- Título 2 – Parte 5 – Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – DURSS) se reglamenta la Subcuenta de Garantías, con el objeto establecer las condiciones y operaciones destinadas a dar cumplimiento a los objetivos de la Subcuenta definidos en el artículo 41 del Decreto Ley 4107 de 2011, en armonía con lo previsto en el inciso tercero del artículo 68 de la Ley 1753 de 2015 cuando ello se requiera.

1.5.1 Fuentes de la Subcuenta de Garantías para la Salud

El artículo 41 del Decreto Ley 4107 de 2011, dispuso que los recursos de la Subcuenta podrán ser:

- Recursos del Presupuesto General de la Nación como aporte inicial.
- Aportes de los aseguradores con cargo al porcentaje de administración y los prestadores con cargo a sus ingresos o excedentes.
- Recursos de la cotización del Régimen Contributivo de Salud no compensados por los aseguradores en salud dentro del año siguiente al recaudo.
- Los rendimientos financieros de sus inversiones.

Los recursos que se recauden en cada vigencia, los intereses y rendimientos financieros que se produzcan se incorporarán al portafolio del FOSYGA, no harán parte del Presupuesto General de la Nación y se entenderán ejecutados con la transferencia presupuestal a la respectiva Subcuenta.

1.5.2 Usos de los Recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud

En concordancia con lo establecido en el artículo 41 del Decreto Ley 4107 de 2011, los recursos que ingresen a la Subcuenta de Garantías para la Salud tendrán los siguientes usos:

- Procurar que las instituciones del sector salud tengan medios para otorgar la liquidez necesaria para dar continuidad a la prestación de servicios de salud.
- Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial de aseguradores y prestadores de servicios de salud y de garantía para el acceso a crédito y otras formas de financiamiento.
- Participar transitoriamente en el capital de los aseguradores y prestadores de servicios de salud.
- Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y reorganización de aseguradores y prestadores de servicios de salud.
- Adicionalmente, el artículo 9 de la Ley 1608 de 2013, señala que los recursos podrán destinarse de forma directa para compra de cartera reconocida de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Empresas Promotoras de Salud, y la recuperación de la misma podrá darse a través de descuentos de recursos que a cualquier título, el FOSYGA y el Mecanismo Único de Recaudo y Giro creado en virtud del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011, efectúen a las EPS.

1.5.3 Compra Directa de Cartera

Es el mecanismo diseñado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del artículo 9 de la Ley 1608 de 2013, para que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud puedan mejorar su situación financiera relacionada con la deuda de las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado o las Cajas de Compensación Familiar que administren este último régimen.

La operación de la compra de cartera se financia con recursos de la Subcuenta de Garantías del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA y el pago de la operación es realizado por las EPS y/o CCF que adeudan los recursos a las IPS.

En este contexto, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución expidió la Resolución 3239 de 2013 modificada por la Resolución 0889 de 2014, Resolución 3029 de 2014, la Resolución 5376 de 2014 y la Resolución 805 de 2016, mediante la cual se reglamentó el

procedimiento, los criterios, las condiciones y los plazos para la compra directa de cartera a las IPS.

1.5.3.1 Base de Cálculo Compra de Cartera

El artículo 2 de la Resolución 3239 de 2013 establece como ámbito de aplicación para la utilización de los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios - IPS, de naturaleza pública, privada o mixta, debidamente habilitadas y que tengan inscritas más de cincuenta (50) camas en el registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, a las Entidades Promotoras de Salud de los de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, así como a las Cajas de Compensación Familiar que administren el Régimen Subsidiado.

Lo anteriormente establecido, no aplica para las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, así como a las Cajas de Compensación Familiar que administren el Régimen Subsidiado, que al momento de presentación de la solicitud de compra de cartera se encuentren incurso en una medida administrativa de intervención forzosa para liquidar o que hayan solicitado su retiro voluntario de la operación del aseguramiento.

1.5.3.2 Metodología de Asignación

Mediante Resolución 3239 de 2013 y sus modificatorias 0889, 3029, 5376 y 805 de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentó el procedimiento, los criterios, condiciones y plazos para la compra directa de cartera a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA- y su posterior pago por parte de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y las Cajas de Compensación Familiar que administren el Régimen Subsidiado.

1.5.4 Créditos de Tasa Compensada

El Plan Nacional de Desarrollo 2014 - 2018 establece como objetivo "Mejoras las condiciones de salud de la población colombiana y propiciar el goce efectivo del derecho a la salud, en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad", para lo cual se debe desarrollar, entre otros, el objetivo de "asegurar la sostenibilidad financiera del sistema de salud en condiciones de eficiencia", mediante diferentes acciones, entre las que se encuentra la creación de líneas de crédito blandas con tasa compensada para los prestadores de servicios de salud o las EPS.

En este contexto, se expidió el Decreto 1681 de 2015 (artículo 2.5.2.2.1 de la Sección 2 del Capital 2 - Título 2 – Parte 5 – Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – DURSS), el cual tiene por objeto establecer las condiciones y operaciones destinadas a dar cumplimiento a los objetivos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del FOSYGA o quien haga sus veces y la Resolución 3460 de 2015 modificada por la Resolución 3571 de 2015 mediante la cual se establece el procedimiento, las condiciones, los requisitos que deben cumplir los beneficiarios, los criterios de viabilidad y el seguimiento a la línea de redescuento con tasa compensada de la Financiera de Desarrollo Territorial S.A. –FINDETER- destinada a otorgar liquidez y al saneamiento de pasivos del sector salud.

CAPITULO 2 REGIMEN CONTRIBUTIVO

2.1 DEFINICIÓN

De conformidad con el artículo 202 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 30 de la Ley 1607 de 2012, el Régimen Contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre este y el empleador o la Nación, según el caso.

2.2 MONTO Y DISTRIBUCIÓN DE LAS CONTRIBUCIONES AL SGSSS

Los montos y distribuciones de las contribuciones al SGSSS de parte de los afiliados cotizantes, se han enmarcado en las Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007 y en las determinaciones que ha establecido por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la Comisión de Regulación en Salud –CRES- y el Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con sus competencias y periodo.

De acuerdo con lo anterior y desde la implementación de la Ley 100 de 1993, las contribuciones por cotización han tenido el siguiente comportamiento:

Acuerdo o Resolución	Entidad	Período de Vigencia	Porcentaje Total de Cotización respecto del IBC	Porcentaje de la Cotización respecto del IBC destinado a:				
				Subcuenta de Solidaridad	Subcuenta de Promoción y Prevención	Reconocimiento y pago de incapacidades por enfermedad general	Subcuenta de Compensación	
9	CNSSS	1994	12	1				
11		1995	12	1	0,50	0,30	10.2	
020, 024, 026		1996	12	1	0,50	0,30	10.2	
50		1997	12	1	0,50	0,30	10.2	
084		1998	12	1	0,50	0,20	10.3	
119		1999	12	1	0,50	0,25	10.25	
159		2000	12	1	0,50	0,27	10.23	
186		2001	12	1	0,50	0,25	10.25	
218		2002	12	1	0,16	0,25	10.59	
241		2003	12	1	0,41	0,25	10.34	
254		2004	12	1	0,41	0,25	10.34	
282		2005	12	1	0,30	0,25	10.45	
322		2006	12	1	0,41	0,25	10.34	
351, 360 y 374		2007	12	1	0,41	0,25	10.34	
379		2008	12	1	0,41	0,25	10.34	
403		2009	12	1	0,30	0,25	10.45	
9		CRES	2010	12	1	0,25	0,25	10.5
019 y 023			2011	12,5	1,5* y 0,17**	0,40	0,25	10.35 y 11.68
30			2012	12,5	0,17	0,40	0,25	11.68
Resolución 4480	Min. Salud y	2013	12,5	1,5	0,30	0,27	10.43	

Acuerdo o Resolución	Entidad	Período de Vigencia	Porcentaje Total de Cotización respecto del IBC	Porcentaje de la Cotización respecto del IBC destinado a:			
				Subcuenta de Solidaridad	Subcuenta de Promoción y Prevención	Reconocimiento y pago de incapacidades por enfermedad general	Subcuenta de Compensación
Resolución 5522	Protección Social	2014	12,5	1,5	0,20	0,29	10.51
Resolución 5925		2015	12,5	1,5	0,30	0,30	10.40
Resolución 5593		2016	12,5	1,5	0,225	0,34	10.44

*Con la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de la Protección Social tiene la competencia de definir hasta el uno punto cinco (1.5) de la cotización que se destinarán a la financiación de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA, por lo que durante los años 2011 y 2012, el porcentaje de la cotización que se destinó a financiar la Subcuenta correspondió al 0.17% del IBC y a partir del 2013 se incrementó al 1.5% del IBC.

**El porcentaje de 1.5% se aplicó para enero y febrero, a partir de marzo el porcentaje del IBC fue de 0,17% - Resolución 477 de 2011.

2.3 UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN- UPC

La Unidad de Pago por Capitalización es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud en los Regímenes Contributivo. Las normas que regularon el proceso de compensación han estado enmarcadas en los Decretos 1896 de 1994 derogado por el Decreto 1283 de 1996 (Capítulo 1 del Título I - Parte 6 – Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - DURSS) y 1013 de 1998; estas normas definieron los procedimientos operativos para la compensación según el artículo 204 de la Ley 100 de 1993 y aplicaron de forma sistemática el desarrollo estructural de la Subcuenta de Compensación en términos de control, validación, calidad de información y oportunidad en el reconocimiento y giros de los recursos.

A partir de octubre de 2013, el Proceso de Giro y Compensación y de Promoción y Prevención se realiza conforme al Decreto 4023 de 2011¹ (Capítulo 1 del Título I - Parte 6 – Libro 2 del Decreto 780 de 2016 DURS), mediante el cual se reconocen y giran los recursos de la UPC del contributivo, incapacidades por enfermedad general, UPC para programas de promoción y prevención para financiar la prestación de servicios de salud a los afiliados al régimen contributivo, así como se reconoce los valores pagados por la EPS a los cotizantes, correspondiente a las licencias de maternidad y paternidad,.

El nuevo proceso de compensación es un avance importante para el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, en donde²:

¹ Por el cual se reglamenta el proceso de compensación y el funcionamiento de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo del Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga, se fijan reglas para el control del recaudo de cotizaciones al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

² Tomado del Informe: SEGUIMIENTO SENTENCIA T – 760 DE 2008 - ORDINAL CUARTO (ORDEN 24) elaborado por la Dirección de Administración de Fondos del Ministerio de salud y Protección Social.

- Las primeras liquidaciones (Decreto 1013 de 1998³) se efectuaron con información suministrada en formularios por las EPS sin detalle de sus afiliados y adiciona la declaración complementaria, la cual tenía por objeto permitir la compensación en que las EPS y EOC hubieran accedido en forma preliminar a una parte de los recursos correspondientes a las UPC. Además, las EPS y EOC, podían disponer de una parte de los recursos correspondientes a las unidades de pago por capitación de aquellos afiliados que no fueron incluidos en la declaración inicial
- Luego, hacia finales del año 2000 (Resolución 2309 de 2000⁴) se inicia la implementación de mecanismos de validación de los datos reportados entre EPS (multiafilados), en consecuencia el medio magnético empezó a ser parte fundamental del proceso de giro y compensación.
- Posteriormente (Decreto 2280 de 2004⁵), la liquidación se realizó con base en la información que presentan las EPS al FOSYGA, validándose con lo registrado en la BDUA.
- A partir de octubre de 2013 entró en vigencia el Decreto 4023 de 2011(Capítulo 1 del Título I - Parte 6 – Libro 2 del Decreto 780 de 2016 DURSS), en ese contexto, la liquidación la realiza el FOSYGA, con base en la información remitida de manera segura a través de canales de información por: i) los Operadores de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA, ii) las entidades financieras y, iii) la información contenida en la BDUA cuya responsabilidad de la calidad y oportunidad de la información sigue siendo de la EPS.
- Este último proceso permite que el reconocimiento y giro de recursos en el régimen contributivo se realice bajo condiciones de oportunidad y mayor transparencia en el manejo de los mismos, al reducir el número de cuentas de recaudo de cotizaciones, pasando de 134 a 41. Estas últimas bajo la característica de ser cuentas maestras, sobre las cuales es el FOSYGA la única instancia que autoriza directamente el giro de recursos a favor de las EPS y del FOSYGA.

Los recursos son girados por el FOSYGA a cada EPS a una cuenta maestra de pagos, donde la EPS efectúa los pagos a sus acreedores según los conceptos que definió el Ministerio.

2.3.1 Proceso de Compensación

- Proceso Compensación Apropiación Directa: Apropiación directa (sin flujo de recursos) por parte de las EPS-EOC que debe ser registrada por el FOSYGA con base en el resultado deficitario del proceso de giro y compensación, a partir de los registros aprobados por los afiliados presentados a proceso de compensación.
- Déficit Proceso Compensación – FOSYGA: Giro o traslado de recursos por parte de la Subcuenta de Compensación a las cuentas de las EPS-EOC con base en el resultado

³ Por el cual se reglamenta el funcionamiento de la Subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, y se deroga parcialmente el Decreto 1283 de 1996.

⁴ Por la cual se establece un mecanismo para facilitar el control en la fuente del Proceso de Compensación.

⁵ Por el cual se reglamenta el proceso de compensación y el funcionamiento de la Subcuenta de compensación interna del régimen contributivo del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA.

deficitario del proceso de giro y compensación, a partir de los registros aprobados por los afiliados presentados a proceso de compensación.

La asignación de los recursos de la Subcuenta de compensación, está determinada por la operación que genera el proceso de giro y compensación.

El artículo 11 del Decreto 4023 de 2011 (artículo 2.6.1.1.2.1 de la Sección 2 - Capítulo 1 - Título I - Parte 6 – Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - DURSS), define el proceso de Compensación, como: “El proceso mediante el cual se descuentan de las cotizaciones recaudadas íntegramente e identificadas de manera plena por las Entidades Promotoras de Salud, y demás Entidades Obligadas a Compensar, para cada período al que pertenece el pago de la cotización; los recursos destinados a financiar la Subcuenta de Promoción de la Salud del FOSYGA, los de solidaridad del Régimen de Subsidios en Salud que financian la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA y los recursos que el Sistema reconoce a las EPS-EOC por concepto de Unidades de Pago por Capitación.

Como resultado de lo anterior, los recursos provenientes del superávit de las cotizaciones recaudadas, se trasladarán a las respectivas Subcuentas del FOSYGA y éste, a su vez, girará o trasladará a las cuentas de las EPS y EOC las sumas que resulten a su favor.

En el proceso de compensación, se reconocerán a las EPS y EOC los recursos para financiar las actividades de promoción y prevención. De igual forma se reconocerán los recursos de la cotización a las EPS-EOC para que estas entidades paguen las incapacidades por enfermedad general a los afiliados cotizantes.”

2.3.2 Prestaciones Económicas

El literal a) del artículo 157, en concordancia con los artículos 206 y 207 de la Ley 100 de 1993, reconoce a los afiliados cotizantes del Régimen Contributivo, las siguientes prestaciones económicas, y las instrucciones para su reconocimiento y pago, de acuerdo a lo previsto en la Ley 1468 de 2011 se encuentran señaladas en la Circular Conjunta del Ministerio de Salud y Protección Social y del Ministerio de Trabajo No 00013 del 28 de marzo de 2012.

- Licencias de maternidad, paternidad e Incapacidades por Enfermedad General – De acuerdo con lo establecido en el artículo 24 del Decreto 4023 de 2011 (artículo 2.3.3.1 del Título 3 - Capítulo 2 - Parte 2 del Decreto 780 de 2016 – DURSS), el pago de estas prestaciones económicas al aportante, será realizado directamente por la EPS y EOC, a través de reconocimiento directo o transferencia electrónica en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contados a partir de la autorización de la prestación económica por parte de la EPS o EOC. La revisión y liquidación de las solicitudes de reconocimiento de prestaciones económicas se efectuara dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la solicitud del aportante. En todo caso, para la autorización y pago de las prestaciones económicas, las EPS y EOC deberán verificar la cotización al Régimen Contributivo del SGSSS, efectuada por el aportante beneficiario de las mismas.

De acuerdo a lo estipulado en el artículos 78 y 79 del Decreto 2353 de 2015 (artículos 2.1.13.1 y 2.1.13.2 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - DURSS), el reconocimiento y pago de licencias de maternidad para el caso de trabajadoras dependientes e independientes, se podrá hacer de forma proporcional, de acuerdo al

monto equivalente al número de días cotizados frente al periodo real de gestación. Lo anterior se adiciona a lo estipulado en el artículo 4 del Acuerdo 414 de 2009 en lo referente a la liquidación de la licencia de maternidad para la mujer cotizante con ingreso igual o inferior a un salario mínimo legal mensual vigente.

En el caso de las licencias de paternidad, según lo establecido en el artículo 80 de la precitada ley, no habrá lugar al reconocimiento proporcional por cotizaciones cuando hubiere cotizado por un período inferior al de gestación.

- Régimen Especial Madres Comunitarias Incluido el Núcleo Familiar: Reconocimiento a las EPS-EOC de los recursos destinados a la financiación de la afiliación al Régimen Contributivo de las Madres Comunitarias y su Núcleo Familiar, según lo establecido en la Leyes 509 de 1999, 1023 de 2006 y 1187 de 2008.

A partir de 2013 conforme a lo establecido en el artículo 36 de la Ley 1607 de 2012, y reglamentado parcialmente mediante el Decreto 289 de 2014, las madres comunitarias debían ser formalizadas laboralmente y devengarían un salario mínimo mensual legal vigente o su equivalente, de acuerdo con el tiempo de dedicación al programa. Adicionalmente, las entidades administradoras del Programa de Hogares Comunitarios de Bienestar, al celebrar los contratos de trabajo con las madres Comunitarias, asumen las obligaciones de ley en materia de afiliación y pago de aportes al Sistema de Seguridad Social.

Así mismo, el artículo 110 de la Ley 1769 de 2015 establece que las madres sustitutas que forman parte de la Modalidad Hogares Sustitutos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se afiliarán, con su grupo familiar, al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se harán acreedoras de todas las prestaciones asistenciales y económicas derivadas del sistema de salud.

Las Madres sustitutas cotizarán mensualmente como aporte al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en calidad de trabajadores independientes, un valor equivalente al cuatro por ciento (4%) de la suma que reciben mensualmente por concepto de beca del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

CAPITULO 3 REGIMEN SUBSIDIADO

3.1 DEFINICIÓN

El artículo 211 de la Ley 100 de 1993, definió el Régimen Subsidiado, como un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la citada Ley.

Las fuentes y usos de los recursos de este régimen, se encuentran en los diferentes componentes que se explican a continuación:

3.2 SUBCUENTA DE SOLIDARIDAD FOSYGA

De conformidad con el artículo 221 de la Ley 100 de 1993, esta Subcuenta permite cofinanciar con los entes territoriales, los subsidios a los afiliados al Régimen Subsidiado, siendo estos los colombianos más pobres y vulnerables.

3.2.1 Fuentes de Financiación de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA

Los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA que cofinancian el Régimen Subsidiado, son las siguientes:

- Hasta el uno punto cinco de la cotización del régimen contributivo y de los regímenes especiales y de excepción, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1122 de 2007 y demás normas que regulan la materia, excepción hecha de los pensionados, que de conformidad con lo establecido por la Ley 1250 de 2008 deben aportar 1 punto de la cotización.
- Aportes del Presupuesto Nacional. El Gobierno Nacional aportará un monto por lo menos igual en pesos constantes de \$287 mil millones más un punto adicional a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2007. Lo anterior, de conformidad con lo establecido en el literal b) del numeral 2 del artículo 11 de la Ley 1122 de 2007.
- El monto de las Cajas de Compensación familiar de que trata el artículo 217 de la Ley de 1993, reglamentado por los artículos 11 y 12 del Decreto 050 de 2003 (artículos 2.3.2.1.9 y 2.3.2.1.10 del Capítulo 1 del Título II de la Parte 3 – Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - DURSS), con y sin situación de fondos.

3.2.2 Usos de los Recursos para el Régimen Subsidiado FOSYGA

Los usos de los recursos que cofinancian el régimen subsidiado, de la Subcuenta de solidaridad, son los siguientes:

- Financiación de la Unidad de Pago por Captación del Régimen Subsidiado. Estos recursos se giran a nombre de las Entidades Territoriales a EPS y/o IPS para pagar prestación de servicios de salud a la población pobre y vulnerable del País.

Para hacer efectivo este proceso y en desarrollo de los artículos 13 de la Ley 1122 de 2007, 29, 31 y 119 de la Ley 1438 de 2011, se profirió el Decreto 971 de 2011 (Capítulo 2 del Título 2 de la Parte 3 – Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – DURSS), que definió como el instrumento a técnico la Liquidación Mensual de Afiliados a través del cual el Ministerio de Salud y Protección Social determina los recursos a girar del Régimen Subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud, y estableció las medidas para agilizar el flujo de recursos entre EPS e IPS.

- Subsidio a la Demanda - Déficit Cajas de Compensación: Reconocimiento a las Cajas de Compensación Familiar autorizadas para administrar directamente los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, del resultado deficitario producto del mayor valor de ejecución de los contratos del Régimen Subsidiado frente al monto recaudado de cada vigencia. Este valor se gira una vez las Cajas de Compensación Familiar y las Entidades Territoriales, con las que éstas contrataron, hayan acreditado los requisitos e información requerida en la normatividad vigente y se hayan surtido los trámites presupuestales correspondientes

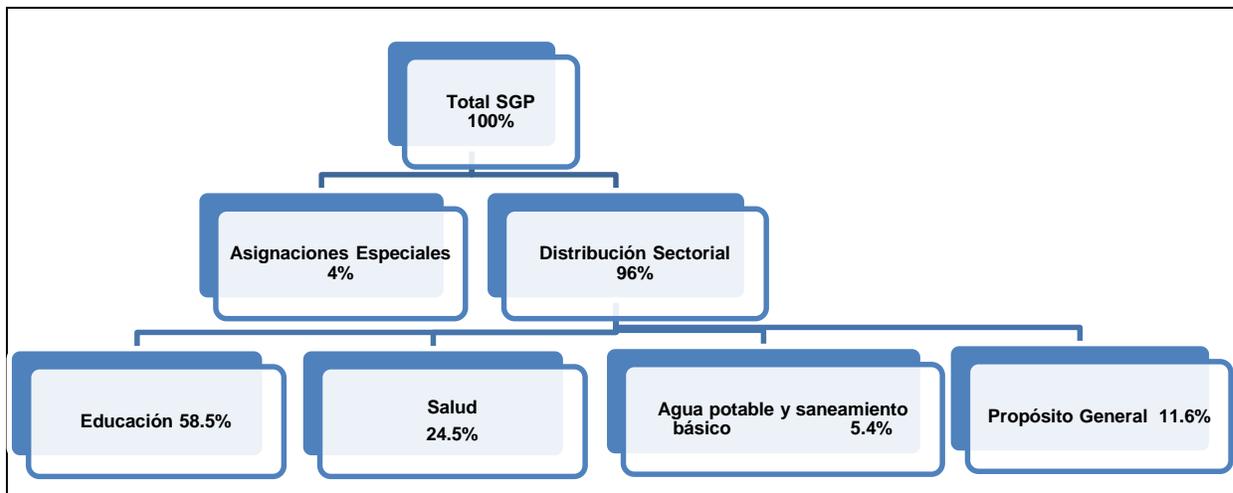
3.3 SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES

3.3.1 Fuentes

El Sistema General de Participaciones -SGP- está constituido por los recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política a las Entidades Territoriales, para la financiación de los servicios destinarán a la financiación de los servicios a su cargo, dándoles prioridad al servicio de salud, los servicios de educación, preescolar, primaria, secundaria y media, y servicios públicos domiciliarios de agua potable y saneamiento básico, garantizando la prestación y la ampliación de coberturas con énfasis en la población pobre.

De conformidad con el artículo 356 de la Constitución Política y el párrafo 2 de la Ley 715 de 2001, del total de recursos del SGP se deduce un 4% para asignaciones especiales para los resguardos indígenas, Municipios ribereños del Río Grande de la Magdalena, para programas de alimentación escolar y el Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales –FONPET-. En este contexto, efectuados los descuentos especiales y tomando como base el 96% restante de los descuentos especiales corresponde al 100% del monto a distribuir, la Ley 715 de 2001 modificada por la Ley 1176 de 2007, prevé la siguiente distribución entre las cuatro asignaciones medulares de los recursos denominadas participaciones específicas para educación, para salud, para agua potable y saneamiento básico y de propósito general. En el siguiente gráfico se muestran los porcentajes de distribución de los recursos.

3.3.2 Distribución del Sistema General de Participaciones



Fuente: DNP - 2009

De conformidad con el artículo 4 del Acto Legislativo 04 de 2007, el monto del Sistema General de Participaciones, de los Departamentos, Distritos y Municipios se incrementará tomando como base el monto liquidado en la vigencia anterior. Entre el año 2011 y el año 2016 el incremento será igual a la tasa de inflación causada, más una tasa de crecimiento real de 3%.

De conformidad con lo establecido en el artículo 48 de la Ley 715 de 2001, los recursos del SGP en salud se destinarán a financiar los gastos de salud, en los siguientes componentes:

- Financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda.
- Prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
- Acciones de salud pública.

La distribución de los recursos entre los 3 componentes será la siguiente: como mínimo se destinará a la financiación del Régimen Subsidiado un 65% de acuerdo con el plan de transformación concertado entre el Gobierno Nacional y las Entidades Territoriales hasta llegar al ochenta por ciento (80%) a más tardar en el año 2015.

Un 10% para el componente de salud pública y el porcentaje restante se destinará a financiar prioritariamente la prestación de servicios en aquellos lugares donde solo el Estado está en capacidad de prestar el servicio de salud en condiciones de eficiencia.

Los recursos son girados en los diez (10) primeros días del mes siguiente al que corresponde la transferencia, a las cuentas maestras de los Fondos Territoriales de Salud de acuerdo con cada uno de los componentes o a las EPS e IPS, en nombre de la EPS en virtud de los artículo 29 y 31 de la Ley 1438 de 2011.

La distribución de los recursos del SGP para Salud, se realiza de conformidad con los criterios y las fórmulas establecidas en los artículos 48 y 52 de la Ley 715 de 2001, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011 y los Decretos: 159 de 2002, 2878 de 2007, 313 y 317 de 2008, 360 de 2011 y 196 de 2013 y aquellas que modifique o sustituya; tomando como base las certificaciones de información realizadas para cada vigencia al DNP por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y demás entidades competentes.

3.3.3 Usos de los Recursos del Sistema General de Participaciones

3.3.3.1 Subsidios a la Demanda

El artículo 48 de la Ley 715 de 2001 estableció que con cargo a los recursos del SGP, se financiara la población pobre mediante subsidios a la demanda, los cuales serán asignados con ese propósito en la vigencia inmediatamente anterior, incrementado la inflación causada y en el crecimiento real de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud.

Los recursos provenientes del SGP se dividirán por el total de la población pobre atendida en el país mediante subsidios a la demanda, en la vigencia anterior. El valor per cápita resultante se multiplicará por la población pobre atendida mediante subsidios a la demanda en la vigencia anterior, en cada ente territorial. La población atendida para los efectos del presente cálculo, será la del año anterior a aquel para el cual se realiza la distribución.

El resultado de dicha operación será la cuantía que corresponderá a cada distrito, municipio o corregimiento departamental.

3.3.3.2 Prestación del Servicio de Salud a la Población Pobre en lo No Cubierto con Subsidios a la Demanda

Para el cálculo de los recursos del componente destinado a la prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, se tomará el total de los recursos del Sistema General de Participaciones para salud en la respectiva vigencia y se restarán los recursos liquidados para garantizar la financiación a la población pobre mediante subsidios a la demanda y los recursos destinados a financiar acciones de salud pública definidas como prioritarias por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para la distribución entre las Entidades Territoriales, se tomará el monto total de los recursos para este componente, se dividirá por la población pobre por atender nacional ajustada por dispersión poblacional y por un factor de ajuste que pondere los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. El valor per cápita así resultante, se multiplicará por la población pobre por atender de cada municipio, corregimiento departamental o distrito ajustada por dispersión poblacional y por un factor de ajuste que pondere los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.

A cada Departamento le corresponderá el 59% de los montos resultantes de efectuar los cálculos anteriormente descritos de los Municipios y corregimientos departamentales de su jurisdicción, los cuales deberán destinarse para garantizar la atención en salud de los servicios diferentes a los de primer nivel de complejidad, con los mismos criterios que la Nación aplica en la distribución para este componente. El 41% restante se deberá destinar a financiar la atención en el primer nivel de complejidad de cada uno de los Municipios y corregimientos de los respectivos Departamentos.

Al Departamento Archipiélago de San Andrés y Providencia se le aplicará el factor de ajuste que corresponda a las entidades cuya dispersión esté por encima del promedio nacional.

3.4 SALUD PÚBLICA

3.4.1 Acciones de Salud Pública.

El 10% de los recursos del SGP se destinarán a la financiación de las acciones de salud pública, definidas como prioritarias para el país por el Ministerio de Salud y Protección Social, serán iguales a los asignados durante la vigencia anterior incrementados en la inflación causada y se distribuirán entre los Distritos, Municipios y corregimientos departamentales, de los nuevos Departamentos creados por la Constitución de 1991, de acuerdo con la sumatoria de los valores correspondientes a la aplicación de los criterios de población, equidad y eficiencia administrativa.

Los recursos para financiar los eventos de salud pública, se distribuirán de acuerdo con los siguientes criterios: 40% por población por atender, 50% por equidad y 10% por eficiencia administrativa, entendiéndose que ésta existe, cuando se hayan logrado coberturas útiles de vacunación.

Los Departamentos recibirán el 45% de los recursos destinados a este componente, para financiar los eventos de salud pública de su competencia, para la operación y mantenimiento de los laboratorios de salud pública, y el 100% de los asignados a los corregimientos departamentales.

Los Municipios y Distritos recibirán el 55% de los recursos asignados a este componente, con excepción del Distrito Capital que recibirá el 100%.

3.5 APORTES PATRONALES

El artículo 58 de la Ley 715 de 2001 estipula que las sumas correspondientes a los recursos que las Entidades Territoriales y sus entes descentralizados, deben destinar como aportes patronales de los empleados del sector salud, que se venían financiando con los recursos del situado fiscal, deberán ser pagadas con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones de salud y deben ser giradas directamente por la Nación a los Fondos de Pensiones y Cesantías, Administradoras de Riesgos Profesionales y a las Entidades Promotoras de Salud a las cuales se encuentren afiliados los trabajadores.

3.6 RENTAS TERRITORIALES DESTINADAS A SALUD

3.6.1 Fuentes y Usos

3.6.1.1 Impuesto al Consumo de Cerveza, Sifones y Refajos

De acuerdo con lo establecido en la Ley 223 de 1995, este es el impuesto pagado por el consumo en el territorio nacional de cervezas, sifones, refajos y mezclas de bebidas fermentadas con bebidas no alcohólicas. Estos recursos son propiedad de la Nación y su producto se encuentra cedido a los Departamentos y al Distrito Capital, en proporción al consumo de los productos gravados en sus jurisdicciones.

El artículo 190 de la Ley 223 de 1995 modificado por el artículo 1 de la Ley 1393 de 2010, establece que la tarifa al impuesto de Cerveza y Sifones es el 48% y 20% de los Refajos, de los cuales el 8% corresponde al Sector Salud.

Los recursos del impuesto a la cerveza y sifones se destinan a la financiación de la universalización en el aseguramiento, la unificación de los planes obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, los servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda y a la población vinculada que se atienda a través de la red hospitalaria pública, de acuerdo con las condiciones y prioridades que para tal efecto defina la Entidad Territorial.

Estos recursos serán girados directamente por los productores nacionales y el Fondo Cuenta de Impuestos al consumo de Productos Extranjeros a los Fondos o Direcciones Seccionales de Salud y al Fondo Distrital de Salud, según el caso, el porcentaje mencionado dentro de los quince (15) días calendario siguiente al vencimiento de cada periodo gravable. El período gravable de este impuesto es mensual.

Los productores nacionales deberán declarar mensualmente dentro de los quince (15) días calendarios siguientes al vencimiento de cada período gravable. El pago de este impuesto será pagado simultáneamente con la presentación de la declaración.

Los importadores declararán y pagarán el impuesto al consumo en el momento de la importación, conjuntamente con los impuestos y derechos nacionales que se causen en la misma. El pago del impuesto al consumo se efectuará a órdenes del Fondo Cuenta de Impuestos al Consumo de Productos Extranjeros. Sin perjuicio de lo anterior, los importadores o distribuidores de productos extranjeros, según el caso, tendrán la obligación de declarar ante las Secretarías de Hacienda por los productos introducidos al Departamento respectivo o al Distrito Capital, en el momento de la introducción a la entidad territorial, indicando la base gravable según el tipo de producto.

De conformidad con lo establecido en el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, como mínimo se destinará el 50% de estos recursos a la financiación de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial.

3.6.1.2 Impuestos de Licores, Vino, Aperitivos y Similares

De acuerdo con lo establecido en la Ley 788 de 2002, este es el impuesto pagado por el consumo en el territorio nacional de licores, vinos, aperitivos y similares.

Estos recursos son propiedad de la Nación y su producto se encuentra cedido⁶ a los Departamentos y al Distrito Capital, en proporción al consumo de los productos gravados en sus jurisdicciones. En todos los casos, el IVA cedido a las Entidades Territoriales, quedará incorporado dentro de la tarifa del impuesto al consumo, o dentro de la tarifa de la participación, según el caso y se liquidará como un único impuesto o participación, sobre la base gravable.

De otro lado, la Ley 788 de 2002 estableció la cesión del IVA del IVA de vinos, aperitivos y similares nacionales y extranjeros, y el de licores importados. Con lo anterior se tiene que el IVA correspondiente a los licores destilados nacionales, está cedido 100% a salud, mientras que el IVA de los vinos, aperitivos y similares el 70% está cedido al sector salud.

⁶ A partir del 1 de enero de 2003, el IVA sobre los licores, vinos, aperitivos y similares, nacionales y extranjeros, se cedió a los Departamentos y al Distrito Capital, en proporción al consumo en cada entidad territorial.

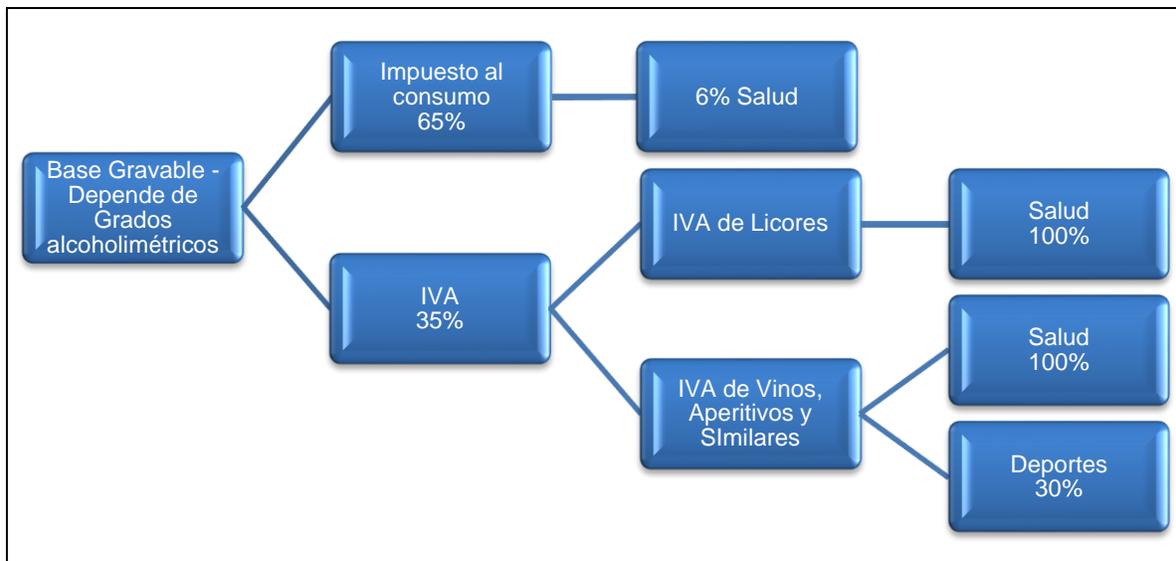
La Base gravable está constituida por los grados alcoholimétricos y la tarifa del impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, fue definida por el artículo 8 de la Ley 1393 de 2010, modificatorio del artículo 50 de la Ley 788 de 2002, estableciendo que por cada unidad de 750 centímetros cúbicos o su equivalente, serán las siguientes:

- Para productos de hasta 35 grados de contenido alcoholimétrico, doscientos cincuenta y seis pesos (\$256) por cada grado alcoholimétrico.
- Para productos de más de 35 grados de contenido alcoholimétrico, cuatrocientos veinte pesos (\$420) por cada grado alcoholimétrico.

Estas tarifas, de conformidad con el párrafo 7 del artículo 50 de la Ley 788 de 2002, se incrementan a partir del primero (1) de enero de cada año en la meta de inflación esperada y el resultado se aproximará al peso más cercano.

De conformidad con lo establecido en el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, como mínimo se destinará el 50% de estos recursos a la financiación de la unidad de pago por capitación del Régimen Subsidiado. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial. Así mismo, el párrafo 2 del artículo 50 de la Ley 788 de 2002 define que adicional a las tarifas señaladas, se encuentra el incorporado el IVA cedido, el cual corresponde al treinta y cinco por ciento (35%) del valor liquidado por concepto de impuesto al consumo.

Distribución de los recursos de Licores, vinos y aperitivos



De otra parte, la Ley 1393 de 2013 en el párrafo del artículo 8 que “del total recaudado por concepto del impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares y/o participación, una vez descontado el porcentaje de IVA cedido a que se refiere el párrafo 2 del artículo 50 de la Ley 788 de 2002, los Departamentos destinarán un 6% en primer lugar a la universalización en el aseguramiento, incluyendo la primera atención a los vinculados según la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional; en segundo lugar, a la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado. En caso de que quedaran excedentes, estos se destinarán a la financiación de servicios prestados a la población pobre en

lo no cubierto por subsidios a la demanda, la cual deberá sujetarse a las condiciones que establezca el Gobierno Nacional para el pago de estas prestaciones en salud".

3.6.1.3 Recursos de Juegos de Suerte y Azar

En la Ley 10 de 1990, se consagró como monopolio rentístico de la Nación, los recursos que se generaran por la explotación de todos aquellos juegos de azar diferentes a las loterías y apuestas permanentes a través de una Sociedad Especial de Capital Público de la cual son socios la Nación y las Entidades Territoriales.

La Ley 643 de 2001, establece que el monopolio rentístico de juegos de suerte y azar se define como la facultad exclusiva del Estado para explotar, organizar, administrar, operar, controlar, fiscalizar, regular y vigilar todas las modalidades de juegos de suerte y azar, y para establecer las condiciones en las cuales los particulares pueden operarlos, facultad que siempre se debe ejercer como actividad que debe respetar el interés público y social y con fines de arbitrio rentístico a favor de los servicios de salud, incluidos sus costos prestacionales y la investigación.

Se fijan los principios que rigen la explotación, organización, administración, operación, fiscalización y control de estos juegos y se ratifica la finalidad social de todo juego de suerte y azar, el cual debe contribuir eficazmente a la financiación del servicio público de salud, de sus obligaciones prestacionales y pensionales. Los derechos de explotación de cada juego, no podrán destinarse para cubrir gastos de funcionamiento y deberán ser girados al correspondiente Fondo de Salud dentro de los primeros (10) días hábiles del mes siguiente a la realización del juego.

Fija como titulares del monopolio rentístico de todos los juegos de suerte y azar a los Departamentos y el Distrito Capital y los Municipios a través de dos modalidades de operación:

- Operación Directa: La que realizan los Departamentos y el Distrito capital, por intermedio de las empresas industriales y comerciales, Sociedades de economía mixta y sociedades de capital público.
- Operación mediante terceros: Es aquella que realizan personas jurídicas, en virtud de autorización, mediante contratos de concesión o contratos en términos Ley 80 de 1993, celebrados con las Entidades Territoriales, las empresas industriales y comerciales del Estado, de las Entidades Territoriales o con las sociedades de capital público autorizadas para la explotación del monopolio.

La explotación, organización y administración de toda modalidad de juego de suerte y azar está sujeta a las Leyes 643 de 2001 y 1393 de 2010 a su reglamentación expedida por el Gobierno Nacional mediante los Decretos 1968, 1359, 0493 de 2001; 2483 de 2003; 0309 de 2004, normas que son de obligatoria aplicación en todo el territorio del país, cualquiera sea el orden o nivel de gobierno al que pertenezca la dependencia o entidad administradora bajo la cual desarrolle la actividad el operador. Los Distritos especiales se regirán en materia de juegos de suerte y azar, por las normas previstas para los Municipios y tendrán los mismos derechos.

La Empresa encargada del desarrollo, promoción y explotación en forma directa o a través de terceros de los juegos de suerte y azar del Monopolio Rentístico es la Empresa Territorial para la Salud ETESA hoy COLJUEGOS.

Con relación a sus destinación, la Ley 1438 de 2011 estableció que los recursos obtenidos producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por COLJUEGOS (antes ETESA) a las Entidades Territoriales, que no estén asignados por ley a pensiones, funcionamiento e investigación, serán destinados a la financiación de la Unidad de Pago por Capacitación del Régimen Subsidiado.

3.6.1.3.1 Loterías

La Ley 643 de 2001, ratifica que los derechos de explotación de cada juego, estos recursos no podrán destinarse para cubrir gastos de funcionamiento y deberán ser girados al correspondiente Fondo Local de Salud dentro de los primeros (10) días hábiles del mes siguiente a la realización del juego.

- **Lotería tradicional.** Es una modalidad de juego de suerte y azar realizada en forma periódica por un ente legal autorizado, el cual emite y pone en circulación billetes indivisos o fraccionados de precios fijos singularizados con una combinación numérica y de otros caracteres a la vista obligándose a otorgar un premio en dinero, fijado previamente en el correspondiente plan al tenedor del billete o fracción cuya combinación o aproximaciones preestablecidas coincidan en su orden con aquella obtenida al azar en sorteo público efectuado por la entidad gestora.
- **Explotación de las loterías.** Corresponde a los Departamentos y al Distrito Capital la explotación, como arbitrio rentístico, de las loterías tradicionales. Para tal efecto el reglamento distinguirá entre sorteos ordinarios y sorteos extraordinarios con base en el número de sorteos y en el plan de premios a distribuir, siempre procurando la eficiencia de los mismos y las garantías al apostador. Cada Departamento, o el Distrito Capital, no podrán explotar más de una lotería tradicional de billetes, directamente, por intermedio de terceros, o en forma asociada.
- **Administración de las loterías.** Las loterías tradicionales o de billetes serán administradas por empresas industriales y comerciales del Estado del orden departamental o del Distrito Capital o por Sociedades de Capital Público Departamental (SCPD) creadas por la asociación de varios Departamentos y/o el Distrito Capital. La participación en estas sociedades será autorizada por la Asamblea Departamental o el Concejo Distrital, a iniciativa del gobernador o alcalde, según el caso. Estas empresas y sociedades tendrán personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, cuyo objeto social será la administración y/o operación de la lotería tradicional o de billetes y de los demás juegos de su competencia contemplados en esta ley.

Previa ordenanza de la respectiva asamblea que así lo disponga, o del acuerdo respectivo en el caso del Distrito Capital, los Departamentos o el Distrito Capital podrán retirarse libremente y solicitar el pago de sus aportes en las sociedades de capital público departamental para explotar directamente el monopolio o formar parte de otra sociedad.

- **Modalidades de operación de las loterías.** Las loterías podrán ser explotadas por intermedio de las modalidades de operación establecidas en la propia ley. En consecuencia, la entidad territorial podrá operar la lotería tradicional directamente, o mediante asociación o a través de terceros.

- **Sorteos extraordinarios de loterías.** Los Departamentos, el Distrito Capital, la Sociedad Nacional de la Cruz Roja y los Municipios autorizados por esta ley, están facultados para realizar anualmente un sorteo extraordinario de lotería tradicional o de billetes. Para este efecto, podrán asociarse entre sí, por intermedio de sus Empresas Industriales y Comerciales administradoras de loterías o de la Sociedad de Capital Público departamental que hayan constituido para la explotación de las mismas. El Gobierno Nacional fijará el cronograma correspondiente.

Para las loterías la renta será del doce por ciento (12%) de los ingresos brutos de cada juego.

3.6.1.3.2 Impuesto a Ganadores de Loterías

Los ganadores de premios de lotería pagarán a los Departamentos o al Distrito Capital, según el caso un impuesto de 17% sobre el valor nominal del premio, valor que será retenido por la lotería responsable u operador autorizado al momento de pagar el premio. Creado mediante la Ley 146 de 1938, adicionado en las Leyes 69 de 1946, 1 de 1961, 33 de 1968 y ratificado mediante Ley 643 de 2001.

3.6.1.3.3 Impuesto a Loterías Foráneas

Establecido en la Ley 64 de 1923 y ha sido regulada posteriormente por las Leyes 12 de 1932, 133 de 1936 y en los Decretos 1977 y 2657 de 1989, y posteriormente mediante la Ley 643 de 2001 se establece que la venta de loterías foráneas en jurisdicción de los Departamentos y del Distrito Capital, genera a favor de estos y a cargo de las empresas de loterías u operadores autorizados un impuesto del 10% sobre el valor nominal de cada billete o fracción que se venda en cada una de las respectivas jurisdicciones.

3.6.1.3.4 Utilidades sobre Sorteos Ordinarios

La eficiencia de la empresa que explota el monopolio determina el monto de los recursos que esta pueda obtener de él. Este valor se calcula después de hallar la diferencia entre los ingresos y los gastos, provisiones y reservas.

La Ley 643 de 2001, establece que los sorteos ordinarios se efectuarán de acuerdo con el cronograma anual que señale el Gobierno Nacional.

3.6.1.3.5 Utilidad del Sorteo Extraordinario

Algunas loterías están autorizadas por el Decreto 2067 de 1940 para jugar un Sorteo Extraordinario al año, esta disposición se ratifica en normas como los Decretos Leyes 877 de 1953 y 971 de 1990.

El sorteo extraordinario se ha generalizado mediante la asociación de empresas para tal fin; los recursos que se generan son girados con destinación específica para el Servicio de Salud del Departamento al cual pertenece la o las loterías.

3.6.1.3.6 Régimen de Rifas

Es una modalidad de juego de suerte y azar en la cual se sortean, en una fecha predeterminada premios en especie entre quienes hubieren adquirido o fueren poseedores de una o varias boletas, emitidas en serie continua y puestas en venta en el mercado a precio fijo por un operador previa y debidamente autorizado.

Se prohíben las rifas de carácter permanente.

Corresponde a los Municipios, Departamentos, al Distrito Capital de Bogotá, y a COLJUEGOS (antes ETESA), la explotación, como arbitrio rentístico, de las rifas.

- Cuando las rifas se operen en un municipio o el Distrito Capital, corresponde a estos su explotación.
- Cuando las rifas se operen en dos o más Municipios de un mismo Departamento o un municipio y el Distrito Capital, su explotación corresponde al Departamento, por intermedio de la Sociedad de Capital Público Departamental –SCPD-.
- Cuando la rifa se opere en dos o más Departamentos, o en un Departamento y el Distrito Capital, la explotación le corresponde a COLJUEGOS antes ETESA.

Sólo se podrá operar el monopolio rentístico sobre rifas mediante la modalidad de operación por intermedio de terceros mediante autorización.

Las rifas generan derechos de explotación equivalentes al catorce por ciento (14%) de los ingresos brutos. Al momento de la autorización, la persona gestora de la rifa deberá acreditar el pago de los derechos de explotación correspondientes al ciento por ciento (100%) de la totalidad de las boletas emitidas. Realizada la rifa se ajustará el pago de los derechos de explotación al total de la boletería vendida.

3.6.1.3.7 Régimen del Juego de Apuestas Permanentes o Chance

Es una modalidad de juego de suerte y azar en la cual el jugador, en formulario oficial, en forma manual o sistematizada, indica el valor de su apuesta y escoge un número de no más de cuatro (4) cifras, de manera que si su número coincide, según las reglas predeterminadas, con el resultado del premio mayor de la lote-ría o juego autorizado para el efecto, gana un premio en dinero, de acuerdo con un plan de premios predefinido y autorizado por el Gobierno Nacional mediante decreto reglamentario.

En el año de 1991 la ley 1ª crea esta forma de financiación de los servicios de Salud; este tipo de juegos de azar es administrado por las loterías o por concesiones que crean los particulares para tal fin, quienes se obligan a pagar el valor de los talonarios y un 6% de regalías calculado sobre el valor máximo pactado como apuesta; la lotería descuenta lo correspondiente a la administración del juego de chance y la diferencia la transfiere al Servicios Seccional de Salud.

La ley 643 de 2001, establece corresponde a los Departamentos y al Distrito Capital su explotación; la podrán realizar directamente por intermedio de las Empresas Industriales y Comerciales del Estado, operadoras de loterías o a través de Sociedades de Capital Público Departamental.

Los concesionarios del juego de apuestas permanentes o chance pagarán mensualmente a título de derecho de explotación, el doce (12%) de sus ingresos brutos con destino a salud, más el valor adicional que llegare a existir entre ese porcentaje de derechos de explotación y el 12% sobre el valor mínimo de los ingresos brutos que por ventas al juego fueron previamente señalados en el contrato como rentabilidad mínima; ese valor adicional lo pagarán los concesionarios a título de compensación contractual con destino a salud, sin que haya lugar a reclamación o indemnización alguna en su favor de acuerdo con lo previsto en la Ley 1393 de 2010.

Al momento de la presentación de la declaración de los derechos de explotación, se pagarán a título de anticipo de derechos de explotación del siguiente período, un valor equivalente al setenta y cinco (75%) de los derechos de explotación que se declaran.

De acuerdo con la Ley 1393 de 2010, en el juego de apuestas permanentes o chance los derechos de explotación serán girados directamente por parte de los operadores del juego a los respectivos fondos de salud, dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente a su recaudo.

3.6.1.3.8 Juegos Novedosos.

Son cualquier otra modalidad de juegos de suerte y azar distintos de las loterías tradicionales o de billetes, de las apuestas permanentes y de los demás juegos a que se refiere la Ley 643 de 2001. Se consideran juegos novedosos, entre otros, la lotto preimpresa, la lotería instantánea, el lotto en línea en cualquiera de sus modalidades, los juegos que se operen en línea contentivos de las diferentes apuestas en eventos, apuestas de los juegos de casino virtual, apuestas deportivas y los demás juegos realizados por medios electrónicos, por Internet, por telefonía celular o cualquier otra modalidad en tiempo real que no requiera la presencia del apostador.

El Gobierno Nacional señalará las condiciones para la transferencia de los derechos de explotación y para la operación de juegos por medios electrónicos, por Internet, por telefonía celular o por cualquier otra modalidad en línea y tiempo real, que no requieran la presencia del apostador.

Los derechos de explotación que deben transferir quienes operen juegos novedosos equivaldrán, como mínimo, al 17% de los ingresos brutos. En la operación de juegos novedosos por Internet, que podrán realizarse solo en las condiciones que establezca el Gobierno Nacional, los derechos de explotación equivaldrán como mínimo al 10% de los ingresos brutos.

De conformidad con lo establecido en el parágrafo 3 del artículo 42 de la Ley 643 de 2001, los recursos de Lotto en Línea se destinarán en primer lugar, al pago del pasivo pensional territorial del sector salud, que se viene asumiendo de acuerdo con la Ley 60 de 1993, en forma compartida. Una vez garantizados los recursos para el pago de pensiones el sector salud territorial, se destinará a la financiación de los servicios de salud de conformidad con la reglamentación expedida por el Gobierno Nacional.

De otra parte, de conformidad con lo establecido en la Ley 1393 de 2010, los derechos de explotación que provengan de la operación de los juegos lotería instantánea y lotto preimpreso, se destinarán a los Departamentos y al Distrito Capital para la financiación de la unificación del plan obligatorio de salud del régimen subsidiado y contributivo. La explotación de estos juegos

corresponde a los Departamentos y al Distrito Capital, quienes harán la selección y la contratación del tercer operador a través de la entidad que agremie a los Departamentos en el país.

3.6.1.3.9 Eventos Hípicos

Corresponde a cada uno de los Departamentos y Distritos, la explotación, como arbitrio rentístico, de los eventos y las apuestas hípicas.

La operación de los mismos se efectuará por concesión con un plazo de diez (10) años, a través de terceros seleccionados mediante licitación pública. Los operadores de esta modalidad de juego deberán tener un patrimonio técnico mínimo, otorgar garantías y cumplir los demás requisitos que para el efecto les señale el reglamento del juego.

Los derechos de explotación derivados de las apuestas hípicas son propiedad de los Departamentos y Distritos en los cuales se realice la operación. Las apuestas hípicas cuya concesión se adjudique en un Departamento o Distrito, podrán operarse en otras Entidades Territoriales previo el cumplimiento de las condiciones y autorizaciones que establezca el reglamento, y pagarán el setenta por ciento (70%) de los derechos de explotación al Distrito o Departamento en que se realice la apuesta.

Las apuestas hípicas sobre carreras realizadas en Colombia pagarán como derechos de explotación el uno por ciento (1%) de los ingresos brutos por concepto de venta de apuestas.

Las apuestas hípicas sobre carreras realizadas fuera del territorio nacional pagarán como derechos de explotación el quince por ciento (15%) de los ingresos brutos por concepto de venta de las apuestas.

En el evento que el operador de apuestas hípicas sobre carreras realizadas, en Colombia, explote apuestas hípicas sobre carreras realizadas fuera del territorio nacional, pagará como derechos de explotación el cinco por ciento (5%) de los ingresos brutos por concepto de venta de esas apuestas.

Los derechos de explotación generados por las apuestas hípicas serán distribuidos en cada uno de los Departamentos o Distritos de la siguiente forma:

- Un cincuenta por ciento (50%) con destino a la financiación de servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda y a la población vinculada que se atiende a través de la red hospitalaria pública, la cual deberá sujetarse a las condiciones que establezca el Gobierno Nacional para el pago de estas prestaciones en salud.
- El cincuenta por ciento (50%) restante para financiación de renovación tecnológica de la red pública hospitalaria en la respectiva entidad territorial.

3.6.1.3.10 Juegos Localizados

Son modalidades de juegos de suerte y azar que operan con equipos o elementos de juegos, en establecimientos de comercio, a los cuales asisten los jugadores como condición necesaria para

poder apostar tales como bingos, videobingos, esferódromos, máquinas tragamonedas, y los operadores en casinos y similares.

3.6.1.3.11 Juegos Localizados en Cruceros

Mediante la Ley 1393 de 2010 Los juegos localizados a bordo de los cruceros podrán operarse mientras estén atracados en un puerto o bahía colombiana de un “Distrito Turístico, Cultural e Histórico”, sin que se requiera de concesión, para el servicio exclusivo de sus pasajeros y en las condiciones que determine la autoridad encargada de autorizar la operación de los juegos localizados. Los derechos de explotación y los cargos por gastos de administración son los que se establecen para los juegos localizados y deben ser pagados por el agente marítimo que actúa como representante legal de la empresa operadora de cruceros en el país. El cincuenta por ciento (50%) de los derechos de explotación se dirigirá a la atención de las prestaciones en salud no incluidas en el plan obligatorio de salud del régimen contributivo, y el otro cincuenta por ciento (50%) de los derechos de explotación, junto con los gastos de administración, corresponde al respectivo municipio en que atraque el crucero, con destino a la financiación de servicios de salud a su cargo.

3.6.1.3.12 Premios no Cobrados

La Ley 1393 de 2010 determinó que en todos los juegos de suerte y azar, ocurrida la prescripción extintiva del derecho a la caducidad judicial sin que se haga efectivo el cobro de los premios, el setenta y cinco por ciento (75%) de los recursos que constituyen esos premios se destinará a la unificación de los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud en los respectivos Departamentos y Distritos, recursos que harán parte del Plan Financiero de que trata el artículo 32 de la presente ley. El 25% restante corresponderá al juego respectivo y será usado en el control del juego ilegal.

3.6.1.3.13 Consumo de Cigarrillos y Tabaco Elaborado

El artículo 6 de la Ley 1393 de 2010 crea la sobretasa al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado equivalente al 10% de la base gravable que será la certificada antes del primero (1) de enero de cada año por la Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Estos recursos se deben destinar por los Departamentos y el Distrito Capital, en primer lugar, a la universalización en el aseguramiento; en segundo lugar, a la unificación de los planes obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. En caso de que queden excedentes, estos se destinarán a la financiación de servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda, la cual deberá sujetarse a las condiciones que establezca el Gobierno Nacional para el pago de estas prestaciones en salud.

3.6.2 Distribución Rentas Territoriales – Componente Sector Salud

A continuación se precisa los porcentajes de participación del recaudo total de las rentas territoriales con destinación específica para el sector salud, por componente:

Distribución de Rentas Distritales por Componente del Sector Salud

RENTAS TERRITORIALES	Régimen Subsidiado	Recursos para Prestación.	Funcionamiento
IVA cedido de Licores, vinos y Aperitivos	50%	25%	25%
8 Puntos del IMPOCONSUMO de cerveza (IVA del 8% cerveza)	50%	25%	25%
Loterías	68%	0%	25%
Derechos de explotación de Juego de apuestas permanentes o Chance	68%	0%	25%
Recursos Transferidos por COLJUEGOS (Distintos a Premios no cobrados)	75%	0%	25%
Sobretasa de cigarrillos - Ley 1393 de 2011	100%	0%	0%
6% Impuesto al consumo de licores, vinos y aperitivos	100%	0%	0%
Premios no cobrados	100%	0%	0%

CAPITULO 4 OTROS RECURSOS DEL SECTOR

4.1 FONDO DE SALVAMENTO Y GARANTÍAS PARA EL SECTOR SALUD- FONSAET

El Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud fue creado por el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 modificado por el artículo 7 de la Ley 1608 de 2013, como un fondo cuenta sin personería jurídica administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

4.1.1 Fuentes

La financiación del FONSAET se compondrá de: hasta el 10% de los recursos que se transfieren para oferta con recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y los excedentes de los recursos destinados para salud de la Ley 1393 de 2010, el cual será recaudado directamente por la Nación.

4.1.2 Uso de los Recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud -FONSAET-

La finalidad del FONSAET es asegurar el pago de las obligaciones por parte de las Empresas Sociales del Estado -ESE- que se encuentren categorizadas en riesgo alto o medio conforme a lo previsto en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011 o que se encuentren intervenidas para administrar o liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y las que adopten los programas de saneamiento fiscal y financiero con acompañamiento de la Nación. El Ministerio de Salud y Protección Social debe determinar el porcentaje del gasto operacional y pasivos que se financiarán con cargo a dicho Fondo.

4.2 LEY 1608 DE 2013

Esta ley tiene por objeto definir medidas para mejorar el flujo de recursos y la liquidez del sector salud a través del uso de recursos que corresponden a saldos o excedentes de cuentas maestras del Régimen Subsidiado de Salud, aportes patronales y rentas cedidas, y definir mecanismos para el financiamiento de las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud por las Entidades Territoriales en el marco de lo señalado en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011, así como determinar algunas medidas de liquidez como la compra de cartera a través de la Subcuenta de Garantías.

A continuación se presentan cada una de las medidas:

4.2.1 Uso de los Recursos Provenientes de los Saldos de Cuentas Maestras del Régimen Subsidiado

De conformidad con el artículo 2 de la Ley 1603 de 2008, los saldos de las cuentas maestras del Régimen Subsidiado de Salud, podrán usarse en los asuntos enunciados en la misma norma, pero con la condición de que dichos saldos, no sean requeridos para garantizar los compromisos y contingencias derivados del Régimen Subsidiado de Salud y descontados los que se encuentran previstos para usarse de acuerdo a lo indicado en el artículo 89 de la Ley 1485 de 2011. Así, dichos recursos podrán usarse así:

- I. Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los Municipios y Distritos, que durante las vigencias del 2011, 2012 Y 2013 se deba aportar en la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud. Estos recursos se girarán directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- II. En el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios a cargo del Departamento o Distrito asumidos por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas, sin importar la fecha de causación de la obligación, previa auditoría de cuentas conforme a lo establecido por las normas legales y reglamentarias vigentes.

Para lo dispuesto en este numeral, las Entidades Territoriales definirán mediante acto administrativo el monto que se destinará a este propósito, el cual será girado en todo los casos a las IPS. En estos pagos se privilegiarán a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas.

- III. Para financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011. Estos programas incluirán medidas que deberán seguir el siguiente orden de prelación: pago de acreencias laborales, reestructuración y saneamiento de pasivos, adquisición de cartera, disposición de capital de trabajo, pago de cartera originada en las cuotas de recuperación por servicios prestados a la población pobre no asegurada o servicios no incluidos en el plan de beneficios de difícil cobro. Para efectos de la adquisición de cartera, la Entidad Territorial deberá adelantar las gestiones de cobro que correspondan ante el deudor o efectuar acuerdos de pago.
- IV. En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios. Los Municipios y Distritos no certificados ejecutarán los recursos a que hace referencia este numeral, en coordinación con el Departamento. Estas inversiones deberán estar incluidas en el Plan Bienal de Inversiones en salud del respectivo Departamento o distrito.
- V. Para financiar en los Municipios y Distritos categorías Especial, 1 y 2, pruebas piloto que permitan hacer ajustes a la UPC del Régimen Subsidiado de Salud en la forma como lo determine y reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para usar los recursos de acuerdo a lo definido en los numerales 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.

4.2.2 Uso de los Recursos de Aportes Patronales

El artículo 3 de la Ley 1608 de 2013, autoriza el uso de los recursos del Sistema General de Participaciones del componente de prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda aportes patronales, para las siguientes situaciones:

- I. Durante los años 2013 y 2014, los recursos del Sistema General de Participaciones transferidos sin situación de fondos y presupuestados por las Empresas Sociales del

Estado por concepto de aportes patronales, no estarán sujetos a reconocimiento por servicios prestados. Estos recursos se considerarán subsidio a la oferta.

Los recursos de aportes patronales del componente de prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda girados y que no hayan sido facturados durante la vigencia 2012 estarán sujetos a lo dispuesto en este numeral.

Los aumentos a la nómina y consecuentes incrementos de los aportes patronales posteriores a la vigencia 2012, no serán considerados para efectos del presente artículo.

La Entidad Territorial podrá establecer metas a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas beneficiarias de los aportes patronales para la ejecución de estos recursos.

- II. Los recursos de excedentes de aportes patronales correspondientes a activos remanentes del recaudo de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud provenientes del proceso de liquidación de CAJANAL EPS, se podrán usar por los Departamentos y Distritos así:

Para el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y servicios no incluidos en el Plan de Beneficios a cargo del Departamento o distrito asumido por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas o pagado por las EPS. Los recursos a que referencia este artículo en todos los casos se girarán directamente a las IPS desde el mecanismo de recaudo y giro creado en desarrollo del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011; para este fin las Entidades Territoriales y las EPS, según sea el caso, remitirán al Ministerio de Salud y Protección Social la información de las IPS a quienes se harán dichos giros conforme a lo previsto en este artículo. En estos pagos, se privilegiarán a las IPS Públicas y las obligaciones de mayor antigüedad.

La distribución de estos recursos se hará entre los Departamentos y Distritos así:

- a. 50% del total de los recursos en partes iguales entre todos los Departamentos y Distritos del país.
- b. 50% entre Departamentos y Distritos con la fórmula dispuesta en el inciso 2 del artículo 49 de la Ley 715 de 2001 y demás disposiciones reglamentarias.

4.2.3 Uso de los Recursos de Excedentes de Rentas Cedidas

Los Departamentos y Distritos, en las vigencias 2012 y 2013, podrán utilizar los recursos excedentes de las rentas cedidas en el fortalecimiento de la infraestructura, la renovación tecnológica, el saneamiento fiscal y financiero que garantice la adecuada operación de las Empresas Sociales del Estado y en el pago de las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud en el marco del procedimiento establecido en desarrollo del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011; en este último caso los recursos serán girados directamente a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Departamento o distrito. El uso de estos recursos según lo aquí previsto, solo se podrá dar si se encuentra financiada la atención en salud de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda o de la población pobre no afiliada y se hubieren destinado los recursos de rentas cedidas que cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud conforme a lo establecido en las Leyes 1393 de 2010 y 1438 de 2011 y demás normas que definen el uso de estos recursos. Los proyectos de infraestructura y renovación tecnológica deberán estar

articulados con los planes bienales de las Entidades Territoriales y con la organización de la red de prestación de servicios.

4.2.4 Compra de Cartera - Subcuenta de Garantías de FOSYGA

De conformidad con lo establecido en el artículo 9 de la Ley 1608 de 2013, se reglamentó a través de la Resolución 3239 de 2013 y sus modificatorias, el procedimiento, los criterios, las condiciones y plazos para la compra directa de cartera a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías del FOSYGA. Así mismo se establecieron las condiciones de devolución de los recursos a la Subcuenta, por parte de las EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado y las Cajas de Compensación que administren este último régimen. En esta Subcuenta se cuenta con \$130.000 millones de pesos, los cuales se constituyen en un fondo rotativo que permite generar liquidez en los Prestadores de Servicios de Salud.

De acuerdo con la mencionada resolución, las IPS pueden presentar dentro de los primeros diez días hábiles de cada mes y los recursos serán asignados de acuerdo con la disponibilidad de recursos y priorizando las IPS Públicas y las cuentas de mayor antigüedad.

CAPITULO 5 PLANES FINANCIEROS TERRITORIALES

5.1 METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN FINANCIERO TERRITORIAL DE SALUD

Se entiende por Plan Financiero Territorial de Salud, el instrumento de planeación, que integra y consolida la información sobre los requerimientos de recursos y fuentes de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a nivel nacional, departamental, distrital y municipal, con base en los siguientes elementos:

5.1.1 Subsidio a la Demanda, que involucra

- a) Afiliación de la población pobre asegurada a través del Régimen Subsidiado.

5.1.2 Prestación de Servicios de Salud a la Población Pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que involucra:

- a) Prestación de servicios a la población pobre no asegurada.
- b) Prestación de servicios no incluidos en el Plan de Beneficios de la población afiliada al Régimen Subsidiado.
- c) Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado y Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero de ESE.
- d) Prestación de Servicios de Salud a través de Empresas Sociales del Estado, en condiciones de eficiencia.

5.1.3 Salud Pública

- a) Uso de los recursos de salud pública, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública.

5.1.4 Gastos de Funcionamiento

- a) Ingresos destinados al Funcionamiento de las Secretarías de Salud Departamentales y/o Distritales.
- b) Gastos de Funcionamiento de las Secretarías de Salud Departamentales y/o Distritales.

5.2 OBJETIVO

El Plan Financiero Territorial de Salud, tendrá como objetivos, los siguientes:

- a) Promover el uso integral y eficiente de los recursos del sector salud a nivel territorial.
- b) Definir herramientas de planeación financiera en el sector salud, como criterio fundamental y guía en las decisiones de la administración pública.
- c) Servir de instrumento de programación, seguimiento y control de los recursos territoriales destinados al sector salud, en articulación con el marco fiscal de mediano plazo de la respectiva entidad. Igualmente, se debe armonizar del Plan Territorial de Salud con Plan Decenal de Salud Pública, así como el componente operativo anual de inversión y plan de acción en salud.
- d) Consolidar la información financiera del sector salud de las Entidades Territoriales.

- e) Promover la capacidad de generación de rentas propias como parte de los ingresos de las Entidades Territoriales y de la necesidad administrativa local de gestionar la consecución de aquellas, registro y utilización racional, según los criterios de eficiencia, universalidad y solidaridad que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- f) Definir la transformación de los recursos de las diferentes fuentes que se destinan a la atención de la población pobre no asegurada, en subsidios a la demanda, en el marco de la afiliación universal al Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la unificación de planes de beneficios de los dos regímenes.

5.3 ACCIONES Y METAS

El Plan Financiero Territorial de Salud debe contemplar, como mínimo, las siguientes acciones y metas:

- Metas anuales de afiliación territorial del Régimen Subsidiado con el objeto de lograr la universalización del aseguramiento, así como las acciones a adelantar para su consecución.
- Metas anuales de cobertura territorial de las acciones de intervención colectiva y de los procesos de Gestión de la Salud Pública según las prioridades territoriales en salud.
- Priorización de los recursos destinados a la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, en los usos requeridos.
- Definir acciones, metas e indicadores de control y seguimiento de los servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda y los servicios no incluidos el Plan de Beneficios de los afiliados al Régimen Subsidiado, tendiente a la disminución de los costos asociados a la atención a esta población, en el marco de los establecido en la Resolución 1479 de 2015 y aquellas que las modifiquen o sustituyan.
- Metas e indicadores de recaudo sobre las rentas territoriales, así como las acciones necesarias para alcanzarlas. En ningún caso, durante la vigencia del Plan Financiero Territorial de Salud, podrá disminuir el monto total de los recursos de rentas territoriales destinados a la cofinanciación del Régimen Subsidiado.
- Metas e indicadores de recaudo y de gasto por componente, que garanticen equilibrio financiero; en caso de presentar déficit, las Entidades Territoriales deberán indicar el valor de los recursos de libre destinación con los que concurrirá, si fuera necesario, para mantener el equilibrio.

5.4 COMPONENTES PARA LA ELABORACIÓN

El Plan Financiero Territorial de Salud deberá integrar y consolidar las fuentes y usos de los recursos nacionales, departamentales, distritales y municipales, destinados a financiar las acciones en salud a cargo de las Entidades Territoriales de orden departamental, distrital y municipal, de acuerdo con la normatividad vigente, como se describe a continuación:

5.4.1 Subsidios a la demanda – Régimen Subsidiado

5.4.1.1 Población afiliada al Régimen Subsidiado

Para cada distrito, municipio o área no municipalizada, se deberá establecer la población afiliada al Régimen Subsidiado para el año inmediatamente anterior a la elaboración del Plan Financiero

Territorial de Salud y la población pobre por asegurar, así como el plan de afiliación que seguirá la entidad territorial para lograr la universalización del aseguramiento.

La población pobre por afiliar se estimará, teniendo en cuenta como mínimo la siguiente información: a) Los afiliados registrados en la Base de Datos Única de Afiliados; y, b) La población identificada como pobre en el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios y las poblaciones especiales registradas en los listados censales que no se encuentran afiliadas al Régimen Subsidiado .

El plan de afiliación para la vigencia del Plan Financiero, utilizará como tasa de crecimiento poblacional de referencia la tasa de crecimiento poblacional de la entidad territorial, estimada por el DANE para el año correspondiente.

5.4.1.2 Gasto del Régimen Subsidiado

Con el objeto de establecer la proyección de gasto de la afiliación de la población al Régimen Subsidiado en cada año, se tomará el número de personas afiliadas y potenciales beneficiarios de afiliación de acuerdo con el plan de afiliación y se multiplicará por el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado en cada uno de los años. Para tal fin, se utilizará la senda de incremento de la Unidad de Pago por Capitación que indique el Ministerio de Salud y Protección Social.

5.4.1.3 Fuentes de financiación del Régimen Subsidiado

Las rentas que se deben involucrar en los planes financieros territoriales para la financiación del Régimen Subsidiado de Salud, son las siguientes:

- a) **Sistema General de Participaciones** – Demanda (Ley 715 de 2001). Con base en el valor distribuido por el CONPES Social a cada entidad territorial para la vigencia en la cual se elabora el Plan, las Entidades Territoriales proyectarán los recursos disponibles para este concepto, según los criterios del Marco Fiscal de Mediano Plazo.
- b) **IVA cedido de Licores, Vinos y Aperitivos.** (Leyes 788 de 2002 y 1393 de 2010). Con base en la información de recaudo de esta fuente destinada a salud, (IVA de Licores-100% Salud y Vinos, aperitivos y similares -70% Salud) en el año inmediatamente anterior a la formulación del Plan, proyectarán los recursos para cada vigencia fiscal. Conforme lo establece artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, se proyectará para la cofinanciación del régimen subsidiado el 50% de esta renta.
- c) **Ocho (8) puntos del impuesto al consumo de cervezas y sifones.** (Leyes 223 de 1995 y 1393 de 2010). Con base en la información de recaudo de esta fuente destinada a salud en el año inmediatamente anterior a la formulación del Plan, proyectarán los recursos para cada vigencia fiscal. Conforme lo establece el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, se proyectará para la cofinanciación del régimen subsidiado el 50% de esta renta.
- d) **Loterías** (Foráneas, Renta del monopolio, Impuesto a ganadores, Renta del monopolio utilidades y Rifas y juegos promocionales). (Ley 643 de 2001). Con base en la información de recaudo de esta fuente destinada a Salud en el año inmediatamente anterior a la formulación del Plan, proyectarán los recursos para cada vigencia fiscal. Para la

determinación de la cofinanciación del Régimen Subsidiado se proyectará conforme a lo establecido en el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011; es decir, el producto de la explotación descontando lo destinado por ley a pensiones, funcionamiento e investigación.

- e) **Derechos de explotación de Juego de apuestas permanentes o Chance.** (Leyes 643 de 2001 y 1393 de 2010). Con base en la información de recaudo de esta fuente destinada a salud en el año inmediatamente anterior a la formulación del Plan, proyectarán los recursos para cada vigencia fiscal. Para la determinación de la cofinanciación del régimen subsidiado se proyectará conforme a lo establecido en el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, es decir, el valor total menos lo destinado por ley a pensiones, funcionamiento e investigación.
- f) **Recursos transferidos por COLJUEGOS** al Departamento-Monopolio de juegos de suerte y azar. (Ley 643 de 2001). Con base en la información de recaudo de esta fuente destinada a salud en el año inmediatamente anterior a la formulación del Plan, proyectarán los recursos para cada vigencia fiscal. Para el régimen subsidiado destinarán lo establecido en el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, es decir, el valor total menos lo destinado por ley a pensiones, funcionamiento e investigación.
- g) **Sobretasa de cigarrillos.** (Ley 1393 de 2010). Con base en la información de recaudo de esta fuente destinada a salud en el año inmediatamente anterior a la formulación del Plan, proyectarán los recursos para cada vigencia fiscal. Para la cofinanciación del Régimen Subsidiado, las Entidades Territoriales destinarán lo establecido en el artículo 7 de la Ley 1393 de 2010.
- h) **Seis por ciento (6%) del Impuesto al consumo de licores, vinos y aperitivos. (Ley 1393 de 2010).** Con base en la información de recaudo de esta fuente destinada en el año inmediatamente anterior a la formulación del Plan, proyectarán los recursos para cada vigencia fiscal. Para la cofinanciación del Régimen Subsidiado destinarán lo establecido en el artículo 8 de la Ley 1393 de 2010.
- i) **Premios no cobrados.** (Artículo 12, Ley 1393 de 2010). Tomando como base la información de recaudo de esta fuente destinada en el año inmediatamente anterior a la formulación del Plan, proyectarán los recursos para cada vigencia fiscal. Para la cofinanciación del Régimen Subsidiado destinarán lo establecido en el artículo 12 de la Ley 1393 de 2010.
- j) **Ingresos Corrientes de Libre Destinación.** Son ingresos propios de la entidad territorial sin destinación específica. Al respecto, es importante tener en cuenta que de acuerdo con el artículo 49 de la Ley 1438 de 2011, las Entidades Territoriales no podrán disminuir los recursos que venían aportando para financiar la salud en su territorio, salvo que acrediten, ante el Ministerio de la Protección Social, que está debidamente asegurada el 100% de la población o por insuficiencia financiera”, es decir que, a menos que se cumpla al menos una de las condiciones citadas, la entidad no podrá disminuir el valor de la financiación y en caso que los recursos de destinación específica sean insuficientes deberán concurrir con recursos de libre destinación.
- k) **Recursos del Balance del Régimen Subsidiado.** Son ingresos de capital los provenientes de la liquidación del ejercicio fiscal del año anterior para el componente del Régimen Subsidiado, incluye el superávit fiscal así como la cancelación de reservas

presupuestales y de cuentas por pagar. El superávit, es el resultado de restar del total de ingresos efectivamente recaudados en la vigencia, el total de gastos ejecutados, es decir, los comprometidos (recaudos menos compromisos para el componente específico), esto último permite incluir como exigibilidades de caja las reservas presupuestales y cuentas por pagar. Los recursos del balance del componente mantienen la destinación específica y deben ser incorporados en su totalidad en el presupuesto de la siguiente vigencia.

- l) Otros Recursos.** Están constituidos por otros recursos de capital (no relacionados con los recursos del balance) del componente específico, impuestos territoriales u otras rentas que deban destinar las Entidades Territoriales para garantizar la sostenibilidad de la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud, según lo establece el parágrafo 2 del artículo 48 de la Ley 715 de 2001 y el artículo 49 de la Ley 1438 de 2011; y/o los adicionales que decidan destinar tales entidades para cofinanciar el aseguramiento de los potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado en Salud. En consecuencia, para efectos de la elaboración de los planes financieros de las Entidades Territoriales, los Departamentos deberán solicitar a los Municipios de su jurisdicción la información de los recursos destinados al Régimen Subsidiado, discriminando por tipo de fuente, en especial, los transferidos por COLJUEGOS.
- m) Cajas de Compensación Familiar. (Artículo 217, Ley 100 de 1993).** En el caso de las cajas que administran estos recursos, se proyectarán con base en la información del año inmediatamente anterior a la formulación del Plan. Con relación a este recurso el Ministerio a través de la Dirección de Financiamiento Sectorial hará la respectiva proyección y se dispondrá para la inclusión en el respectivo plan financiero.
- n) Recursos no requeridos para financiar la prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda.** Para los años 2013 y 2014, las Entidades Territoriales deberán cuantificar los recursos destinados a la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda no requeridos de conformidad con la metodología descrita en el numeral 2, e incluirlos como una fuente de financiación del Régimen Subsidiado de Salud para la correspondiente vigencia.
- o) Recursos de la Subcuenta de Solidaridad FOSYGA y otros recursos de la Nación.** Estos recursos los estimará el Ministerio para cada Entidad Territorial conforme a la aplicación de la fórmula del artículo 50 de la Ley 715 de 2001.

Los recursos definidos entre los literales a) y k), serán proyectados en correspondencia con los criterios establecidos en el Marco Fiscal de Mediano Plazo de la entidad territorial.

Sin perjuicio de lo anterior, se harán ajustes anuales a la proyección basados en el recaudo efectivo de la vigencia inmediatamente anterior.

5.4.1.4 Estimación de Recursos

Una vez se determinen los ingresos y gastos de cada entidad territorial, se deberá aplicar lo establecido en el artículo 50 de la Ley 715 de 2001 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, así:

Del gasto total determinado en el numeral 4.1.2 de la metodología definida en la Resolución 4834 de 2015 (Gastos del Régimen Subsidiado), se deberán descontar los recursos del Sistema General de Participaciones de Salud de Demanda (literal a del numeral 4.1.3. del Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 4834 de 2015), los recursos territoriales (señalados entre los literales b y j del numeral 4.1.3. del Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 4834 de 2015), los recursos de Cajas de Compensación Familiar (literal k del numeral 4.1.3. del Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 4834 de 2015), los recursos no requeridos para financiar la prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda (literal l del numeral 4.1.3. del Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 4834 de 2015) y los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA y del Presupuesto General de la Nación que sean necesarios para garantizar la afiliación al Régimen Subsidiado (literal m del numeral 4.1.3. del Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 4834 de 2015).

Los recursos serán proyectados en correspondencia con los criterios establecidos en el Marco Fiscal de Mediano Plazo de la entidad territorial y deberán ser objeto de inclusiones en el presupuesto de la misma.

Sin perjuicio de lo anterior, se harán ajustes anuales a la proyección basados en el recaudo efectivo de la vigencia inmediatamente anterior.

5.4.2 Fuentes de Financiación de Prestación de Servicios a la Población Pobre en lo No Cubierto con Subsidios a la Demanda.

5.4.2.1 Población Objeto

- a) Prestación de servicios a la población pobre no asegurada.** Se tomará la información de la población pobre no asegurada que se haya definido en cada año teniendo en cuenta el plan de afiliación definido en el numeral 4.1.1. de la Resolución 4834 de 2015.
- b) Prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios de la población afiliada al Régimen Subsidiado.** Para su estimación se tomará la información sobre la población afiliada al Régimen Subsidiado que se haya definido en cada año, de acuerdo con el plan de afiliación y según el crecimiento de la población, calculado en el marco de la metodología descrita en el numeral 4.1.1 del Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 4834 de 2015.

5.4.2.2 Gastos en Prestación de Servicios

Prestación de servicios a la población pobre no asegurada. Cada entidad departamental o distrital deberá determinar el costo per cápita de la prestación de servicios a la población pobre no asegurada, teniendo en cuenta las competencias de los Municipios certificados. Para lo anterior, las entidades tomarán la información de los últimos tres (3) años respecto al costo real de la prestación de servicios a la población pobre no asegurada (a través de contratos con prestadores de servicios, atención de urgencias), dividiéndola por el número de personas pobres no afiliadas al Régimen Subsidiado. Para estimar este gasto, no se debe incluir ningún tipo de transferencia realizada por la entidad territorial a las Empresas Sociales del Estado, distintas al pago de servicios prestados a la población pobre no asegurada en cada vigencia.

Después de haber estimado el gasto per cápita en la atención de la población pobre no asegurada, dicho monto se multiplicará por la población pobre no asegurada en el año que se

esté proyectando. Se determinará el crecimiento del gasto per cápita de la atención de la población pobre no asegurada para cada año, con base en el índice de inflación esperado para la vigencia que se proyecta, calculado por el Banco de la República.

Nota: Para la determinación del costo real, las Entidades Territoriales deberán tener en cuenta la facturación radicada de cada vigencia y los contratos de capitación ejecutados, descontando el porcentaje promedio de glosa aplicada. Igualmente, se precisa que no se deberán incluir el pago de las deudas de vigencias anteriores al ejercicio del cálculo.

Prestación de servicios no incluidos en el Plan de Beneficios de la población afiliada al Régimen Subsidiado. Cada entidad departamental o distrital deberá establecer el gasto per cápita de la población afiliada al Régimen Subsidiado de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios que sean requeridos con necesidad, conforme al criterio del médico tratante de las Entidades Promotoras de Salud u ordenados por fallo de tutela. Para lo anterior, las entidades tomarán la información de los últimos tres (3) años respecto al costo de los servicios y/o tecnologías No POS suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado, a cargo de las Entidades Territoriales, dividiéndola por el número de personas afiliadas la Régimen Subsidiado . Igualmente, deberán tenerse en cuenta los precios de los medicamentos sujetos a régimen de control de precios, definidos por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, o la entidad que haga sus veces.

El gasto per cápita en servicios no incluidos en el Plan de Beneficios de la población afiliada al Régimen Subsidiado, se multiplicará por el número de afiliados a dicho régimen para cada vigencia del Plan. Se determinará el crecimiento del gasto per cápita para cada año de estos servicios, con base en el índice de inflación esperado en el marco fiscal de mediano plazo y deberá ser ajustado periódicamente de acuerdo con el comportamiento de la demanda de estos servicios, utilizando promedios móviles.

Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado – ESE y Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero. Cada entidad departamental o distrital, en función del diseño de la red territorial de Empresas Sociales del Estado, deberá determinar las acciones que permitan fortalecer la prestación pública de servicios en condiciones de equilibrio financiero, incluyendo medidas de ajuste institucional, de fortalecimiento de la capacidad instalada, de mejoramiento de las condiciones de calidad en la prestación y de la gestión institucional, con especial énfasis en las medidas relacionadas con el recaudo de ingresos por venta de servicios, según lo estipulado por el artículo 156 de la Ley 1450 de 2011 o la norma que lo modifique o sustituya. En el caso de las ESE en riesgo medio o alto, en desarrollo de lo previsto en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011, las acciones incluidas en el programa deberán estar articuladas con los contenidos de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, viabilizados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, así como las modificaciones o ajustes requeridos en cada periodo.

Prestación de servicios de salud a través de Empresas Sociales del Estado – ESE en condiciones de eficiencia. Cada entidad departamental o distrital deberá determinar el requerimiento de recursos no asociados a la producción y venta de servicios de salud, que contribuyan al financiamiento de la prestación de servicios de salud en condiciones de eficiencia, a través de Empresas Sociales del Estado. Para identificar las ESE que podrían ser objeto de los recursos, para lo cual deberán cumplir los requisitos y condiciones definidos en el Decreto 2273 de 2014 (Subsección 1 de la Sección 3 del Capítulo 8 - Título 3 – Parte 5 - Libro 2 del Decreto

780 de 2016 - DURSS) y aquellos que lo modifiquen o sustituyan; el Departamento o Distrito, en el marco del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las redes de ESE y de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, tendrá en cuenta la evaluación de las condiciones de operación de la Empresa Social del Estado, así:

La Empresa Social del Estado deberá operar en su área de influencia en condiciones de mercado monopólicas, es decir, que constituya la única opción para la prestación de servicios de salud, considerados trazadores. Para los efectos aquí dispuestos, y en el marco de las redes de prestación de servicios de salud, se consideran servicios trazadores los siguientes

Nivel de atención de la ESE	Servicio trazador
Nivel 1	Urgencias
	Obstetricia
	Consulta externa, cuando la ESE no tenga habilitados otro tipo de servicio
Niveles 2 y 3	Urgencias
	Obstetricia
	Hospitalización general (adulto y pediátrica)
	Cirugía general o pediátrica
	Cirugía ortopédica
	Neurocirugía
	Cirugía oncológica (adulto y pediátrica)
	Oncología clínica
	Cuidados intensivos adultos, pediátrico y neonatal
	Unidad de quemados
	Hospitalización en salud mental
Urgencias en salud mental	

Se priorizará a las Empresas Sociales del Estado localizadas en territorios con población dispersa geográficamente, alejados o de difícil acceso geográfico, por situación de seguridad o por funcionalidad.

Para la cuantificación de los recursos que cofinanciarán la prestación de servicios de salud, a través de la Empresas Sociales del Estado, se tendrá en cuenta su operación en condiciones de eficiencia, para lo cual, se evaluará que los gastos comprometidos e ingresos recaudados sean consistentes con el tipo y volumen de servicios producidos, en el marco de la red definida por la entidad territorial. En función de las medidas adoptadas en los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, la destinación de este recurso podrá ser decreciente en el tiempo.

5.4.2.3 Fuentes de financiación de Prestación de Servicios a la Población Pobre en lo no Cubierto con Subsidios a la Demanda

Las rentas que financian la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda se proyectarán conforme se determina a continuación:

- a) **Sistema General de Participaciones - Prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda.** De acuerdo con lo establecido en la Ley 1438 de 2011, los recursos del Sistema General de Participaciones para salud, que se destinan a la

prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, serán el valor restante de financiar el régimen subsidiado y las acciones de salud pública.

- b) **IVA cedido de Licores, vinos y Aperitivos.** (Leyes 788 de 2002 y 1393 de 2010). Con base en la información de recaudo de esta fuente destinada a Salud, (IVA de Licores - 100% Salud- y Vinos, aperitivos y similares -70% Salud-) en el año inmediatamente anterior a la formulación del Plan, proyectarán los recursos para cada vigencia fiscal y determinarán el monto de recursos destinado a la prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
- c) **Ocho (8) Puntos del impuesto al consumo de cervezas y Sifones.** (Leyes 223 de 1995 y 1393 de 2010). Con base en la información de recaudo de esta fuente destinada a Salud en el año inmediatamente anterior a la formulación del Plan, proyectarán los recursos para cada vigencia fiscal y determinarán el monto de recursos destinado a la prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
- d) **Recursos destinados por la Ley 1608 de 2013.** En el caso de los recursos de que trata el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013, destinados a la financiación de los programas de saneamiento fiscal y financiero e infraestructura y dotación hospitalaria, se cuantificarán de acuerdo con los montos incluidos en el Plan de aplicación y ejecución de estos recursos en desarrollo de la Resolución 292 de 2013 y deberán ser incluidos en los planes financieros territoriales en el monto que se pretende ejecutar a nivel de compromisos durante la vigencia correspondiente.

En el caso de los recursos de excedentes de las rentas cedidas destinados al fortalecimiento de la infraestructura, la renovación tecnológica, el saneamiento fiscal y financiero, de que trata el artículo 4 de la Ley 1608 de 2013 se deberán cuantificar e incorporar en el plan financiero territorial en el monto que se pretende ejecutar a nivel de compromisos durante la vigencia correspondiente.

- e) **Recursos excedentes de FONPET – Lotto en línea (Decreto 728 de 2013).** Los Distritos y Departamentos que no tengan obligaciones pensionales del sector salud o las tengan plenamente financiadas, acumulados en el FONPET a la fecha en que se determine la inexistencia de obligaciones pensionales de las Entidades Territoriales con el sector salud o que se establezca que se encuentran plenamente financiadas, que vayan a utilizar los recursos a la financiación de los programas de saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo financiero medio y alto y/o a la inversión en infraestructura de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Se incorporará en el respectivo plan el valor que se pretenda ejecutar a nivel de compromisos.
- f) **Recursos del Balance Prestación de Servicios de Salud:** Son ingresos de capital provenientes de la liquidación del ejercicio fiscal del año anterior para el componente de prestación de servicios de salud, incluye el superávit fiscal así como la cancelación de reservas presupuestales y de cuentas por pagar. El superávit, es el resultado de restar del ingreso recaudado total de la vigencia, el gasto ejecutado total o sumatoria de compromisos (recaudos menos compromisos para el componente específico), esto último permite incluir como exigibilidades de caja las reservas presupuestales y cuentas por pagar. Los recursos del balance del componente mantienen la destinación específica y deben ser incorporados en su totalidad en el presupuesto de la siguiente vigencia.

- g) Otros recursos.** Están constituidos por otros recursos de capital (no relacionados con los recursos del balance) del componente específico, impuestos que destinen los Municipios, Distritos y Departamentos para financiar la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado, los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero y los que se destinen a la prestación de servicios de salud a través de las ESE en condiciones de eficiencia. En esta categoría, se incluyen también los recursos de regalías que se destinen a estos fines.

Los recursos definidos en los literales a), b) y c), serán proyectados en correspondencia con los criterios establecidos en el Marco Fiscal de Mediano Plazo de la entidad territorial.

Sin perjuicio de lo anterior, se harán ajustes anuales a la proyección basados en el recaudo efectivo de la vigencia inmediatamente anterior.

5.4.2.4 Fuentes de Financiación de Prestación de Servicios a la Población Pobre en lo no Cubierto con Subsidios a la Demanda

Una vez se determinen los gastos en cada uno de los elementos enunciados, el resultado se deberá restar de la sumatoria de las fuentes de financiación, teniendo en cuenta las disposiciones vigentes en cuanto al uso. En primer lugar, se garantizarán los recursos requeridos para la financiación de la prestación de servicios de salud de la población pobre no asegurada y los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios de la población afiliada al Régimen Subsidiado, y en segundo lugar, se priorizará la financiación del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado y los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero.

Para la utilización de los recursos destinados a contribuir al financiamiento de la prestación de servicios de salud a través de ESE en condiciones de eficiencia, el Departamento o distrito tendrá en cuenta los criterios utilizados en desarrollo del literal d) numeral 4.2.2 del Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 4834 de 2015, y dichos recursos, estarán sujetos al cumplimiento de metas de desempeño en la prestación de servicios de salud en el marco del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado y los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero.

Los recursos serán proyectados en correspondencia con los criterios establecidos en el Marco Fiscal de Mediano Plazo de la entidad territorial y deberán ser objeto de inclusión en el presupuesto de la misma.

5.4.3 Salud Pública

5.4.3.1 Población Objeto

La población objeto está constituida por la población total en el territorio a la cual está dirigida el conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del Estado, que buscan promover la equidad en salud y el desarrollo humano. Para efectos de la presente resolución, la planeación de los recursos financieros corresponde a las intervenciones de carácter colectivo y a las funciones y competencias indelegables de la entidad territorial, definidas por ley, sin perjuicio

del alcance y deben articularse a las acciones individuales a cargo de las Entidades Promotoras de Salud de los diferentes regímenes de aseguramiento vigentes.

5.4.3.2 Prioridades en salud pública

Las prioridades en salud pública serán determinadas por la entidad territorial a partir del análisis de situación en salud bajo el modelo de determinantes sociales de la salud en el marco del Plan Decenal de Salud adoptado mediante Resolución 1841 de 2013.

5.4.3.3 Gastos en Salud

El gasto en las acciones de carácter colectivo de salud pública en cada prioridad, se calculará, cuando sea pertinente, tomando como base la población beneficiaria y/o unidad de medida de cada programa y/o estrategia y la ejecución de los recursos correspondientes al año anterior a la vigencia del plan. Este gasto se considerará de referencia y podrá ser ajustado según las necesidades y priorización establecidos por la entidad territorial. Cuando los programas y estrategias tengan como objeto un universo diferente a individuos, el gasto se estimará por la unidad de medida correspondiente a tal universo poblacional.

Para los años posteriores, se tomará como base de cálculo la población beneficiaria y/o unidad de medida ajustada según las prioridades definidas por la entidad territorial, multiplicada por el gasto de referencia ajustado por la inflación o por el gasto ajustado según las necesidades de la entidad territorial.

5.4.3.4 Prioridades en salud pública.

Las prioridades en salud pública definidas en el Plan Territorial de Salud en el marco del Plan Decenal de Salud Pública adoptado mediante Resolución 1841 de 2013 y según lo dispuesto en el Título III capítulo III Priorización en salud pública de la Resolución 1536 de 2015 y aquellas que las modifiquen o sustituyan.

5.4.3.5 Gasto en salud pública.

El gasto en las acciones de carácter poblacional o colectivo en salud pública por cada prioridad, se calculará, tomando como base la población proyectada como beneficiaria meta del Plan Territorial de Salud, la unidad de medida de cada estrategia y la ejecución de los recursos del plan territorial de salud correspondientes al año anterior a la vigencia. Este gasto se considerará de referencia para proyecciones y deberá ser ajustado según las necesidades y priorización establecidos por la entidad territorial.

Para los años posteriores, se tomará como base de cálculo la población proyectada como beneficiaria en la meta Plan Territorial de Salud y unidad de medida ajustada según las prioridades definidas por la entidad territorial, multiplicada por el gasto de referencia ajustado por la inflación o por el gasto ajustado según las necesidades de la entidad territorial. Para cada vigencia se modificará los valores de gasto de acuerdo al Plan Territorial de Salud ajustado y aprobado.

5.4.3.6 Fuentes de Financiación para Salud Pública

Las fuentes de financiación para las acciones de carácter colectivo de salud pública y que deberán ser aplicadas según las prioridades territoriales en la materia, son:

- a) **Sistema General de Participaciones - Salud Pública.** Conforme lo establecido en el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011. En todo caso, el 10% del Sistema General de Participaciones para Salud se destinará a financiar las acciones en salud pública.

Con base en el valor distribuido por el Conpes Social a cada entidad territorial para la vigencia en la cual se elabora el Plan, las Entidades Territoriales proyectarán los recursos disponibles para este concepto. Estos recursos se proyectarán según los criterios establecidos en el Marco Fiscal de Mediano Plazo de la entidad territorial.

- b) **Transferencias Nacionales ETV. (Decreto 1525 de 1994).** Son los recursos transferidos por la Nación para inversión en el sector salud, con destinación específica a la prevención de enfermedades transmitidas por vectores- ETV. Con base en el valor asignado a cada entidad territorial en la vigencia anterior a la cual se elabora el Plan, las Entidades Territoriales proyectarán los recursos disponibles para este concepto.
- c) **Transferencias Nacionales Lepra.** Son los recursos transferidos por la Nación para inversión en el sector salud, con destinación específica a la prevención de la Lepra. Con base en el valor asignado a cada entidad territorial en la vigencia anterior a la cual se elabora el plan, dichas entidades proyectarán los recursos disponibles para este concepto.
- d) **Transferencias Nacionales TBC.** Son los recursos transferidos por la Nación para inversión en el sector salud, con destinación específica a la prevención de la tuberculosis. Con base en el valor transferido a cada entidad territorial en la vigencia anterior a la cual se elabora el plan, dichas entidades proyectarán los recursos disponibles para este concepto.
- e) **Ingresos Venta de Servicios de Laboratorio de Salud Pública.** Corresponden a los ingresos por venta de servicios de los laboratorios de salud pública departamentales y del Distrito Capital. Con base en el valor recaudado en la vigencia anterior a la cual se elabora el plan, las Entidades Territoriales proyectarán los recursos disponibles para este concepto.
- f) **Regalías.** Es la contraprestación económica recibida a título de regalía por las Entidades Territoriales donde se exploten los recursos naturales no renovables o por los Municipios portuarios marítimos y fluviales, a través de los cuales aquellos se transporten y que se destinen a financiar programas de salud pública en los territorios.
- g) **Derechos de explotación de juegos de suerte y azar. Son los recursos percibidos por la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar en los términos de la Ley 643 de 2001.** La entidad territorial determinará el monto a destinar de esta renta en cada vigencia, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública. Para lo anterior, tales entidades deberán sujetarse a lo establecido en el artículo 60 de la Ley 715 de 2001.
- h) **IVA cedido de licores, vinos y aperitivos.** (Leyes 788 de 2002 y 1393 de 2010). La entidad territorial determinará el monto a destinar de esta renta en cada vigencia, en el

marco del Plan Decenal de Salud Pública. Para lo anterior, deberán sujetarse a lo establecido en el artículo 60 de la Ley 715 de 2001.

- i) **Ocho (8) puntos del impuesto al consumo de cervezas y sifones.** (Leyes 223 de 1995 y 1393 de 2010). La entidad territorial determinará el monto a destinar de esta renta en cada vigencia, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública. Para lo anterior, deberán sujetarse a lo establecido en el artículo 60 de la Ley 715 de 2001.
- j) **Ingresos Corrientes de Libre destinación.** Son ingresos de la entidad territorial sin destinación específica para el sector salud que con el objetivo de financiar las acciones de carácter colectivo de salud pública en el marco del Plan Decenal destine la entidad al componente de gasto de inversión.
- k) **Recursos del Balance Salud Pública:** Son ingresos de capital provenientes de la liquidación del ejercicio fiscal del año anterior para el componente de salud pública incluye el superávit fiscal así como la cancelación de reservas presupuestales y de cuentas por pagar. El superávit, es el resultado de restar del ingreso recaudado total de la vigencia, el gasto ejecutado total o sumatoria de compromisos (recaudos menos compromisos para el componente específico), esto último permite incluir como exigibilidades de caja las reservas presupuestales y cuentas por pagar. Los recursos del balance del componente mantienen la destinación específica y deben ser incorporados en su totalidad en el presupuesto de la siguiente vigencia.
- l) **Otros recursos.** Están constituidos por los recursos de capital (no relacionados con los recursos del balance) del componente específico, impuestos territoriales u otras rentas que deban destinar las Entidades Territoriales para garantizar el funcionamiento de las Secretarías de Salud Departamentales y/o Distritales.

S.G.P. - Propósito General Libre Inversión. Incluye los recursos para agua potable y saneamiento básico.

Recursos propios. Son los ingresos por impuestos a nivel territorial como: impuestos territoriales, permisos de circulación, patentes municipales, derechos de aseo, derechos varios, fondo común municipal, rentas de inversiones, multas e intereses.

Otras transferencias del nivel nacional para inversión en salud pública. Corresponden a otros recursos transferidos por la Nación para inversión en el sector salud en general.

Otras transferencias del nivel departamental para inversión en salud pública. Son transferencias corrientes del nivel departamental orientadas a inversión diferentes a las anteriores

Las Entidades Territoriales deberán proyectar sus gastos por cada una de las tres líneas operativas definidas en el plan decenal de salud pública, priorizando las metas en cada dimensión y la disponibilidad de los recursos financieros correspondientes en cada vigencia fiscal.

Para el primer plan financiero territorial la proyección de los recursos para las acciones colectivas de salud pública, se consideró la estructura indicativa de ejes programáticos. A partir del 2016, el

Plan Financiero Territorial de Salud se realizará en armonía con la estructura metodológica del Plan Decenal de Salud Pública y el Plan Territorial de Salud.

Nota: El plan financiero territorial debe coincidir con el plan plurianual de inversiones y del plan operativo anual en las Entidades Territoriales.

5.4.4 Salud Pública

5.4.4.1 Fuentes de financiación funcionamiento de las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud.

- a) **Ocho (8) puntos del impuesto al consumo de cervezas y sifones.** (Leyes 223 de 1995 y 1393 de 2010). Con base en la información de recaudo de esta fuente destinada a salud en el año inmediatamente anterior a la formulación del Plan, se proyectarán los recursos para cada vigencia fiscal. Conforme lo establece el artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, 34 de la Ley 1393 de 2010 y 44 de la Ley 1438 de 2011.
- b) **Loterías (foráneas, renta del monopolio, impuesto a ganadores, renta del monopolio utilidades y rifas y juegos promocionales).** (Ley 643 de 2001). Con base en la información de recaudo de esta fuente destinada a salud en el año inmediatamente anterior a la formulación del Plan, se proyectarán los recursos para cada vigencia fiscal. La cofinanciación del Régimen Subsidiado se proyectará conforme a lo establecido en el artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, 34 de la Ley 1393 de 2010 y 44 de la Ley 1438 de 2011, es decir, el producto de la explotación descontando lo destinado por ley a pensiones, funcionamiento e investigación.
- c) **Derechos de explotación de juego de apuestas permanentes o chance.** (Leyes 643 de 2001 y 1393 de 2010). Con base en la información de recaudo de esta fuente destinada a salud en el año inmediatamente anterior a la formulación del Plan, se proyectarán los recursos para cada vigencia fiscal. La cofinanciación del Régimen Subsidiado se proyectará conforme a lo establecido en el artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, 34 de la Ley 1393 de 2010 y 44 de la Ley 1438 de 2011, es decir, el valor total menos lo destinado por ley a pensiones, funcionamiento e investigación.
- d) **Recursos transferidos por COLJUEGOS al Departamento - Monopolio de juegos de suerte y azar.** (Ley 643 de 2001). Con base en la información de recaudo de esta fuente destinada a salud en el año inmediatamente anterior a la formulación del Plan, se proyectarán los recursos para cada vigencia fiscal. La cofinanciación del Régimen Subsidiado se proyectará conforme a lo establecido en el artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, 34 de la Ley 1393 de 2010 y 44 de la Ley 1438 de 2011, es decir, el valor total menos lo destinado por ley a pensiones, funcionamiento e investigación.
- e) **Ingresos Corrientes de Libre destinación.** Son ingresos de la entidad territorial sin destinación específica para el sector salud que con el objetivo de financiar el funcionamiento de las Secretarías de Salud Departamentales y/o Distritales, destine la entidad.

- f) **Recursos del Balance Gasto de Funcionamiento.** Son ingresos de capital provenientes de la liquidación del ejercicio fiscal del año anterior para el componente de Otros gastos en Salud – funcionamiento incluye el superávit fiscal así como la cancelación de reservas presupuestales y cuentas por pagar. El superávit, es el resultado de restar del ingreso recaudado total de la vigencia, el gasto ejecutado total o sumatoria de compromisos (recaudos menos compromisos para el componente específico), esto último permite incluir como exigibilidades de caja las reservas presupuestales y cuentas por pagar.
- g) **Otros recursos.** Están constituidos por los recursos de capital (no relacionados con los recursos del balance) del componente específico, impuestos territoriales u otras rentas que deban destinar las Entidades Territoriales para garantizar el funcionamiento de las Secretarías de Salud Departamentales y/o Distritales.

5.4.4.2 Estimación de Recursos

Una vez se determinen los ingresos y gastos de funcionamiento de las Secretarías de Salud Departamentales y /o Distritales, los recursos serán proyectados en correspondencia con los criterios establecidos en el Marco Fiscal de Mediano Plazo de la entidad territorial y deberán ser objeto de inclusiones en el presupuesto de la misma.

LEYES	FECHA	EPIGRAFE
Ley 10 de 1990	10 de Enero de 1990	Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 60 de 1993	12 de Agosto de 1993	Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.
Ley 100 de 1993	23 de Diciembre de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
Ley 223 de 1995	20 de Diciembre de 1995	Por la cual se expiden normas sobre racionalización tributaria y se dictan otras disposiciones.
Ley 643 de 2001	16 de Enero de 2001	Por la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar.
Ley 715 de 2001	21 de Diciembre de 2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
Ley 788 de 2002	27 de Diciembre de 2002	Por la cual se expiden normas en materia tributaria y penal del orden nacional y territorial; y se dictan otras disposiciones.
Ley 1122 de 2007	9 de Enero de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1250 de 2008	27 de Noviembre de 2008	Por la cual se adiciona un inciso al artículo 204 de la Ley 100 de 1993 modificado por el artículo 10 de la Ley 1122 de 2007 y un párrafo al artículo 19 de la Ley 100 de 1993 modificado por el artículo 6 de la Ley 797 de 2003
Ley 1393 de 2010	12 de Julio de 2010	Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1438 de 2011	19 de Enero de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1448 de 2011	10 de Junio de 2011	Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.
Ley 1450 de 2011	16 de Junio de 2011	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014.

Ley 1607 de 2012	26 de diciembre de 2012	Por la cual se expiden normas en materia tributaria y se dictan otras disposiciones.
Ley 1608 de 2013	2 de Enero de 2013	Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud.
Ley 1753 de 2015	9 junio 2015	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo País”
Ley 1769 de 2015	24 noviembre 2015	Por la cual se decreta el presupuesto de rentas y recursos de capital y Ley de apropiaciones para la vigencia fiscal del 1 de enero al 31 de diciembre 20

DECRETO	FECHA	EPIGRAFE
Decreto 1032 de 1991	18 de Abril de 1991	Por el cual se regula integralmente el seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito.
Decreto 1283 de 1996	23 de Julio de 1996	Por el cual se reglamenta el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Decreto 050 de 2003	13 de Enero de 2003	Por el cual se adoptan unas medidas para optimizar el flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Decreto 2280 de 2004	15 de Julio de 2004	Por el cual se reglamenta el proceso de compensación y el funcionamiento de la Subcuenta de compensación interna del régimen contributivo del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA.
Decreto 3990 de 2007	17 de Octubre de 2007	Por el cual se reglamenta la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes del Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, se establecen las condiciones de operación del aseguramiento de los riesgos derivados de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas, las condiciones generales del seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, SOAT, y se dictan otras disposiciones
Decreto 4023 de 2011	28 de Octubre de 2011	Por el cual se reglamenta el proceso de compensación y el funcionamiento de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, se fijan reglas para el control del recaudo de cotizaciones al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Decreto 4107 de 2011	2 de Noviembre de 2011	Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.
Decreto 4800 de 2011	20 de Diciembre de 2011	Por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones.

Decreto 4812 de 2011	20 de diciembre de 2011	Por el cual se modifican los artículos 23, 26 y 27 del Decreto 1283 de 1996.
Decreto 971 de 2011	31 de Marzo de 2011	Por medio del que se define el instrumento a través del cual el Ministerio de la Protección Social girará los recursos del Régimen Subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud, se establecen medidas para agilizar el flujo de recursos entre EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1124 de 2011	8 de Abril de 2011	Por el cual se determinan los criterios de uso de unos recursos destinados a la salud.
Decreto 2687 de 2012	21 de diciembre de 2012	Por el cual se reglamenta el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011 (recursos CCF)
Decreto 2710 de 2012	27 de diciembre de 2012	Por el cual se regula la cofinanciación de la Nación en la cobertura del régimen subsidiado de Entidades Territoriales productoras que destinaron regalías para dicho régimen
Decreto 1080 de 2012	23 de Mayo de 2012	Por el cual se establece el procedimiento para el pago de las deudas del régimen subsidiado
Decreto 196 de 2013	12 de febrero de 2013	Por el cual se fija el procedimiento y los criterios de distribución y asignación de recursos del SGP para salud en el componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y se dictan otras disposiciones
Decreto 1141 de 2013	31 de mayo de 2013	Por el cual se determinan los parámetros generales de viabilidad, monitoreo, seguimiento y evaluación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero que deben adoptar las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial, categorizadas en riesgo medio o alto y se dictan otras disposiciones."
Decreto 728 de 2013	16 de abril de 2013	Por el cual se reglamentan los parágrafos 2 y 3 del artículo 42 de la Ley 643 de 2001
Decreto 1084 de 2015	26 de mayo de 2015	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Inclusión Social y Reconciliación"
Decreto 1681 de 2015	20 de agosto de 2015	Por el cual se reglamenta la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA
Decreto 2353 de 2015	3 de diciembre de 2015	Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud
Decreto 780 de 2016	6 de Mayo de 2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
RESOLUCIONES	FECHA	EPIGRAFE
Resolución 2320 de 2011	17 de junio de 2011	Por medio de la cual se establece el mecanismo de reporte de la información por parte de las Entidades Promotoras de Salud relacionada con los montos a girar a las Instituciones

		Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones
Resolución 3467 de 2012	25 de octubre de 2012	Por la cual se adopta el Manual de Condiciones para el Diseño y Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero por parte de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial, categorizadas en riesgo medio o alto.
Resolución 292 de 2013	7 de febrero de 2013	Por la cual se definen los términos y condiciones de reporte del Plan de aplicación y ejecución de los recursos de que trata la Ley 1608 de 2013
Resolución 3239 de 2013	26 de Agosto de 2013	Por la cual se reglamenta el artículo 41 del Decreto Ley 4107 de 2011
Resolución 4015 de 2013	26 de Noviembre de 2013	Por la cual se establecen los términos y se adopta la metodología para la elaboración de los Planes Financieros.
Resolución 889 de 2014	20 de Marzo de 2014	Por la cual se modifica la Resolución 3239 de 2013 que reglamenta el procedimiento para implementar la compra directa de cartera de las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud, con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías del FOSYGA
Resolución 3029 de 2014	22 de Julio de 2014	Por la cual se modifica la Resolución 3239 de 2013, modificada por las Resoluciones 5299 de 2013 y 889 de 2014.
Resolución 5376 de 2014	25 de Noviembre de 2014	Por la cual se modifica la Resolución 3239 de 2013, modificada por las Resoluciones 5299 de 2013, 889 y 3029 de 2014.
Resolución 4834 de 2015	29 de diciembre de 2015	Por la cual se modifica la Resolución 4015 de 2013 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 805 de 2016	10 de Marzo de 2016	Por la cual se modifican los criterios para la compra de cartera
Resolución 1121 de 2016	5 de Abril de 2016	Por la cual se modifican la Resolución 3460 de 2015 modificada por la Resolución 5588 de 2015
Resolución 3460 de 2016	9 de Septiembre de 2015	Por la cual se establece el procedimiento, las condiciones, los requisitos que deben cumplir los beneficiarios, los criterios de viabilidad y el seguimiento a la línea de redescuento con tasa compensada de la Financiera de Desarrollo Territorial S. A. — FINDETER - destinada a otorgar liquidez y al saneamiento de pasivos del sector salud.

ANEXO No. 1: NORMOGRAMA

ANEXO No. 2: ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO SECTORIAL

FUENTE	CONCEPTO	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO			POBLACIÓN POBRE NO AFILIADA NO POS	RECOBROS FOSYGA	COBERTURA ECAT	Py P y SP	OTROS
			NACIÓN	DPTO	MPIO					
COTIZACIONES	Dependientes e independientes 12,5% del IBC, Pensionados 12%	UPC y LICENCIAS DE MATERNIDAD, 10,44 DEL IBC. Incapacidades 0,34% del IBC,	1,5% del IBC UPC				De los recursos de excedentes de la Subcuenta de Compensación	0,4 puntos del IBC Per cápita afiliados al Régimen Contributivo (ACCIONES A CARGO EPS y PLAN AMPLIADO INMUNIZACIONES)	0,225% del IBC Per cápita afiliados R.C Plan Ampliado de inmunizaciones	
	Régimenes de excepción y Régimenes Especiales		1,5% del IBC							
	Régimenes de excepción con vinculación adicional	UPC y Prestaciones económicas 11%	1,5% del IBC UPC					0,4% del IBC per cápita afiliados		
SGP (24,5%)					80%	25% PPNA No POS, Aportes patronales, FONSAET			10%	
Rentas Cedidas (IVA Licores e imoconsumo de Cerveza)				50%		25%				25% Funcionamiento
MIS&A (Loterías y Chance)				68%						25% Funcionamiento 7% Colciencias
CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	Artículo 217 de la Ley 100. 5 o 10 % del Recaudo		100%							
	Artículo 46 de la Ley 1438. Un cuarto de punto		2012: 100%						A partir de 2013 se puede destinar un porcentaje para	

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

ANEXO No. 2: ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO SECTORIAL CONTINUACIÓN

FUENTE	CONCEPTO	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO			POBLACIÓN POBRE NO AFILIADA NO POS	RECOBROS FOSYGA	COBERTURA ECAT	Py P y SP	OTROS
			NACIÓN	DPTO	MPIO					
RECURSOS LEY 1393 DE 2010	IVA Cervezas e IVA de juegos de suerte y Azar		100%							
	Sobretasa al consumo de cigarrillos y tabaco 10%			100%						
	Impuesto al Consumo de licores vinos aperitivos y similares 6%			100%						
	COLJUEGOS, juegos novedosos y localizados			68%	68%					25% Funcionamiento 7% colciencias
SOAT. 50% De Contribución 20% de la póliza			Aprox 25%			Excedentes de facturación, convenios desplazados, mejoramiento de la gestión de instituciones	Atención en salud a víctimas de AT de Catastrofes Naturales, Eventos Terroristas, indemnización por incapacidad y muerte. Auxilio funerario. Aprox entre el 20% y el	Aprox 25% PAI Nación	Becas crédito, prevención emergencias, población en discapacidad	
APORTES DE LA NACIÓN			Subcuenta de Solidaridad. Base Ley 1122 de 2010. Deuda Paripassu. Cierre nación Financiación Régimen Subsidiado							
OTROS	Impuesto municiones y explosivos									Prevención de la violencia contra las mujeres
	Impuesto Social a las armas					Trauma mayor por violencia				Prevención de la violencia contra las mujeres
	Estampilla procultura			100%	100%					

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

