

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Informe de Gestión vigencia 2025

Bernardo Armando Camacho Rodríguez
Superintendente Nacional de Salud

Febrero 2026

Control de cambios al documento

Fecha	Cambios introducidos
Enero de 2026 Versión 1	Versión inicial del documento
Febrero de 2026 Versión 2	• Actualización de información cualitativa y cuantitativa del numeral 5.1.2 Dirección Financiera. • Actualización del numeral 7. Conclusiones y Recomendaciones, en lo correspondiente a la Delegatura para la Función Jurisdiccional y de Conciliación. • Ajustes de estilo, redacción y digitación.

Contenido

Equipo Directivo	28
Introducción	29
Contexto de la Entidad	31
1. Metas y compromisos institucionales	36
2. Resultados Institucionales 2025	43
2.1. Objetivos Sectoriales	44
2.2. Objetivos Estratégicos Institucionales	75
3. Descripción de la Gestión Misional	125
3.1. Delegatura para la Protección al Usuario.....	125
3.2. Delegatura para Entidades de Aseguramiento en Salud	155
3.3. Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud	242
3.4. Delegatura para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS	546
3.5. Delegatura para Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos	606
3.6. Delegatura de Investigaciones Administrativas	617
3.7. Delegatura para la Función Jurisdiccional y de Conciliación.....	634
3.8. Oficina de Liquidaciones	647
4. Descripción de la Gestión Estratégica.....	664

4.1. Oficina Asesora de Planeación	664
4.2. Oficina de Comunicaciones	701
4.3. Dirección de Innovación y Desarrollo	715
4.4. Dirección Jurídica	775
5. Descripción de la Gestión de Apoyo	821
5.1. Secretaría General	821
5.1.1. Dirección de Talento Humano	821
5.1.2. Dirección Financiera	837
5.1.3. Dirección Administrativa	886
5.1.4. Dirección de Contratación	899
6. Descripción de la Gestión de Evaluación y Control	902
6.1. Oficina de Control Interno	902
6.2. Oficina de Control Disciplinario Interno.....	918
7. Conclusiones y Recomendaciones.....	919
7.1. Conclusiones	919
7.2. Recomendaciones	928

Lista de Tablas

Tabla 1 Resultado indicador PES Actores del sistema con acciones de IV por parte de la Direcciones Regionales	45
Tabla 2 Resultado indicador PES Nuevas sedes de la Supersalud en el territorio	47
Tabla 3 Resultado indicador PES Acciones de IV ejecutadas a los prestadores	49
Tabla 4 Resultado indicador PES Porcentaje de fórmulas de medicamentos PBS dispensadas	51
Tabla 5 Resultado indicador PES Proyectos asociados al Modelo de Gobierno y Gestión de datos e información implementado	56
Tabla 6 Resultado indicador PES Lineamientos asociados al sistema de gestión del conocimiento y la innovación de la Supersalud diseñado, implementado y evaluado	63
Tabla 7 Resultado indicador PES Registro sistematizado con información pública de los vigilados liquidados y en liquidación.....	67
Tabla 8 Resultado indicador PES Porcentaje de alertas generadas en desarrollo de las acciones de IV a generadores, recaudadores y administradores de recursos del SGSSS.....	69
Tabla 9 Resultado indicador PES Alertas identificadas y gestionados en el monitoreo y vigilancia de los recursos financieros en las ESE.....	71

Tabla 10 Resultado indicador PES Recaudo de la contribución a favor de la Superintendencia Nacional de Salud	74
Tabla 11 Resultado indicador seguimiento PEI Porcentaje de ESE bajo medida especial sobre la implementación lineamientos de formalización laboral y atención en salud con enfoque diferencial	77
Tabla 12 Resultados indicador PEI -Acciones integrales en territorio	79
Tabla 13 Resultado indicador PEI Porcentaje de órdenes judiciales y mandatos de organismos internacionales de obligatorio cumplimiento por parte de la Supersalud con acciones de seguimiento, monitoreo y/o evaluación	80
Tabla 14 Resultado indicador PEI Porcentaje de reclamos en salud con acciones de inspección y vigilancia	81
Tabla 15 Resultado indicador PEI Porcentaje reclamos en salud de riesgo vital con acciones de IV	82
Tabla 16 Resultado indicador PEI Porcentaje de total de Actores del sistema con acciones de IV por parte de la Dirección Regional	82
Tabla 17 Resultado indicador PEI Porcentaje de nuevos territorios impactados con acciones de IV	87
Tabla 18 Resultado indicador PEI Porcentaje de fórmulas de medicamentos PBS dispensadas de manera completa por el Gestor Farmacéutico.....	88
Tabla 19 Resultado indicador PEI Porcentaje de fórmulas de medicamentos no PBS (PBS NO UPC) dispensadas de manera completa por el Gestor Farmacéutico (GF).....	89

Tabla 20 Resultado indicador PEI Porcentaje de alertas generadas en desarrollo de las acciones de IV a generadores, recaudadores y administradores de recursos del SGSSS.....	90
Tabla 21 Resultado indicador PEI Redes de Controladores departamental activadas	92
Tabla 22 Resultado indicador PEI Actividades que promueven los derechos y deberes en Salud y mecanismos de participación ciudadana en salud	93
Tabla 23 Resultado indicador PEI Asistentes a eventos programados	93
Tabla 24 Resultado indicador PEI Cobertura de los grupos de valor y ciudadanía de la Supersalud con información sobre las características del sector de los Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos como integrantes del SGSSS.....	95
Tabla 25 Resultado indicador PEI Porcentaje de avance en el rediseño del Marco Integral de Supervisión de la Supersalud	96
Tabla 26 Resultado indicador PEI Proyectos implementados asociados al Modelo de Gobierno y Gestión de Datos e Información	97
Tabla 27 Resultado indicador PEI Porcentaje de líneas estratégicas y Operativas para la transformación digital implementadas.....	98
Tabla 28 Resultado indicador PEI Porcentaje de implementación del registro sistematizado con información pública de los vigilados liquidados y en liquidación	101
Tabla 29 Resultado indicador PEI Índice de Evaluación de Desempeño	102

Tabla 30 Resultado indicador PEI Campañas de comunicación en redes sociales y medios de comunicación	103
Tabla 31 Resultado indicador PEI Nuevas sedes y oficinas de la Superintendencia Nacional de Salud en territorio	104
Tabla 32 Resultado indicador PEI Porcentaje de avance del diseño e implementación de la estrategia de la transversalización del enfoque diferencial de género e interseccional en la Supersalud	106
Tabla 33 Resultado indicador PEI Porcentaje de modernización tecnológica en la Gestión Documental de la Supersalud.	113
Tabla 34 Resultado indicador PEI Porcentaje del valor confirmado de pago de los acuerdos conciliatorios exigibles	115
Tabla 35 Resultado indicador PEI Acuerdos conciliatorios realizados.	115
Tabla 36 Resultado indicador PEI Porcentaje del Sistema de Gestión de la Innovación y del Conocimiento implementado.....	116
Tabla 37 Resultado indicador PEI Porcentaje de recaudo de la contribución a favor de la Supersalud.	121
Tabla 38 Resultado indicador PEI Variación porcentual anual del recaudo de la contribución	122
Tabla 39 Resultado indicador PEI Variación porcentual anual del recaudo de la contribución	122

Tabla 40 Resultado indicador PEI Informe de porcentaje de omisos identificados en el período	123
Tabla 41 Comportamiento reclamos en salud a nivel nacional creados en el 2025-DPU	126
Tabla 42 Comportamiento reclamos en salud por canales de atención creados en el 2025-DPU	126
Tabla 43 Total de Reclamos en salud por tipo de riesgo creados en el 2025-DPU	127
Tabla 44 Consolidado Jornadas de cierre de PQRD a nivel nacional y territorial-DPU	128
Tabla 45 Consolidado mesas de seguimiento con EAPB-DPU	130
Tabla 46 Requerimientos emitidos por mes grupo SIS-DPU	132
Tabla 47 Requerimientos emitidos por mes -DPU.....	132
Tabla 48 Requerimientos gestionados en 2025, desagregados por trimestre y tipo de ente de control-DPU	134
Tabla 49 Comportamiento de los reclamos en salud del departamento de la Guajira por clasificación del riesgo-DPU	136
Tabla 50 Relación de las medidas cautelares expedidas por la Delegatura para la Protección al Usuario.	137

Tabla 51 Total derechos de petición contestados por la Superintendencia Nacional de Salud.-DPU.....	138
Tabla 52 Estado de auditorías 2025-DPU.....	141
Tabla 53 Comunicaciones Alianza Usuarios, Canales de Atención, Oficinas y PC-2025.....	142
Tabla 54 Acompañamiento Rendición de Cuentas 2025	143
Tabla 55 Total auditorías al sistema PQRD de las entidades aseguradoras ..	143
Tabla 56 Gestión de estrategias de participación ciudadana vigencia 2025-DPU	145
Tabla 57 Resultados por eventos en municipios PDET-DPU.....	147
Tabla 58 Impacto por tipo de población.de las estrategias de atención y participación ciudadana-DPU	148
Tabla 59 Resolutividad de Jornadas de Atención al Usuario -DPU	149
Tabla 60 Consolidado de cierres casos atendidos en virtud de la estrategia de atención de las EAPB.	152
Tabla 61 Encuesta nivel de satisfacción por canal-DPU	153
Tabla 62 Medidas especiales adoptadas y en curso-DEAS.....	157
Tabla 63 Designación Agentes Interventores y Contralores -DEAS.....	160
Tabla 64 Planes de trabajo EPS Intervenidas-DEAS.....	162

Tabla 65 Seguimientos en campo a las EPS-DEAS	163
Tabla 66 Mesas de seguimiento adelantadas vigilados bajo medida especial-DEAS	164
Tabla 67 Resultados indicadores fénix EPS bajo medida -DEAS	165
Tabla 68 Publicaciones Informes de Evaluación del Cumplimiento de los indicadores (CM, PA y RI)	184
Tabla 69 Publicaciones informes de evaluación de capacidad financiera de las EPS-I	186
Tabla 70 PQRD Grupo IV Financiero Tramitadas de enero a diciembre de 2025	188
Tabla 71 Relación requerimientos giro directo	189
Tabla 72 Acuerdos de pago mesas de flujo de recursos - Cifras expresadas en millones de pesos-DEAS\$	191
Tabla 73 Resumen acuerdos de pago con acompañamiento de la Procuraduría - Cifras expresadas en millones de pesos-DEAS.....	192
Tabla 74 Radicados – Oficio flujo de recursos-DEAS	195
Tabla 75 Auditorías periodo enero a diciembre de 2025	197
Tabla 76 traslados dirección de investigaciones administrativas – Traslados a Investigaciones Administrativas.....	199
Tabla 77 Avance Planes de Mejoramiento – Resolución 497 de 2021-DEAS .	200

Tabla 78 Mesas técnicas de IV-DEAS	201
Tabla 79 Detalle mesas en Territorio-DEAS.....	210
Tabla 80 Requerimientos a las EPS	218
Tabla 81 Valor afectado por medida cautelar vs EPS	219
Tabla 82 Trámites recibidos (Corte 31/12/2024)-DEAS.....	222
Tabla 83 Solicitudes de Trámites Finalizados -DEAS	223
Tabla 84 Trámites que terminaron en desistimientos -DEAS	224
Tabla 85 Trámites en gestión (Corte 31/12/2025)-DEAS.....	224
Tabla 86 Apoyo técnico recursos de reposición DEAS	228
Tabla 87 Actos Administrativos autorización especial régimen subsidiado-DEAS	229
Tabla 88 Actos Administrativos actualización autorización de funcionamiento EPS intervenidas DEAS	231
Tabla 89 Línea documental actualizada	251
Tabla 90 Distribución de PQRDs por grupo de trabajo 2025.....	255
Tabla 91 Participación PQRDs a nivel departamental por cada 10.000 habitantes 2025 (enero a diciembre)	258
Tabla 92 Estructura cuestionarios autoevaluación SIGR	265

Tabla 93 Priorización IPS 2026-DPSS	273
Tabla 94 Priorización Transporte Especial de pacientes 2026-DPSS.....	273
Tabla 95 Riesgos Proceso de Auditorías	307
Tabla 96 Riesgos Proceso de Control	309
Tabla 97 Riesgos proceso de gestión en trámites.....	309
Tabla 98 Riesgos Proceso de seguimiento y evaluación al vigilado	311
Tabla 99 Distribución de auditorías por tipo de vigencia 2025-DPSS	322
Tabla 100 Distribución de auditorías por departamento vigencia 2025	323
Tabla 101 Gestión realizada a los Planes de Mejoramiento en la vigencia del 1 de enero a 31 de diciembre de 2025	325
Tabla 102 Estado de los planes de mejoramiento de la vigencia 2025	327
Tabla 103 Consolidado de directrices de las responsabilidades Prestadores de Servicios de Salud vigencia 2025	328
Tabla 104 Mesas de trabajo vigencia 2025	338
Tabla 105 Orientaciones técnicas vigencia 2025	343
Tabla 106 Traslados vigilados sobre el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos 2025.....	354
Tabla 107 Verificación de requisitos del Oficial de Cumplimiento SARLAFT/FPADM 2025	355

Tabla 108 Seguimiento en campo Supervisión Basada en Riesgos 2025	355
Tabla 109 Seguimiento a planes de acción y/o planes de mejoramiento	356
Tabla 110 Programación reuniones eventos de interés en Salud Pública 2025	361
Tabla 111 Consolidado de auditorías específicas de Salud Mental	390
Tabla 112 Consolidado de auditorías específicas de Cáncer	395
Tabla 113 Consolidado de auditorías específicas de VIH.....	399
Tabla 114 Seguimiento en campo a la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán vigencia 2025.....	407
Tabla 115 Consolidado resultado informe final de compromisos PSS 2025 ..	408
Tabla 116 Acciones de IV Sentencia T 302 de 2017 -Vigencia 2025	424
Tabla 117 Vigilados con plan de mejoramiento vigencia 2025.....	440
Tabla 118 Mesas de flujo de recursos realizadas 2025.....	453
Tabla 119 Resultados de la ejecución de las mesas.....	453
Tabla 120 Relación de reformas estatutarias vigencia 2025.....	459
Tabla 121 Empresas Sociales del Estado con Programa de Mejoramiento Institucional	461
Tabla 122 Empresas Sociales del Estado con Programa de Mejoramiento Institucional	463

Tabla 123 Empresas Sociales del Estado objeto de seguimiento y evaluación durante el 2025	465
Tabla 124 Empresas Sociales del Estado en PMI con asignación de recursos de la Resolución 1980 de 2024	466
Tabla 125 Empresas Sociales del Estado sin cuentas por pagar a financiar con los recursos de la Resolución 1980 de 2024.....	467
Tabla 126 Empresas Sociales del Estado con autorización de giro a beneficiarios finales	468
Tabla 127 Requerimientos Entes de Control vigencia 2025	471
Tabla 128 Medidas Cautelares impuestas, a prestadores de servicios de salud 2025.....	483
Tabla 129 Consolidado de indicadores FENIX	489
Tabla 130 Consolidado de nuevas actuaciones notificadas hasta agosto 2025	493
Tabla 131 ESE bajo medida especial de control 2025	494
Tabla 132 Entidades en acuerdo de reestructuración 2025	496
Tabla 133 Entidades bajo medida visitadas en 2025.....	497
Tabla 134 Entidades objeto de seguimiento proyectos de inversión	500
Tabla 135 Consolidado de entidades bajo medida con adjudicación de la Convocatoria Pública de Negociación Conjunta No. 001-2025	504

Tabla 136 Información equipos básicos de salud e infraestructura y dotación	510
Tabla 137 Información asignación recursos transporte especial, saneamientos pasivos, atención de partos, fortalecimiento de servicios	512
Tabla 138 Formalización laboral en ese bajo medida	514
Tabla 139 Consolidado de las ESE bajo medida especial con seguimiento de recursos asignados mediante la Resolución 1980 de 2024 –	517
Tabla 140 Consolidado de comités en lo que participa DMEPSS.....	534
Tabla 141 Mesas IV realizadas durante la vigencia 2025.....	549
Tabla 142 Mesas IV vigencia 2025	551
Tabla 143 Acciones Integrales en Territorio vigencia 2025	552
Tabla 144 Traslado a Investigaciones Administrativas	556
Tabla 145 Mesas Técnicas de Fortalecimiento realizadas en la vigencia 2025	565
Tabla 146 Seguimiento al PAMEC vigencia 2025-DETRARS.....	570
Tabla 147 Resultados Componente de Financiamiento – Nivel de Desempeño 2024-DETRARS.....	587
Tabla 148 EAPB que participan en la estrategia-DETRARS.....	592

Tabla 149 Consolidado total de gestión de reclamos en salud por dirección regional. DETGRARS	592
Tabla 150 Acciones de IV a Poblaciones Especiales – Nov 2024 a Julio 2025- DETRARS.....	595
Tabla 151 Acciones de apoyo a otras delegadas de la SNS vigencia 2025- DETRARS.....	596
Tabla 152 Espacios Técnicos DIVGRA-DETRARS	602
Tabla 153 Indicadores del Plan Anual de Gestión (PAG), año 2025.	609
Tabla 154 Base de gestión Dirección Investigaciones. DIA.	619
Tabla 155 Dirección Investigaciones Entidades Prestadores en Salud	620
Tabla 156 Base de Gestión Dirección Investigaciones Entidades de Aseguramiento	621
Tabla 157 Gestión Grupo de Despacho de la Delegada de Investigaciones Administrativas.....	623
Tabla 158 Gestión de la Dirección de Investigaciones OLGFETGAR/estado ..	625
Tabla 159 Gestión de la Dirección de Investigaciones OLGFETGAR/Valor de las multas.....	626
Tabla 160 Gestión de la Dirección de Investigaciones-IPS-Estado.....	626
Tabla 161 Gestión de la Dirección de Investigaciones para IPS -Valor de las multas.....	627

Tabla 162 Dirección de Investigaciones para Entidades de Aseguramiento- Estado.....	627
Tabla 163 Dirección de Investigaciones para Entidades de Aseguramiento-valor de las multas.....	628
Tabla 164 Actividades Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación	635
Tabla 165 Recuperación de flujo de recursos para el SGSSS.....	636
Tabla 166 Procesos Jurisdiccionales - 01 de enero Del 2025 a 31 de diciembre de 2025.....	638
Tabla 167 Demandas de glosas y recobros	639
Tabla 168 Demandas de reconocimiento económico	640
Tabla 169 Pretensiones en demandas de reconocimiento económico.....	641
Tabla 170 Montos reconocidos en Sentencias.....	641
Tabla 171 Autos gestionados.....	642
Tabla 172 Sentencias.....	642
Tabla 173 Notificaciones gestionadas 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025.....	643
Tabla 174 Derechos de petición 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025.....	644

Tabla 175 Informes técnicos para el grupo de Glosas	645
Tabla 176 Informes técnicos para el grupo de Reconocimiento Económico ..	646
Tabla 177 Informes técnicos para el grupo de Cobertura	646
Tabla 178 Procesos de liquidación	648
Tabla 179 Actos administrativos Comfaguajira EPS IFAL	653
Tabla 180 Actos administrativos Convida EPS IFAL	653
Tabla 181 Procesos de liquidación	654
Tabla 182 Pendientes.....	663
Tabla 183 Resultado Índice de Desempeño Institucional	665
Tabla 184 Porcentaje de avance en el cumplimiento de actividades formuladas en PEI y PAG	666
Tabla 185 Indicador Porcentaje de cumplimiento de los recursos de inversión	667
Tabla 186 Porcentaje de documentos actualizados o elaborados en el sistema integrado de gestión	667
Tabla 187 Indicador ITA	668
Tabla 188 Seguimiento documentos Conpes	686
Tabla 189 Ejecución presupuestal 2025 por proyecto de Inversión	692
Tabla 190 Apropriación presupuestal 2026 por proyecto de Inversión	698

Tabla 191 Distribución por tipo de solicitud	702
Tabla 192 Campañas 2025	712
Tabla 193 Personal adscrito a la DID	715
Tabla 194 Categorías	721
Tabla 195 Lineamientos	728
Tabla 196 Documentos	742
Tabla 197 Necesidades.....	767
Tabla 198 Asuntos gestionados	782
Tabla 199 Estado asuntos.....	783
Tabla 200 Medios de control	786
Tabla 201 Temas	818
Tabla 202 Vinculaciones por tipo de empleo y nivel – Vigencia 2025	824
Tabla 203 Distribución de empleos sin proveer por nivel jerárquico con corte a 31 de diciembre de 2025.....	826
Tabla 204 Empleos de carrera administrativa en vacancia definitiva	828
Tabla 205 Apoyos Económicos Otorgados a funcionarios(as) por Semestre vigencia 2025.....	831

Tabla 206 Resultados del Plan Institucional de Capacitación – Vigencia 2025	832
Tabla 207 Tabla. Variación accidentabilidad 2024 – 2025.....	834
Tabla 208 Apropriaciones en el Presupuesto Vigencia Fiscal 2025	838
Tabla 209. Ejecución Presupuestal de Gastos de la Superintendencia Nacional de Salud corte a 31 de diciembre de 2025.....	839
Tabla 210 Presupuesto gasto de funcionamiento	840
Tabla 211 Ejecución Transferencias Corrientes a 31 de diciembre de 2025.	842
Tabla 212 Ejecución Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de mora/AI corte del 31 de diciembre de 2025	843
Tabla 213 Número de sujetos pasivos de contribución	849
Tabla 214 Histórico de gestión de pagos vigencia 2025	857
Tabla 215 Ejecución Presupuestal de Ingresos Recursos Propios	861
Tabla 216 Cuentas por Cobrar	864
Tabla 217 Deterioro de las Cuentas por Cobrar	865
Tabla 218 Consolidado - Control de la cartera general por gestor	868
Tabla 219 Cuentas de orden	869
Tabla 220 Análisis definición de segmento – Estrategia de conciliación 2025	873

Tabla 221 Concentración por territorio.....	876
<i>Tabla 222 Análisis definición de segmento – Estrategia de conciliación 2025</i>	<i>877</i>
Tabla 223. Consolidado de ciclos de circularización, convocatoria a la conciliación de cartera y operaciones recíprocas	879
Tabla 224 Informe de fichas Comité Sostenibilidad Contable y de Cartera ..	880
Tabla 225 Depuración contable.....	881
Tabla 226 Depuración contable resolución No. 2025920030009947-6 de 2025	881
Tabla 227 Informe de recaudo	883
Tabla 228 Gestión procedimientos contables y administrativos	884
Tabla 229 Análisis depuración y legalización	884
Tabla 230 Expedientes	894
Tabla 231 Relación de informes de auditoría 2025	906
Tabla 232 Informes de seguimientos a octubre de 2025	907

Lista de Ilustraciones

Ilustración 1 Organigrama de la Entidad	35
Ilustración 2 Componentes de la planeación estratégica	37
Ilustración 3 Acciones e Indicadores para el seguimiento del Plan Nacional de Desarrollo relacionadas con la Superintendencia	40
Ilustración 4 Ejes y Objetivos Estratégicos del Plan Estratégico Institucional 2023-2026	42
Ilustración 5 Estado solicitudes y requerimientos Dirección de medidas especiales para EPS y EA/ DEAS	177
Ilustración 6 Ordenes emitidas garantía prestación del servicio de salud Resolución No. 2025310060008564-6-DEAS.....	212
7Ilustración 8 Estructura Organizacional-Talento humano de la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud (Diciembre 31 de 2025)	244
Ilustración 9 Gestión de PQRDs 2025 (enero a diciembre).....	254
Ilustración 10 Tasa de PQRDs por Departamento a partir de su población (por cada 10.000 habitantes) 2025.....	257
Ilustración 11 Metodología usada para el análisis de datos UIAF	276
Ilustración 12 Total de reportes ante la UIA por IPS obligadas	277
Ilustración 13 Total de IPS Vigiladas vs Datos UIAF	278

Ilustración 14 Estado de reportes UIAF por tipo de vigilado	279
Ilustración 15 Estado de reportes UIAF con situaciones presentadas por IPS con medidas especiales	280
Ilustración 16 Pieza comunicativa de orientaciones técnicas virtuales de retransmisión	288
Ilustración 17 Logros instrumento en gestión del riesgo	358
Ilustración 18 Casos de mortalidad materna semana Epidemiológica 62-DPSS	366
Ilustración 19 Instrumento de inspección y vigilancia de las atenciones en salud a la población con discapacidad	416
Ilustración 20 Instrumento de inspección y vigilancia para PAVSIVI.....	419
Ilustración 21 Instrumento de inspección y vigilancia de las atenciones en salud a la población con enfoque diferencial	420
Ilustración 22 Estado de Infraestructura servicio de Hospitalización que originó la medida de seguridad	485
Ilustración 23 Estado de Infraestructura servicio de Hospitalización que originó el levantamiento de la medida de seguridad	486
Ilustración 24 Indicadores de gestión de entidades bajo medida especial ...	491

Ilustración 25 Estructura organizacional de la Delegatura para Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos (personal de planta).	607
Ilustración 26 Frentes de trabajo Oficina Asesora de Planeación.....	664
Ilustración 27 Resultados del IDI por Entidad – Comparativo entre las vigencias 2024 y 2023.	670
Ilustración 28 Resultado de la medición de desempeño institucional por política, vigencia 2024.	672
Ilustración 29 Niveles de la planeación en la entidad año 2025.	676
Ilustración 30 Acciones en curso OAP.	685
Ilustración 31. Nivel de ejecución mensual comparativa 2024-2025	696
Ilustración 3233 Superboletín	703
Ilustración 34 Magazine Supersalud a un Clic.....	704
Ilustración 35 Seguidores por edad y sexo	707
Ilustración 36 Datos YouTube.....	708
Ilustración 37 Datos	709
Ilustración 38 LinkedIn.....	710
Ilustración 39 Instagram	711
Ilustración 40 Red social	711

Ilustración 41 Presupuesto total DID	718
Ilustración 42 Retos vigencia 2026.....	718
Ilustración 43 Administrador de Datos	719
Ilustración 44 Número de sesiones 2025	721
Ilustración 45 Categorías.....	723
Ilustración 46 Modelación Datos	745
Ilustración 47 Modelo Operación Híbrido	746
Ilustración 48 Ruta de trabajo	769
Ilustración 49 Estructura Organizacional Dirección Jurídica.....	779
Ilustración 50 funcionarios Dirección jurídica	780
Ilustración 51 Gestión de tutelas 2025.....	796
Ilustración 52 Grupo tutelas.....	798
Ilustración 53 Respuestas.....	799
Ilustración 54 Reparto tutelas	801
Ilustración 55 Cálculo rotación del personal 2025	825
Ilustración 56. Presupuesto Gastos de Funcionamiento a 31 diciembre 2025	840
Ilustración 57 Informe de obligaciones registrada por mes en SIIF 2025 ...	845

Ilustración 58 Ilustración. Histórico de evolución del recaudo 2023 al 2025	846
Ilustración 59 Ilustración. Evolución mensual de Títulos de Depósito Judicial TDJ 2025	847
Ilustración 60 Resultados recaudo contribución 2020-2025	852
Ilustración 61 Ilustración. Distribución sujetos pasivos con y sin liquidación de contribución vigencia 2025	853
Ilustración 62. Ejecución PAC Diciembre 2025.....	856
Ilustración 63 Comisiones gestionadas vs legalizadas (Enero - Diciembre 2025)	858
Ilustración 64 Cantidad de obligaciones	867
Ilustración 65 PAA programado 2025.....	901

Equipo Directivo

Bernardo Armando Camacho Rodríguez
Superintendente Nacional de Salud

Jazmín Maritza La Rotta Bernal
**Jefe Oficina Asesora de
Comunicaciones Estratégicas e
Imagen Institucional**

Gloria Rocío Pereira Oviedo
Jefe Oficina Asesora de Planeación

Juan Sebastián Emanuel Sierra Álvarez
Jefe Oficina de Liquidaciones

Giovanny López Mejía
Jefe (E) Oficina de Control Interno

José Alexander de los Reyes Aldana
**Director de Innovación y
Desarrollo**

Gressy Karenly Rojas Cardona
Directora Jurídica

María Niny Echeverry Prada
**Delegada para la Protección al
Usuario**

María Yuleidy López Ramírez
**Delegada para Entidades de Aseguramiento
en Salud**

Beatriz Eugenia Gómez Consuegra
**Delegada para Prestadores de
Servicios de Salud**

Edilma Marlen Suarez Castro
**Delegada (E) para Entidades Territoriales y
Generadores, Recaudadores y
administradores de Recursos del SGSSS**

Mónica Patricia Almonacid Guzmán
**Delegada para Operadores
Logísticos de Tecnologías en Salud
y Gestores Farmacéuticos**

Genaro Ballén Hernández
**Delegado de Investigaciones
Administrativas**

Gustavo Adolfo Flechas Ramírez
**Delegado para la Función
Jurisdiccional y de Conciliación**

Rainer Narval Naranjo Charrasquiel
Secretario General

Introducción

La Superintendencia Nacional de Salud presenta el informe de la gestión adelantada en la vigencia 2025, en cumplimiento de las obligaciones legales y los compromisos institucionales adquiridos de mantener un diálogo permanente con la ciudadanía, informando de manera clara y transparente sobre el uso de los recursos públicos y los resultados alcanzados en el ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia, control, y protección del derecho a la salud y sus recursos.

Es así que, este informe reúne los principales resultados estratégicos, operativos y presupuestales logrados en la vigencia 2025, reflejando la gestión desarrollada por los equipos de trabajo de la Superintendencia Nacional de Salud en el ejercicio de sus funciones de vigilancia del sistema de salud, protección de los derechos de los usuarios, garantía en la prestación de servicios y fortalecimiento de la lucha contra la corrupción en el sector. Su elaboración se enmarca en el cumplimiento de la Política de Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas, el Estatuto Anticorrupción y el Programa de Transparencia y Ética Pública, como instrumentos orientadores de la gestión institucional, en concordancia con los principios de transparencia, integridad y responsabilidad pública que rigen el modelo de administración del Estado.

En ese sentido, este documento se estructura en siete (7) capítulos que permiten presentar la gestión desarrollada por la entidad durante la

vigencia 2025, así: el primero, comprende las metas y compromisos institucionales, el segundo, aborda los resultados institucionales 2025, el tercero, describe la gestión misional, el cuarto, la gestión estratégica, el quinto, la gestión de apoyo, el sexto, la gestión de evaluación y control, y el séptimo, incluye las principales conclusiones y recomendaciones.

Dicho esto, se invita a toda la ciudadanía, grupos de interés y de valor de la entidad a conocer en las siguientes páginas la gestión de la Superintendencia Nacional de Salud con la cual protege los derechos de los usuarios y los recursos del Sistema de Salud.

Contexto de la Entidad

La Superintendencia Nacional de Salud es la entidad encargada de ejercer la inspección, vigilancia y control sobre los actores del sistema de salud, con el objetivo de garantizar que se respeten los derechos de los usuarios, se presten los servicios de manera oportuna y adecuada, y se protejan los recursos públicos destinados a la salud. Su labor incluye recibir y atender quejas, realizar auditorías, imponer medidas correctivas, intervenir entidades cuando es necesario y promover el mejoramiento continuo del sistema.

Desde su creación en el año 1977, la Superintendencia Nacional de Salud ha ampliado su alcance y funciones, consolidándose como autoridad técnica en inspección, vigilancia y control. Reformas clave, como la Ley 1122 de 2007 y la reestructuración de 2013, permitieron enfocar su labor en la protección del usuario y en una supervisión más estratégica y basada en riesgos.

Más recientemente, con el Plan Nacional de Desarrollo 2018–2022 y la Ley 1966 de 2019, se impulsó un rediseño institucional que fortaleció su capacidad sancionatoria, técnica y de articulación interinstitucional.

Este proceso ha dado lugar a una entidad más moderna y eficiente, en línea con la misión de proteger los derechos de los usuarios del sistema de salud, haciendo seguimiento y control a las entidades que hacen parte

de éste, y resolviendo conflictos cuando sea necesario, de forma justa y transparente.

En ese orden de ideas y una vez finalizado el año 2025, es crucial resaltar los logros estratégicos alcanzados por la Superintendencia Nacional de Salud en alineación con los objetivos trazados en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2022-2026: “Colombia, Potencia Mundial de la Vida”. Dentro de este marco, el sector salud adquiere un papel fundamental en el eje transformacional de Seguridad Humana y Justicia Social.

Durante el 2025, el trabajo de la entidad se enfocó en cumplir con varios propósitos importantes, como:

- Liderar el seguimiento y control del sistema de salud.
- Promover una mejor calidad en la atención que reciben los usuarios.
- Vigilar que las entidades aseguradoras cumplan sus funciones correctamente.
- Garantizar que los recursos de salud lleguen a tiempo y se usen bien.
- Escuchar a los ciudadanos y facilitar su participación para mejorar el sistema.
- Intervenir entidades en crisis para proteger a los afiliados y cuidar los recursos públicos.
- Resolver conflictos de forma justa y clara entre los actores del sistema.

- Fortalecer las capacidades institucionales para prestar un mejor servicio público.

Así mismo, la Superintendencia Nacional de Salud, se guía por los siguientes principios que reflejan el compromiso que tiene con los usuarios del Sistema de Salud:

- Los bienes públicos son sagrados: usar los recursos con respeto, transparencia y responsabilidad.
- Primero la vida y la salud: sus decisiones siempre buscan proteger la vida y el bienestar de los ciudadanos.
- Gestión por resultados: trabajar para lograr cambios reales y visibles en la salud de los colombianos.
- Sostenibilidad ambiental: respetar el entorno como parte de nuestro compromiso con la vida.
- El talento humano es lo más valioso: valorar y cuidar a sus trabajadores porque son el corazón de la entidad.

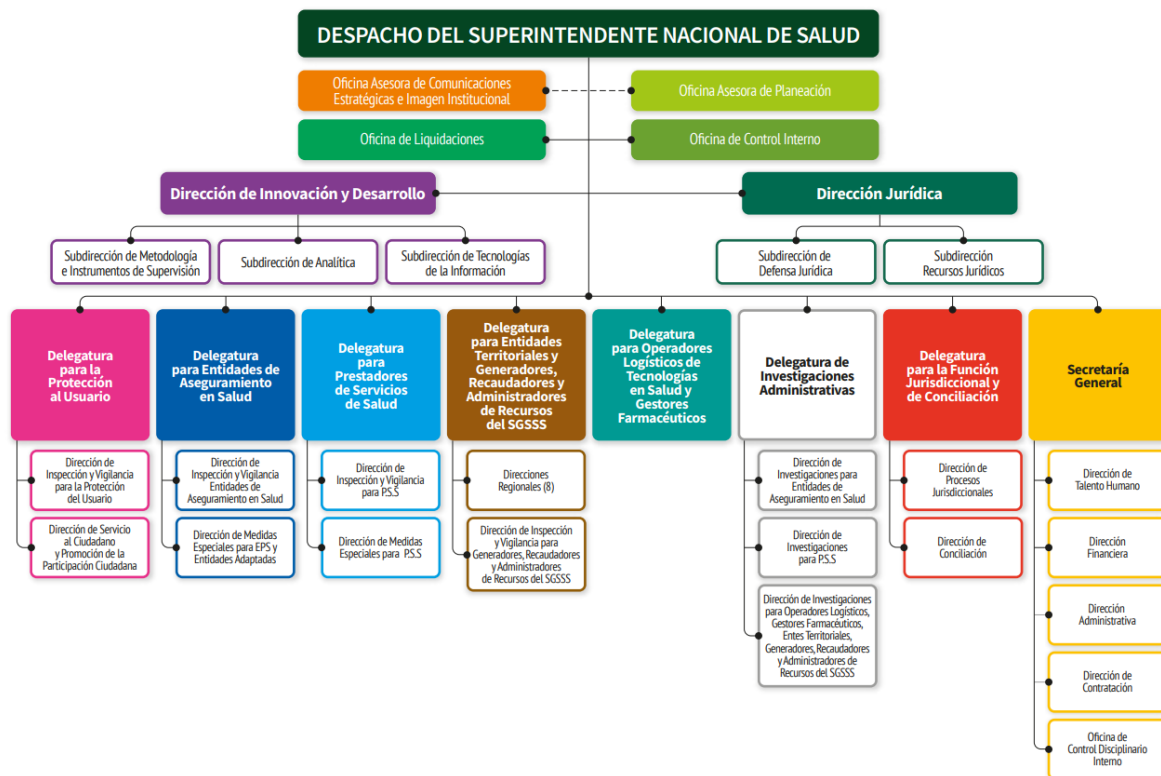
Entre las funciones principales de la Entidad, se encuentran:

- Inspección, vigilancia y control de los actores del sistema de salud, incluyendo EPS (Entidades Promotoras de Salud) y las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud), operadores logísticos y gestores farmacéuticos.

- Conciliación entre usuarios y prestadores de servicios de salud para resolver conflictos relacionados con la atención.
- Intervención forzosa administrativa en entidades que incumplen sus obligaciones o ponen en riesgo la salud de los ciudadanos.
- Supervisión basada en riesgo, priorizando acciones según el impacto potencial sobre la garantía de derechos en salud.
- Capacidad sancionatoria fortalecida, para imponer medidas correctivas y sanciones a quienes incumplen la normatividad.
- Funciones jurisdiccionales, como la resolución de controversias en salud mediante decisiones con fuerza legal.

Ahora bien, con el propósito de brindar una visión clara y estructurada de la distribución interna de las funciones, responsabilidades y niveles jerárquicos, a continuación, se presenta el organigrama de la entidad.

Ilustración 1 Organigrama de la Entidad



Fuente: Página Web Supersalud.

En síntesis, este informe busca motivarlo a conocer e indagar para avanzar hacia un Sistema de Salud más transparente, equitativo y cercano a quienes más lo requieren.

1. Metas y compromisos institucionales

La planeación estratégica de la Superintendencia Nacional de Salud se estructura en tres niveles complementarios.

En el largo plazo el **componente Estratégico**, en el que se define la visión institucional, los objetivos de alto impacto y las apuestas estructurales tanto del Sector como de la Entidad, debidamente alineadas con el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia Potencia mundial de la vida”, implementando acciones para dar cumplimiento a los compromisos establecidos de la entidad en el plan de desarrollo mediante el despliegue de diferentes acciones estratégicas.

En el mediano plazo, el **componente Programático**, en el cual se concretan programas y proyectos que orientan la acción institucional con sus respectivos indicadores programáticos definidos en el Plan de Gestión Anual.

Finalmente, en el corto plazo, el **componente Operativo**, en el que se detallan tareas, cronogramas de trabajo e indicadores de seguimiento que permiten ejecutar y hacer seguimiento a los compromisos adquiridos.

Esta articulación garantiza coherencia, seguimiento efectivo y alineación con los propósitos del Estado. A continuación, se presenta de manera gráfica los tres niveles de la planeación estratégica de la entidad, así:

Ilustración 2 Componentes de la planeación estratégica



Fuente: Oficina Asesora de Planeación

En concordancia con lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo "*Colombia Potencia Mundial de la Vida*" 2022-2026, la Superintendencia Nacional de Salud orienta su planeación estratégica con el propósito de garantizar que sus acciones institucionales contribuyan al fortalecimiento del valor público y al logro de los objetivos del Gobierno Nacional.

Esta orientación estratégica se articula, además, con los compromisos asumidos por el país en el marco de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, particularmente aquellos relacionados con la garantía de una vida sana y el bienestar para todos (Objetivo

de Desarrollo Sostenible No.3). Asimismo, se tienen en cuenta los compromisos internacionales en materia de salud, que promueven el acceso universal, la equidad, la calidad en la atención y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios.

En el ámbito nacional, la planeación estratégica de la entidad también incorpora las prioridades establecidas en documentos CONPES, que definen políticas públicas para mejorar el aseguramiento, la calidad en la prestación de servicios y la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

En concordancia con lo anterior, estos instrumentos orientan los objetivos y propósitos de mediano plazo de la Superintendencia, permitiendo alinear sus acciones de inspección, vigilancia y control con las metas nacionales e internacionales en salud.

De manera específica, la labor de la Superintendencia se alinea con las bases del Plan Nacional de Desarrollo, particularmente en el siguiente eje transformacional, catalizador y componente:

- **Eje transformacional:** Seguridad humana y justicia social.
- **Catalizador:** Superación de privaciones como fundamento de la dignidad humana y condiciones básicas para el bienestar.
- **Componente:** Hacia un sistema de salud garantista, universal, basado en un modelo de salud preventivo y predictivo.

Dentro de este marco, la Superintendencia contribuye al desarrollo de tres estrategias clave:

1. Mayor gobernanza y gobernabilidad, con mejores sistemas de información en salud.
2. Sostenibilidad de los recursos en salud.
3. Acceso equitativo a medicamentos, dispositivos médicos y otras tecnologías.

En coherencia con lo anterior, la Superintendencia definió un total de 10 acciones estratégicas, cada una con sus respectivos indicadores y metas para el período 2023-2026, para dar cumplimiento al Plan Nacional de Desarrollo y a los objetivos del Sector Salud, plasmados en el Plan Estratégico Sectorial. Para lo cual se realizó seguimiento permanente y control en instancias de comité directivo a los avances frente a los compromisos programados para la vigencia 2025.

A continuación, se presenta la gráfica titulada *"Acciones e Indicadores para el seguimiento del Plan Nacional de Desarrollo relacionadas con la Superintendencia"*, la cual resume de manera visual las iniciativas estratégicas adoptadas, junto con sus indicadores clave, facilitando el monitoreo y evaluación de los avances institucionales en el marco del periodo establecido.

Ilustración 3 Acciones e Indicadores para el seguimiento del Plan Nacional de Desarrollo relacionadas con la Superintendencia

ESTRATEGIAS INDICADORES	Desconcentración del IVC La desconcentración del sistema de inspección, vigilancia y control liderado desde la SNS al tiempo que el fortalecimiento de la transparencia de sus procesos liquidatarios.	Gasto en salud La revisión del gasto en salud, promoviendo una asignación de recursos más eficiente acorde con los riesgos en salud de la población, y en función de resultados medidos como mínimo, en términos de mortalidad y morbilidad prematura potencialmente evitable	Sistema de pago El fortalecimiento del sistema de pago, la restitución de recursos, la auditoría y la rendición de cuentas de los recursos de salud, con transparencia e integridad, garantizando el seguimiento en tiempo real, la continuidad y ampliación de la capacidad de giro directo de los recursos a los prestadores de servicios de salud, así como, el fortalecimiento de los sistemas de administración y seguimiento de los recursos por parte de la ADRES.	Movilización de recursos El mejoramiento de la capacidad de movilización de recursos internos, como los impuestos saludables en alcohol, tabaco, alimentos y bebidas ultra procesadas y azucaradas, así como los recursos provenientes de los juegos de suerte y azar, loterías y apuestas permanentes o chance articulado con el plan estratégico intersectorial para promover hábitos saludables.	Regulación de precios Implementar mecanismos de regulación de precios, incluyendo la evaluación por valor terapéutico.
	% Desconcentración acciones IVC	Acciones de IV a prestadores priorizados	% de Recaudó de la contribución a favor de la superintendencia nacional de salud	% Alertas generadas de IV a generadores, recaudadores y administradores de recursos del SGSSS con acciones de gestión	% Porcentaje de fórmulas PBS y NO PBS dispensadas por los gestores farmacéuticos
ESTRATEGIAS INDICADORES	Presencia Territorial Aumentar la presencia territorial de la Superintendencia Nacional de Salud y dotarla con capacidades técnicas adecuadas para incrementar la efectividad de las funciones de inspección, vigilancia y control.	Modelo de Gobierno Datos e Información Diseñar e implementar proyectos asociados al Modelo de Gobierno y Gestión de Datos e Información para la Superintendencia Nacional de Salud	Sistema Gestión Innovación y conocimiento Diseñar e implementar lineamientos asociados al Sistema de gestión de la innovación y gestión del conocimiento para la Superintendencia Nacional de Salud.	Transparencia Promover y generar una cultura de transparencia a partir de la obligación de publicar información actualizada, accesible y comprensible por medio del desarrollo de un registro sistematizado y en línea que contenga los vigilados liquidados y en liquidación para garantizar el acceso a la información pública y en atención del principio de divulgación proactiva.	IV para riesgos Financieros Incrementar las acciones de inspección y vigilancia conducentes a monitorear los riesgos financieros en las Empresas Sociales del Estado priorizadas, para generar alertas que les permitan establecer controles preventivos y anticipen la afectación que se pueda generar en la atención de los usuarios por una inadecuada gestión de los recursos.
	Nuevas sedes de la Superintendencia Nacional de Salud en territorio	Proyectos asociados al Modelo de Gobierno de Datos e Información implementado	Lineamientos asociados al Sistema de Gestión del Conocimiento y la Innovación diseñado, implementado y evaluado	% Registro sistematizado con información pública de los vigilados liquidados y en liquidación.	% Alertas identificadas y gestionadas en el monitoreo y vigilancia de los recursos financieros en ESE priorizadas.

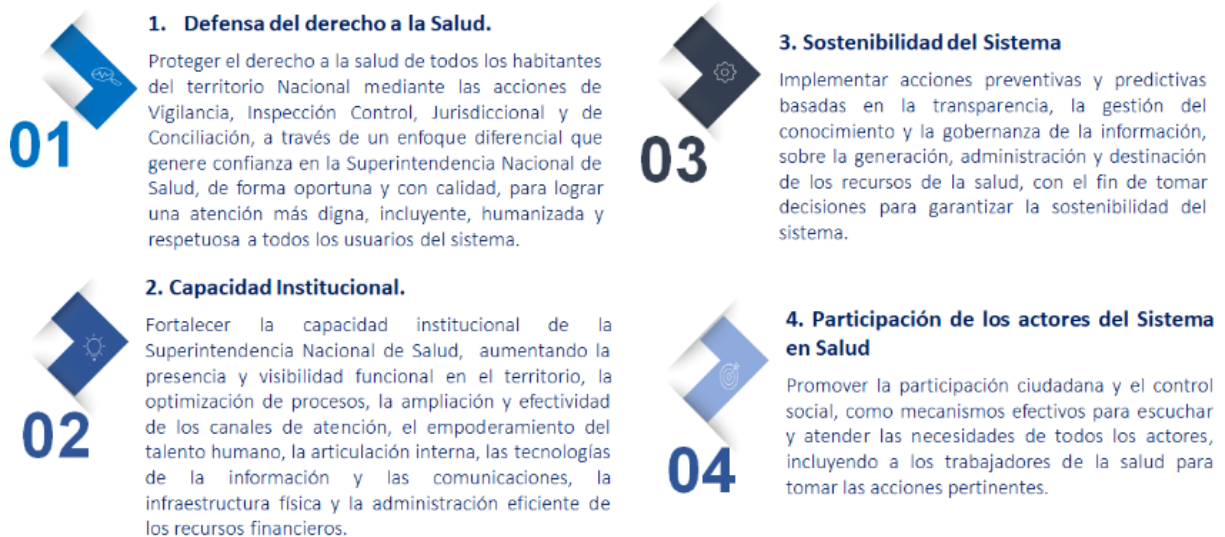
Fuente: Oficina Asesora de Planeación

La articulación de la Superintendencia Nacional de Salud con el Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026 y los objetivos sectoriales, no solo orienta su accionar misional, sino que también fue el punto de partida para la formulación del **Plan Estratégico Institucional 2024–2026**.

Este instrumento recoge los compromisos sectoriales definidos en el Plan Nacional de Desarrollo y los traduce en objetivos, indicadores y metas propias de la entidad, permitiendo alinear la gestión institucional con las prioridades del Gobierno Nacional.

De acuerdo con lo anterior, la Superintendencia definió los siguientes 4 Ejes y Objetivos Estratégicos de mediano plazo, que direccionan las acciones de los planes de acción para cada año.

Ilustración 4 Ejes y Objetivos Estratégicos del Plan Estratégico Institucional 2023-2026



Es así que, en este informe de gestión se presentan los avances alcanzados con base en estos planes orientadores, evidenciando cómo las acciones de la entidad aportan al logro de un Sistema de Salud más equitativo, eficiente y centrado en los derechos de los ciudadanos y la protección de los recursos de este sistema.

2. Resultados Institucionales 2025

El presente capítulo refleja los resultados en la vigencia y se organiza en correspondencia con los niveles de planeación estratégica que orientan la gestión institucional y sectorial de la Superintendencia Nacional de Salud.

El primer apartado expone los objetivos sectoriales establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026. A partir de ellos, se detallan las acciones estratégicas emprendidas por la entidad junto con sus indicadores de seguimiento, lo que permite valorar la contribución de la Superintendencia al cumplimiento de las metas del Sector Salud.

El segundo apartado presenta los objetivos estratégicos institucionales definidos en el Plan Estratégico Institucional 2023-2026. En él, se incluyen las acciones estratégicas, los indicadores de seguimiento de mediano plazo, destinados a evaluar tanto el avance operativo como el cumplimiento de las metas de corto plazo.

Esta estructura metodológica garantiza la trazabilidad entre la planeación, la ejecución y los resultados, en línea con las directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -Mipg.

2.1. Objetivos Sectoriales

Objetivo Sectorial 1: Implementar un modelo preventivo, predictivo y resolutivo con enfoque universal, solidario, equitativo, incluyente, participativo, territorializado e intercultural, eficiente, y sostenible en el tiempo

Durante la vigencia se adelantaron acciones estratégicas orientadas a fortalecer la función de inspección, vigilancia y control con el fin de aumentar la cobertura de los actores del SGSSS y la presencia en el territorio, y mejorar el seguimiento a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre ellos Entidades Prestadoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, operadores logísticos, gestores farmacéuticos, entidades territoriales, generadores, recaudadores y administradores de recursos, así como los usuarios organizados en mesas de participación.

En este sentido, se avanzó en la desconcentración de las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

Complementariamente, se fortaleció la presencia territorial de la Superintendencia mediante el desarrollo de capacidades técnicas en las regiones, con el fin de incrementar la efectividad de las acciones de

supervisión, enfocadas en prevenir riesgos y promover el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en el sistema de salud.

También se implementaron acciones de inspección y vigilancia con enfoque diferencial, orientadas a evaluar el proceso integral de atención en salud dirigido a pueblos indígenas y comunidades étnicas (afrodescendientes y Rrom), en prestadores priorizados, en concordancia con el modelo de supervisión adoptado por la entidad.

Indicadores de seguimiento:

- **Actores del sistema con acciones de inspección y vigilancia por parte de las Direcciones Regionales:** mide el avance en la desconcentración operativa mediante la intervención directa de las direcciones regionales en el seguimiento a actores clave del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Tabla 1 Resultado indicador PES Actores del sistema con acciones de IV por parte de la Direcciones Regionales

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
22%	22%	100%

La meta del cuatrienio 2023-2026 es cubrir un total de nueve (9) actores del Sistema con acciones de inspección y vigilancia por parte de las ocho (8) Direcciones Regionales de la SNS. Los nueve actores son:

1. Entidades Territoriales (cubierto)
2. Ciudadanía (cubierto)
3. Gestores farmacéuticos (cubierto)
4. Aseguradores (EPS) (cubierto en 2025)
5. Prestadores (IPS) (cubierto en 2025)
6. Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud (cubierto)
7. Generadores de Recursos del SGSSS (pendiente)
8. Recaudadores de Recursos del SGSSS (pendiente)
9. Administradores de Recursos del SGSSS (pendiente)

En ese sentido, de los 9 actores del Sistema se han completado un total de 6 actores, lo que representa un avance del 66% ($6/9=66\%$) de la meta del cuatrienio. Vale aclarar que un actor se considera completado cuando las 8 Direcciones Regionales han realizado actividades con éste, es por ello que el porcentaje de avance se obtiene ya que 8 de las 8 Direcciones Regionales han realizado actividades con los actores del listado que se indican como "cubiertos".

Los dos (2) actores que se cubrieron en el año 2025, son:

1. Aseguradores (EPS)
2. Prestadores (IPS)

- **Nuevas sedes de la Superintendencia Nacional de Salud en territorio:** refleja el fortalecimiento de la capacidad institucional y técnica en regiones, facilitando una supervisión más cercana y efectiva.

Tabla 2 Resultado indicador PES Nuevas sedes de la Supersalud en el territorio

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
1	1	100%

Respecto a la Sede en la ciudad de Villavicencio (Meta), la inauguración se realizó el jueves, 30 de octubre de 2025. Con lo cual se cumplió con la meta en un 100%.

Entre las acciones más relevantes que llevaron al cumplimiento de la meta, están:

- 1) Se realizó el Estudio de mercado en la ciudad de Villavicencio de diferentes inmuebles, con objeto de seleccionar las posibles opciones para el traslado, de acuerdo con la necesidad de la entidad.
- 2) Una vez establecidas dichas opciones, se solicitó al contratista American KPO realizar el estudio de títulos, con objeto de establecer que los inmuebles estuvieran saneados
- 3) Así mismo, el contratista American KPO remitió el concepto jurídico de cada uno de ellos.

- 4) Al momento de establecer el inmueble que cumple con todo los requerimientos técnicos y jurídicos, el contratista American KPO remitió comunicación por parte del dueño del inmueble, indicando que no se exhibirá más el local con objeto de adelantar los trámites para el cambio de sede.
- 5) Se solicitó la información actualizada para la justificación y construcción del insumo de solicitud de modificación.
- 6) El 30 de septiembre de 2025, se radicó a la Dirección de Contratos la respectiva solicitud con todos los anexos correspondientes.
- 7) Se realizó la inauguración de la sede el jueves 30 de octubre del año 2025.

Así mismo, es preciso recordar que la Superintendencia Nacional de Salud puso en funcionamiento dos nuevas sedes territoriales en 2024, de acuerdo con lo programado: San Andrés (Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina) y Pasto (Nariño). Junto con la sede abierta en 2023 en la Guajira, la Superintendencia fortalece su presencia territorial y dota las regiones con capacidades técnicas necesarias para mejorar la efectividad de las funciones de inspección, vigilancia y control.

- **Acciones de Inspección y Vigilancia ejecutadas a los prestadores priorizados durante el período de evaluación:** evidencia las intervenciones realizadas con enfoque diferencial en prestadores que atienden poblaciones étnicas priorizadas.

Tabla 3 Resultado indicador PES Acciones de IV ejecutadas a los prestadores

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
45	45	100%

La Supersalud solicitó el incremento de la meta del cuatrienio de este indicador de 170 a 297 acciones (vigencia 2023 aumento de 35 a 43, vigencia 2024 aumento de 40 a 159, mientras que para las vigencias 2025 y 2026 se mantienen igual en 45 y 50 acciones respectivamente) en la sesión del Comité Sectorial de Gestión y Desempeño celebrada el 17 de diciembre de 2025, lo cual se aprobó.

Se tiene una meta para el cuatrienio de 297 acciones de inspección y vigilancia de las cuales se realizó en 2023 (43), en 2024 (159) y en 2025 (45), para un total de 247 acciones que representan un avance acumulado del 83,16% para el cuatrienio.

En la vigencia 2025, en desarrollo de las funciones de inspección y vigilancia, se ejecutaron 45 acciones orientadas a evaluar el proceso integral de atención en salud de los pueblos indígenas y comunidades étnicas (afrodescendientes y Rrom) en los prestadores priorizados, lo cual permitió el cumplimiento de la meta anual.

Entre las acciones desarrolladas se tienen:

- Auditorías.
- Requerimientos de información.
- Jornadas de retroalimentación.
- Jornadas de fortalecimiento sectorial e intersectorial de la ruta de atención de la desnutrición aguda.
- Jornadas de fortalecimiento de capacidades.
- Jornadas intersectoriales en el marco del plan de choque para la desaceleración de la mortalidad por desnutrición en el Chocó.
- Mesas de verificación orientadas a revisar las fallas identificadas en la prestación de los servicios de salud.

Este resultado se debe al desarrollo efectivo de auditorías, mesas de trabajo y jornadas de fortalecimiento, las cuales permitieron verificar que los prestadores de servicios de salud cumplieran con las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, tales como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, en concordancia con la normatividad vigente y con enfoque en la garantía del derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas y comunidades étnicas.

Objetivo Sectorial 3: Garantizar acceso oportuno a los medicamentos y tecnologías a todos los habitantes del territorio nacional

En cumplimiento de este objetivo, se implementó la acción estratégica de ejercer inspección y vigilancia a la dispensación completa de fórmulas de medicamentos por parte del Gestor Farmacéutico, con el propósito de asegurar que los usuarios reciban, de manera íntegra y oportuna, los medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, como parte esencial de una atención segura, continua y de calidad.

Indicador de seguimiento:

- **Porcentaje de fórmulas de medicamentos Plan de Beneficios en Salud dispensadas de manera completa por el Gestor Farmacéutico (GF):** permite evaluar el cumplimiento en la entrega efectiva de medicamentos prescritos, así como identificar barreras de acceso que requieren acciones correctivas por parte de la Superintendencias.

Tabla 4 Resultado indicador PES Porcentaje de fórmulas de medicamentos PBS dispensadas

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
100%	84,31%	84,31%

La Supersalud solicitó el incremento de la meta de este indicador en la sesión del Comité Sectorial de Gestión y Desempeño celebrada el 17 de diciembre de 2025, lo cual se aprobó, de la siguiente manera:

- Meta 2024: Aumenta de 60% a 95%.
- Meta 2025: Aumenta de 75% a 100%.
- Meta 2026: Aumenta de 85% a 100% .

Análisis cuatrienio:

Las metas, ejecuciones y cumplimientos desagregados del cuatrienio para este indicador, son:

- Vigencia 2023: Meta 0%, no tenía meta asignada porque inicia medición a partir del año 2024.
- Vigencia 2024: Meta 95%, con ejecución del 89% para un cumplimiento del 93,68%.
- Vigencia 2025: Meta 100%, con ejecución 84,31%.

En cuanto al avance 2025, se han generado un total de 177.501.207 fórmulas de medicamentos PBS y No PBS, de las cuales se han dispensado 149.660.694 fórmulas completas, lo que representa el 84,31% de las fórmulas de medicamentos PBS y No PBS solicitadas en el periodo, dejando de dispensar completas un total de 27.840.513 fórmulas, encontrándose por debajo de la meta propuesta para la vigencia 2025 (100%).

Estos datos representan a 54 gestores farmacéuticos que a la fecha de corte reportan información. Este seguimiento permitió generar alertas de riesgos que derivaron en acciones particulares de supervisión: 5 auditorías y 5 visitas de verificación rápida a establecimientos farmacéuticos, con miras a evidenciar situaciones que afectan la entrega completa de las fórmulas de medicamentos y así generar acciones de mejoramiento para proteger el derecho de los usuarios al acceso oportuno a los medicamentos.

Las visitas de verificación rápida se hicieron a los siguientes Gestores Farmacéuticos: NEUROMÉDICA S.A.S, EVE DISTRIBUCIONES SAS, EVEDISA, DROGUERIAS Y FARMACIAS CRUZ VERDE S.A.S, MEDISFARMA S.A.S y DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS DISTRIMEDV S.A.S.

Las auditorías se efectuaron a los siguientes Gestores Farmacéuticos: DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD SAS - DISCOLMETS SAS, MARCAZSALUD RC SAS, MENNAR S.A.S, INSERCOOP, DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD SAS - DISCOLMETS SAS.

Plan de Choque:

Ahora bien, con el propósito de mejorar los resultados, la Supersalud está implementando un plan de choque para medicamentos no sólo dirigido a los Gestores Farmacéuticos sino también a los demás actores en el marco

de la garantía del derecho a la salud, cuyo objetivo y el alcance son los siguientes:

Objetivo del Plan de Choque:

Subsanar fallas y procurar la garantía del derecho a la salud implicando a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, EPS, IPS, Gestores Farmacéuticos y autoridades mediante una estrategia institucional de 8 meses, desde diciembre de 2025, con impacto a nivel nacional.

Alcance del Plan de Choque:

Protección del derecho a la salud de los usuarios con acciones de inspección, vigilancia y control a los sujetos vigilados, en el marco de las competencias establecidas en el Decreto 1080 de 2021.

En ese mismo sentido, la Supersalud está desplegando las siguientes acciones de inspección y vigilancia para que se incremente el porcentaje de fórmulas de medicamentos Plan de Beneficios en Salud que se dispensan de manera completa a los usuarios por los Gestores Farmacéuticos:

- Identificar y establecer estrategias conjuntas para asegurar el pago de la deuda a los Gestores Farmacéuticos, por lo cual se proponen alternativas como la inclusión del giro directo en el plan de estabilización de pagos requerido a las EPS intervenidas.

- Asegurar la respuesta de fondo a las PQR, evidenciando solución de la causa, con el fin de reducir su incidencia.
- Asegurar el acompañamiento al avance en la estrategia de compra conjunta de medicamentos.
- Asegurar el seguimiento al plan de choque a medicamentos, junto con los planes de mejora y compromisos concertados con los Gestores Farmacéuticos objeto de inspección.

Objetivo Sectorial 4: Construir un Sistema Único Nacional de Información en Salud

Durante el periodo se desarrolló la acción estratégica de diseñar e implementar proyectos asociados al Modelo de Gobierno y Gestión de Datos e Información institucional, con el objetivo de fortalecer la gestión de datos como pilar fundamental para la toma de decisiones regulatorias, de supervisión y control. Estas iniciativas se orientaron a establecer lineamientos, herramientas y procesos que garanticen la calidad, integridad, disponibilidad y uso oportuno de la información generada por la entidad.

Indicador de seguimiento:

- **Proyectos asociados al Modelo de Gobierno y Gestión de Datos e Información implementado:** permite evidenciar los avances técnicos y operativos del modelo, así como su contribución

a una gestión institucional más transparente, articulada y basada en evidencia.

Tabla 5 Resultado indicador PES Proyectos asociados al Modelo de Gobierno y Gestión de datos e información implementado

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
3	3	100%

A continuación, se detallan las acciones realizadas frente a cada uno de los tres proyectos trazados como meta, así:

Proyecto 1

Nombre del proyecto: Desarrollar e Implementar el Programa de Gobernanza de Datos Fases 3, 4 y 5, por el contrato 116 de 2025 (las fases 1 y 2 fueron objeto del contrato 131 de 2024): % avance cuantitativo del proyecto: 100%:

Justificación:

Con base en el trabajo realizado en 2024 en las fases de establecimiento del compromiso, formulación de la estrategia e inicio de la fase de arquitectura y diseño, a diciembre de 2025 se completaron las fases restantes de Fase 3: Arquitectura y Diseño Fase 4: Implementación (implantación) Fase 5: Operación y Cambio. dentro del desarrollo e

implementación de la política y el programa de Gobernanza de datos de la Entidad:

- Se definieron las bases para la generación de capacidad tecnológica en Gobernanza de datos.
- Con base en el avance en la formulación de la Política general de Gobernanza de Datos, se avanzó en las propuestas iniciales para las políticas específicas de gobernanza sobre la gestión de i. Seguridad, privacidad y confidencialidad, ii. Disponibilidad, y acceso a datos e interoperabilidad, iii. Integración e integridad, iv. Consistencia y calidad, v. Uso y usabilidad de DATOS en la SNS.
- Se sometió a evaluación y aprobación la política general de gobernanza de datos en el CIGD, y además se presentó el acto normativo para revisión y ajustes por la Dirección Jurídica, y se remitió para firma del señor superintendente.
- Se avanzó en la definición de los procesos del programa: PROCESOS MISIONALES TRANSVERSALES de la gobernanza de datos: i. Proceso de ejercicio de autoridad, ii Proceso de ejercicio de Control, iii. Proceso de direccionamiento de la transformación digital, iv. Mapeo de iniciativas de gestión de datos en las 5 áreas anteriores, y PROCESO ADMINISTRATIVO del programa: v. Proceso de gestión del programa de gobernanza de datos.
- Se generaron las versiones iniciales del modelo de operación del programa de gobernanza de datos, las funciones de los cuerpos colegiados y stewards en el nivel operativo.

- Para la generación de capacidad del talento humano, se Diseñó, desarrolló y ejecutó el curso de gestión de programas y proyectos, con metodologías clásicas como de metodologías ágiles, dando cuenta de la capacidad específica en gobernanza de datos, se reconfiguró a autoaprendizaje el curso de Fundamentos de gobernanza de datos de 2024, y se diseñó, desarrolló y ejecutó el curso de gobernanza de datos (para stewards).
- En capacidad tecnológica se aplicó la metodología para la evaluación y selección de la plataforma tecnológica que dio mejor cuenta de lo requerimientos y requisitos del programa en términos de procesos
- Se definió la hoja de ruta de detalle del programa
- Se definió el plan de Roll out del programa
- Se definió el plan de manejo del cambio y de comunicacione en el corto, medio y largo plazo, para el programa (e iniciativas subsidiarias como al de BI&A)
- Se definió el plan de sostenimiento del programa
- Se definieron los indicadores de desempeño del programa para seguimiento de la operación
- Se hizo el alistamiento de Monitoreo de la operación, de reportes cuantitativos, y de evaluación de seguimiento y sostenibilidad.

Proyecto 2

Nombre del proyecto: Desarrollar e Implementar el Programa de Inteligencia de Negocios de la Superintendencia Nacional de Salud

(segundo componente del contrato 116 de 2025): % avance cuantitativo del proyecto: 100%

Justificación:

Se logró la ejecución completa del proyecto para el desarrollo e implementación del programa de BI&A-CoE: Fase 1 Estructuración Fase 2 Desarrollo Fase 3 Despliegue Fase 4 Implementación, operación, seguimiento y evaluación: Se lograron los siguientes avances en la GENERACIÓN DE CAPACIDAD INSTITUCIONAL en el tema EN LOS TRES COMPONENTES DE TRANSFORMACIÓN DIGITAL (personas, tecnología y procesos):

- Se desarrolló el caso de negocio del programa de inteligencia de negocios y analítica, con su orientación a centro de excelencia, por lo que se adopta la notación de BI&A-CoE, y con una base sólida de adopción de normas, estándares y mejores prácticas, nacionales e internacionales
- Se formularon primeras versiones de los procesos estratégicos de generación de valor y posicionamiento
- Se formularon versiones iniciales para los procesos tácticos de gestión de la infraestructura (gestión de capitales humano, tecnológico y financiero), y el de gestión funcional (gestión de proyectos, integración de proyectos para la eficiencia, integración estratégico, táctico y operativa)
- Se formularon versiones iniciales de procesos operativos (SOP- Standard Operative Procedures- para los diferentes pasos de

entradas, procesamiento y salidas de los proyectos de desarrollos analíticos.

- Se realizaron las iteraciones relacionadas con el desarrollo de las versiones definitivas de lo descrito anteriormente.
- Para la generación de capacidad tecnológica, se revisaron diferentes tipos de plataforma, como de herramientas complementarias dando cuenta de los procesos del BI&A-CoE (requerimientos)
- Se diseñó, desarrollo, y ejecutó el curso de Inteligencia de Negocios y Analítica, para la generación de capacidad en el talento humano
- Se formuló, desarrollo, implementó y aplicó un modelo de evaluación de la madurez en BI&A, con base en el cual se hizo el análisis de brecha, para la formulación del plan y hoja de ruta estratégicos del programa, al lado de su visión y misión.
- Se generaron los contenidos de Comunicación y gestión del cambio para el programa, como iniciativa derivada de la gobernanza de datos.

Proyecto 3

Nombre del proyecto: Implementación de la Política de Gestión de la Información Estadística: % avance cuantitativo del proyecto: 100%

Justificación:

En diciembre se aprobó y publicó el procedimiento Gestión de Información Estadística de acuerdo con los parámetros establecidos por la OAP (Sistema Integrado de Gestión), al igual que:

- Contratación de dos OPS por \$71.093.972, para la formulación del Plan Estadístico Institucional (PESI), la preparación para la certificación de las Operaciones Estadísticas (OOEE) y el desarrollo de los mecanismos de la PGIE.
- Elaboración y socialización del Procedimiento de Gestión de Información Estadística (PRGIE), aprobado y publicado por parte de la Oficina Asesora de Planeación.
- Revisión del procedimiento de Formular y Gestionar el Plan Estadístico Institucional PESI.
- Registro de la primera Operación Estadística (PQRS) de la SNS, en SICODE del DANE.
- Participación en reuniones con Delegaturas y Direcciones en calidad de los archivos tipos, para generar análisis para el fortalecimiento de registros administrativos (RRAA).
- Diseño de la metodología para el fortalecimiento de RRAA, la metodología para la anonimización de bases de datos, y una propuesta de actualización del Plan estadístico institucional.
- Formación de 5 de funcionarios en Auditoría de Operaciones Estadísticas "Auditor NTC PE 1000 2020" - DANE.
- Realización de acciones que condujeron a cerrar las Brechas del FURAG que se tenían para cumplir al 31/12/2025.

Objetivo Sectorial 5: Fortalecer las capacidades institucionales y financieras del sector salud

La Superintendencia Nacional de Salud ejecutó diversas acciones para consolidar su gestión organizacional con enfoque en innovación, transparencia y sostenibilidad. Se diseñaron e implementaron lineamientos para el Sistema de Gestión de la Innovación y del Conocimiento, orientados a fortalecer los procesos internos, facilitar la captura de aprendizajes institucionales y fomentar una cultura de mejora continua.

Adicionalmente, se promovió una cultura de transparencia mediante el desarrollo de un registro sistematizado y en línea con información pública sobre vigilados liquidados y en liquidación, en cumplimiento del principio de divulgación proactiva.

En el componente financiero, se adelantaron acciones de inspección y vigilancia para monitorear las responsabilidades de los generadores, recaudadores y administradores de recursos, generando alertas que contribuyan a la sostenibilidad del sistema.

Indicadores de seguimiento:

- **Lineamientos asociados al Sistema de Gestión del Conocimiento y la Innovación de la Superintendencia Nacional de Salud diseñado, implementado y**

evaluado: refleja el avance institucional en el fortalecimiento de capacidades para la gestión del conocimiento.

Tabla 6 Resultado indicador PES Lineamientos asociados al sistema de gestión del conocimiento y la innovación de la Supersalud diseñado, implementado y evaluado

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
8	7	87,50%

Para el último trimestre, se relaciona el cumplimiento de 7 lineamientos en su totalidad y el avance parcial de 1 lineamiento. A continuación, se especifican las acciones adelantadas frente a cada lineamiento:

Lineamiento 1. Formular estrategias para programa de habilidades blandas para fortalecer la cultura de la innovación (cumplido)

Para este indicador se avanzó En el marco del Sistema de Gestión de Innovación, se retomó la relación con SENATIC – una iniciativa entre MINTIC1 / OIT2/ SENA3 potenciar la formación por competencias en tecnologías de la información y contribuir al cierre de la brecha digital en el país.

Este es un programa de formación en diversos temas tecnológicos, digitales y con aptitudes blandas, que busca fortalecer las competencias de los funcionarios de la Superintendencia Nacional de Salud en temáticas como:

1. Tecnologías Emergentes.

2. Experiencia Digital.
3. Gestión de Proyectos.
4. Introducción a las tecnologías.
5. Lenguaje de programación

Durante el mes de septiembre se sostuvo la primera mesa de trabajo con la representante de esta alianza, la Dirección de Innovación y Desarrollo y la Dirección de Talento Humano vía TEAMS.

El día 11 de noviembre se hizo el lanzamiento oficial en la sede principal de la Superintendencia y se hizo socialización por medio del correo electrónico, SUPERBOLETÍN.

Lineamiento 2. Identificar, analizar y evaluar planes, proyectos e ideas que se generen del SGI (cumplido)

Durante los meses de abril, mayo, septiembre, octubre, noviembre y diciembre se ejecutó la ESTRATEGIA TERRITORIAL denominada WORKSHOPS TERRITORIALES, en la cual se visitaron a ocho (8) direcciones regionales adelantando talleres prácticos y vivenciales con el fin de identificar necesidades territoriales y así mismo co-crear posibles soluciones las cuales se transformarán en proyectos para generar un "BANCO DE PROYECTOS" para la vigencia 2026.

Lineamiento 3. Fomentar la generación de foros y espacios de innovación abierta con otras entidades y grupos de interés (cumplido)
Durante los meses de abril, mayo, septiembre, octubre, noviembre y diciembre se ejecutó la ESTRATEGIA TERRITORIAL denominada WORKSHOPS TERRITORIALES, en la cual se visitaron a ocho (8) direcciones regionales adelantando talleres prácticos y vivenciales con el fin de identificar necesidades territoriales y así mismo co-crear posibles soluciones las cuales se transformarán en proyectos para generar un "BANCO DE PROYECTOS" para la vigencia 2026.

Así mismo, los días 24 y 25 de octubre, la Supersalud adelantó la segunda versión de la Hackaton 2025 con el apoyo de la UNICAFAM en la cual se fomentó un espacio de Innovación Abierta y creación de soluciones.

Lineamiento 4. Diseñar el programa de gestión de conocimiento (cumplido)

Para este indicador durante el primer semestre se diseñó y avaló el PROGRAMA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LA SUPERSALUD, el cual dio orientación sobre la implementación de la política pública GESCO+I con actividades puntuales y concretas para ser ejecutadas durante el segundo semestre de la vigencia 2025.

Lineamiento 5. Generar estrategia de cierre de brechas de necesidades del conocimiento alineadas a la metodología de función pública (cumplido)

Durante el segundo semestre de la presente vigencia, en compañía de la Oficina Asesora de Planeación se gestionó la identificación de brechas y elaboración de cronograma de actividades para hacer el cierre de éstas, es importante mencionar que la ejecución de las mismas se ha venido desarrollando conforme a lo programado.

Lineamiento 6. Fortalecer los repositorios de información para almacenar y compartir información en la entidad (cumplido)

En el marco de las acciones diseñadas y ejecutadas para mitigar la fuga de conocimiento en la transición de personas, desde la Dirección de Innovación y Desarrollo se estructuraron y pusieron a disposición de la entidad los REPOSITARIOS DE INFORMACIÓN INSTITUCIONALES para estandarizar un poco el control y accesibilidad de la información producida por las dependencias de la entidad.

Lineamiento 7. Generar estrategia de capacitación y sensibilización en gestión del conocimiento (cumplido)

Durante los meses de abril, mayo, septiembre, octubre, noviembre y diciembre se ejecutó la ESTRATEGIA TERRITORIAL denominada WORKSHOPS TERRITORIALES, en la cual se visitaron a ocho (8) direcciones regionales adelantando talleres prácticos y vivenciales con el fin de identificar necesidades territoriales y así mismo co-crear posibles soluciones las cuales se transformarán en proyectos para generar un "BANCO DE PROYECTOS" para la vigencia 2026.

Lineamiento 8. Fortalecer y formalizar la unidad de I+D+I como centro reconocido por Minciencias (incumplido)

Desde la Subdirección de Metodologías e Instrumentos de Supervisión y la Dirección de Innovación y Desarrollo, durante la vigencia 2025 se avanzó en la formalización del GRUPO DE INVESTIGACIÓN, se trabajó en el acto administrativo que adopta de manera formal esta iniciativa, sin embargo, se aclara que debido a la alta rotación del equipo directivo, en especial de la Dirección Jurídica y la Dirección de Innovación y Desarrollo, la firma de este acto se dificultó, dado que en cada cambio de director se emitían recomendaciones y ajustes adicionales.

- **Registro sistematizado con información pública de los vigilados liquidados y en liquidación:** evidencia el compromiso con la transparencia y el acceso ciudadano a información crítica del sistema.

Tabla 7 Resultado indicador PES Registro sistematizado con información pública de los vigilados liquidados y en liquidación

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
75%	95%	126,67%

En relación con el indicador “Registro Sistematizado con información pública de los liquidados vigilados y en liquidación”, a continuación, se describen i) las fases previstas para dar cumplimiento a esta actividad, ii)

el estado de avance con corte a 31 de diciembre de 2025, y iii) las actividades pendientes y la fecha de finalización prevista, así:

La Oficina de Liquidaciones ha decidido implementar un Tablero de Control en Power BI, el cual se actualizará mensualmente. Este tablero está diseñado para ejecutarse en dos fases:

Primera Fase. Ejecutada en un 100% y está compuesta por:

- a) Base de datos de las entidades liquidadas y en liquidación ordenadas por la SNS.
- b) Base de datos de las entidades liquidadas y en liquidación No ordenadas por la SNS.

Dicha información se puede visualizar por municipios en el mapa de Colombia.

Respecto a las EPS en liquidación por Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar (IFAL), se puede visualizar:

- c) Información Financiera saldo a corte de Activos y Pasivos
- d) Avance de cronograma de liquidación por hitos.

Segunda Fase: Esta Fase está en proceso de desarrollo con un avance del 90%. La misma esta compuesta por:

- a) Información del Saldo a Corte de las Acreencias, calificadas, graduadas y pagadas de los procesos de EPS en intervención forzosa administrativa para liquidar IFAL en liquidación.

A esta fase le falta ajustar la ventana de visualización de la información según reunión con DID para que sea más grafica, y actualizar el ABC de dicho tablero de control incorporando esta segunda fase.

Por lo tanto, el total del avance del indicador al finalizar la vigencia 2025 es del 95% y se tiene previsto que la meta se cumpla en un 100% antes del mes de mayo de 2026.

- **Porcentaje de alertas generadas en desarrollo de las acciones de Inspección y Vigilancia a generadores, recaudadores y administradores de recursos del SGSSS:** mide la capacidad de la entidad para anticipar riesgos financieros que comprometan la estabilidad del sistema.

Tabla 8 Resultado indicador PES Porcentaje de alertas generadas en desarrollo de las acciones de IV a generadores, recaudadores y administradores de recursos del SGSSS

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
100%	100%	100%

La Supersalud solicitó el incremento de la meta de este indicador de 80% a 100% para las vigencias 2024 a 2026 en la sesión del Comité Sectorial de Gestión y Desempeño celebrada el 17 de diciembre de 2025, lo cual se aprobó.

Análisis cuatrienio:

La meta aprobada para este indicador por el Comité Sectorial de Gestión y Desempeño que sesionó el 17 de diciembre de 2025 es del 100% del 2024 al 2026, (antes 80%). Esta meta significa que del total de alertas generadas en desarrollo de las acciones de IV a generadores, recaudadores y administradores de recursos del SGSSS, todas deben tener acciones de gestión.

En ese sentido y dada la aprobación del incremento de la meta, se tiene que en la vigencia 2023 se logró una ejecución del 80% y, por lo tanto, un cumplimiento del 100%; en el año 2024, se obtuvo una ejecución del 100% y un cumplimiento de la meta del 100%, y al cierre del año 2025, se han identificado y gestionado un total de 43 alertas (40 T-II, 2 T-III y 1 T-IV) lo que representa un cumplimiento del 100% de la meta en lo corrido del cuatrienio.

Objetivo Sectorial 6: Recuperar y fortalecer la red pública hospitalaria

En el marco de este objetivo, se implementó la acción estratégica de incrementar las acciones de inspección y vigilancia orientadas al monitoreo de los riesgos financieros en las Empresas Sociales del Estado priorizadas. El propósito es generar alertas tempranas que permitan establecer controles preventivos frente a situaciones que puedan

comprometer la continuidad de los servicios y la garantía del derecho a la salud.

Indicador de seguimiento:

- **Alertas identificadas y gestionadas en el monitoreo y vigilancia de los recursos financieros en las Empresas Sociales del Estado priorizadas durante el período evaluado:** permite evaluar la capacidad institucional para anticipar afectaciones derivadas de una inadecuada gestión financiera en prestadores públicos.

Tabla 9 Resultado indicador PES Alertas identificadas y gestionados en el monitoreo y vigilancia de los recursos financieros en las ESE

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
84	86	102,38%

Primer Semestre de 2025: 28 Alertas identificadas y gestionadas.

En el marco de las acciones adelantadas por la Dirección de IV para Prestadores de Servicios de Salud, se realiza el monitoreo de cuatro (4) indicadores financieros, calculados a partir de la información reportada por las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.) al cierre de la vigencia anterior (2024). Dichos indicadores incorporan variables asociadas a cartera, pasivos, especialmente aquellos relacionados con el talento humano en salud, pérdidas operacionales y capacidad de recaudo frente a los ingresos causados.

Para el período evaluado, se estableció como meta el seguimiento y la ejecución de acciones de inspección y vigilancia sobre diez (10) Empresas Sociales del Estado, con el propósito de verificar el comportamiento de los indicadores financieros y las posibles desviaciones o fallas identificadas.

Como resultado de estas actuaciones, se elaboraron informes de auditoría, se realizaron traslados a las autoridades competentes y se adelantaron acciones de inspección y vigilancia relacionadas con el componente financiero, orientadas a mitigar los riesgos identificados y fortalecer la sostenibilidad financiera de las entidades evaluadas.

En consecuencia, durante el primer semestre de la vigencia 2025, se analizaron cuarenta (40) indicadores derivados del seguimiento efectuado a las diez (10) E.S.E. monitoreadas, de los cuales **se generaron veintiocho (28) alertas, las cuales fueron gestionadas en su totalidad.**

Segundo semestre de 2025: 58 alertas identificadas y gestionadas.

Se estableció como meta el seguimiento y la ejecución de acciones de inspección y vigilancia sobre veintiséis (26) Empresas Sociales del Estado, con el propósito de verificar el comportamiento de los indicadores financieros y detectar oportunamente posibles desviaciones o fallas en la gestión de los recursos.

En consecuencia, durante el segundo semestre de la vigencia 2025, se analizaron ciento cuatro (104) indicadores derivados del seguimiento realizado a las veintiséis (26) E.S.E. monitoreadas, de los cuales **se generaron cincuenta y ocho (58) alertas**, las cuales fueron gestionadas en su totalidad.

En ese orden de ideas, para la vigencia **2025 se ejecutaron en su totalidad ochenta y seis (86) acciones de inspección y vigilancia programadas, alcanzando un cumplimiento del 102,38% frente a la meta establecida (84)**, contribuyendo a la generación de controles preventivos que anticipen posibles afectaciones en la atención de los usuarios derivadas de una inadecuada gestión de los recursos.

Objetivo Sectorial 7: Fortalecer la sostenibilidad financiera del sistema de salud en el pago, giro directo y la restitución de los recursos: garantizar los recursos de la Supersalud mediante el recaudo oportuno de la contribución de los vigilados, y permite medir la eficiencia en los procesos de facturación, cobro y recuperación de los recursos que financian las funciones misionales de la entidad

Indicador de seguimiento:

- **Recaudo de la contribución a favor de la Superintendencia Nacional de Salud:**

El indicador mide el porcentaje de cumplimiento del recaudo de la contribución al Sistema General de Seguridad Social en Salud frente a lo programado para la vigencia.

Tabla 10 Resultado indicador PES Recaudo de la contribución a favor de la Superintendencia Nacional de Salud

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
84%	97,65%	116,25%

Las metas, ejecuciones y cumplimientos desagregados del cuatrienio para este indicador, son:

Vigencia 2023: Meta 80%, Ejecución 93%, Cumplimiento 113%.

Vigencia 2024: Meta 82%, Ejecución 97,16%, Cumplimiento 118,49%.

Vigencia 2025: Meta 84%, Ejecución 97,65%, Cumplimiento 116,25%.

Durante la vigencia 2025, la contribución establecida en la Resolución No. 2025920040005394-6 tenía como fecha límite de pago oportuno el 5 de septiembre de 2025. Sin embargo, con el objetivo de lograr que un mayor número de vigilados conocieran, aprobaran y cumplieran sus obligaciones, se amplió el plazo hasta el 30 de septiembre de 2025, conforme a lo dispuesto en la Resolución No. 2025920050007532-6.

Adicionalmente, para los vigilados tipo Gestores Farmacéuticos, la Resolución No. 2025920050011437-6 del 26 de noviembre de 2025

estableció un periodo especial de recaudo entre el 1 y el 30 de diciembre de 2025.

Al cierre de la vigencia, se alcanzó un recaudo del 97,65%, cifra que incluye los pagos realizados por los Gestores Farmacéuticos. Este resultado se obtiene porque se tenía como meta recaudar \$150.797 millones de pesos y se logró un recaudo efectivo de \$147.255 millones de pesos, lo cual fue posible gracias a la implementación de diversas estrategias, tales como: contacto telefónico permanente, envío de mensajes de texto, diseño y difusión de material gráfico, campañas de correo electrónico y uso de otros canales institucionales. Asimismo, se brindó atención directa a los vigilados, ofreciendo acompañamiento para resolver inconvenientes y facilitar el cumplimiento oportuno de sus obligaciones.

2.2. Objetivos Estratégicos Institucionales

Eje Estratégico 1: Defensa del Derecho a la Salud

La Superintendencia Nacional de Salud, comprometida con la protección del derecho fundamental a la salud, ha desplegado un conjunto integral de acciones bajo un enfoque diferencial, territorial y humanizado, con el propósito de mejorar la oportunidad, calidad y efectividad de la atención a los usuarios del sistema de salud.

Durante el periodo de gestión, se impulsó el seguimiento a la implementación de lineamientos en las Entidades de Salud del Estado orientados a promover la formalización laboral y la atención con enfoque diferencial, garantizando condiciones dignas tanto para los trabajadores como para los usuarios. En complemento, se implementó la Estrategia de Acciones Integrales en Territorio, mediante la cual se desplegaron intervenciones articuladas entre las distintas áreas misionales, con un enfoque territorial que responde a las particularidades de cada región.

Se fortaleció la vigilancia al cumplimiento de la dispensación completa de fórmulas médicas por parte de los Gestores Farmacéuticos, tanto de medicamentos del Plan de Beneficios en Salud (PBS) como de los no PBS, asegurando el acceso efectivo a los tratamientos prescritos por el personal médico. Así mismo, se desarrollaron acciones para implementar una herramienta tecnológica interoperable que permita consolidar el expediente digital, facilitando la trazabilidad y acceso oportuno a la información de los casos.

Adelantar acciones de desconcentración y delegación de funciones de las direcciones regionales respecto de los actores del sistema de salud.

También se puso en marcha un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación para las órdenes judiciales y los mandatos de organismos internacionales, garantizando su cumplimiento efectivo y transparente.

En línea con la protección del usuario, se ejecutaron acciones de inspección y vigilancia sobre los reclamos en salud, tanto los vencidos como aquellos clasificados como de riesgo vital, priorizando su atención oportuna.

Indicadores de seguimiento

- **Porcentaje de ESE bajo medida especial con acciones de seguimiento y control realizadas sobre la implementación de lineamientos de formalización laboral y atención en salud con enfoque diferencial.**

Tabla 11 Resultado indicador seguimiento PEI Porcentaje de ESE bajo medida especial sobre la implementación lineamientos de formalización laboral y atención en salud con enfoque diferencial

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
11	11	100%

Se ejecutaron once (11) acciones de seguimiento a la implementación de los lineamientos dirigidos a las Entidades de Salud del Estado (E.S.E.), orientadas a promover la formalización laboral y el fortalecimiento de la atención en salud con enfoque diferencial, alcanzando un cumplimiento del 100 % frente a la meta programada.

En relación con las acciones asociadas a la atención en salud con enfoque diferencial, se evidenció un cumplimiento del 100 % en los procesos de adopción y medición en las once (11) E.S.E. bajo medida especial. Adicionalmente, se registró un avance significativo en la parametrización del sistema, al pasar de tres (3) entidades en el segundo trimestre a nueve (9) entidades, equivalentes al 82 %, al cierre del segundo semestre de la vigencia 2025, lo cual refleja una mejora sustancial en la capacidad de reporte y análisis de la información.

En cuanto a la implementación de los lineamientos de formalización laboral, las E.S.E. continuaron con la ejecución de los planes y fases proyectadas, logrando la vinculación de personal asistencial y administrativo, con incrementos que, en algunos casos, superaron los ciento cincuenta (150) cargos formalizados, contribuyendo a la reducción de la contratación mediante prestación de servicios y al fortalecimiento de la estabilidad laboral.

En consecuencia, los resultados obtenidos permiten concluir que el indicador se mantiene en un rango de desempeño bueno, con tendencia ascendente. No obstante, se recomienda continuar el acompañamiento técnico a las entidades, con el fin de cerrar las brechas identificadas en la parametrización del sistema y garantizar la culminación de las fases de formalización previstas para la vigencia 2026.

- **Acciones integrales en territorio.**

Tabla 12 Resultados indicador PEI -Acciones integrales en territorio

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
11	16	145%

Las Direcciones Regionales adelantaron 16 Acciones Integrales en Territorio (AIT), de las cuales se resaltan:

- Regional Andina: Se realizó (1) Acción Integral en Territorio (AIT) en el municipio de Turbo.
- Regional Nororiental: Se llevaron a cabo (2) Acciones Integrales en Territorio (AIT) en los municipios de Vélez y Villa del Rosario.
- Regional Chocó: Se realizó (1) Acción Integral en Territorio (AIT) en el municipio de Istmina.
- Regional Orinoquía: Se ejecutó (1) Acción Integral en Territorio (AIT) en el municipio de Puerto López.
- Regional Occidental: Se desarrollaron dos (2) Acciones Integrales en Territorio, una en el municipio de Sevilla (Valle del Cauca) y otra en el municipio de Popayán (Cauca).
- Regional Norte: se realizó (1) AIT en Magangué- Bolívar.
- Municipio de Olaya Herrera, Nariño.
- Leticia, Amazonas.

- **Porcentaje de órdenes judiciales y mandatos de organismos internacionales de obligatorio cumplimiento por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, con acciones de seguimiento, monitoreo y/o evaluación.**

Tabla 13 Resultado indicador PEI Porcentaje de órdenes judiciales y mandatos de organismos internacionales de obligatorio cumplimiento por parte de la Supersalud con acciones de seguimiento, monitoreo y/o evaluación

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
78	78	145%

La Superintendencia Nacional de Salud ha mantenido una gestión oportuna y articulada en el cumplimiento de sus compromisos judiciales, con acciones de seguimiento, monitoreo y/o evaluación frente a 78 asuntos, esto es, el 100% de cumplimiento de las órdenes impartidas mediante sentencias de tutela y órdenes defensoriales. Esto ha permitido reducir el riesgo de sanciones e incidentes de desacato.

Segundo Trimestre

Durante el segundo trimestre de 2025, para el cumplimiento de las ordenes impartidas a la Superintendencia Nacional de Salud en sentencias de tutela y órdenes defensoriales, se tramitó en totalidad 48/48 oficios de salida y/o memorandos, a través de los cuales se gestionó, compiló y se remitió la información a la entidad solicitante. De acuerdo con el resultado

del indicador nos encontramos en un nivel sobresaliente, lo que refleja que continuamos cumpliendo con la meta programada y generando una reducción en el riesgo de imposición de sanciones e incidentes de desacatos.

Cuarto Trimestre

Se contestaron en un 100 % los requerimientos realizados, entre otros, por la Produraduría General de la Nación, Agencia Nacional para la Defensa Jurídica del Estado, Juzgados, Presidencia de la República.

- **Porcentaje de reclamos en salud con acciones de inspección y vigilancia.**

-

Tabla 14 Resultado indicador PEI Porcentaje de reclamos en salud con acciones de inspección y vigilancia

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
902.297	902.297	100%

Gestión de 902.297 reclamos en salud abiertos y vencidos, por medio de la formulación de requerimientos de inspección y vigilancia.

- **Porcentaje de reclamos en salud de riesgo vital con acciones de inspección y vigilancia.**

Tabla 15 Resultado indicador PEI Porcentaje reclamos en salud de riesgo vital con acciones de IV

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
3.706	3.706	100%

En total, se gestionaron 3.706 Reclamos en salud de riesgo vital con acciones de inspección y vigilancia en el año 2025.

- **Porcentaje del total de Actores del sistema con acciones de inspección y vigilancia por parte de la Dirección Regional**

Tabla 16 Resultado indicador PEI Porcentaje de total de Actores del sistema con acciones de IV por parte de la Dirección Regional

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
2	2	22%

Análisis cuatrienio:

La meta del cuatrienio 2023-2026 es cubrir un total de nueve (9) actores del Sistema con acciones de inspección y vigilancia por parte de las ocho (8) Direcciones Regionales de la SNS. Los nueve actores son:

1. Entidades Territoriales (cubierto)
2. Ciudadanía (cubierto)
3. Gestores farmacéuticos (cubierto)

4. Aseguradores (EPS) (cubierto en 2025)
5. Prestadores (IPS) (cubierto en 2025)
6. Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud (cubierto)
7. Generadores de Recursos del SGSSS (pendiente)
8. Recaudadores de Recursos del SGSSS (pendiente)
9. Administradores de Recursos del SGSSS (pendiente)

En ese sentido, de los 9 actores del Sistema se han completado un total de 6 actores, lo que representa un avance del 66% ($6/9=66\%$) de la meta del cuatrienio. Vale aclarar que un actor se considera completado cuando las 8 Direcciones Regionales han realizado actividades con éste, es por ello que el porcentaje de avance se obtiene ya que 8 de las 8 Direcciones Regionales han realizado actividades con los actores del listado que se indican como "cubiertos".

Entre las principales actividades que ejecutan las Direcciones Regionales con los actores se tienen:

1. Mesas conjuntas de acuerdo - Relación Contractual en Salud entre las IPS y las EPS: Esta actividad permite establecer una mesa de concertación entre las IPS y las EPS, con el acompañamiento de entidades garantes, en procura de garantizar la prestación efectiva y oportuna de los servicios de salud complementarios, así como revisar las obligaciones contractuales vigentes.

2. Mesas de PQRD prestación de servicios EPS - IPS: Esta actividad permite generar espacios de trabajo vinculante entre los actores del sistema en el

territorio, para la solución efectiva de las PQRD o manifestaciones- no conformidades - reclamaciones y/o alertas presentadas por los usuarios del SGSSS frente a las barreras en el acceso a la prestación de los servicios de salud.

3. Jornadas de atención al usuario: Esta actividad se plantea como un espacio para la presentación, registro y gestión de casos particulares de la comunidad. Con el apoyo de las Secretarías de Salud Municipal, donde se ubican y participan los funcionarios de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud (EAPB) convocadas para dar atención a los usuarios.

Detalle:

En el último trimestre del año 2025, las Direcciones Regionales Chocó y Norte (Barranquilla) de la Supersalud, reportaron avance con el actor Aseguradores (EPS) lo que permite dar cumplimiento a la meta establecida para la vigencia, correspondiente a 2 actores del Sistema de Salud con acciones por parte de la entidad, toda vez que en el primer semestre se había completado el actor Prestadores (IPS). A continuación, presenta esta información de manera detallada:

Regional Chocó:

-Se desarrolló Mesa técnica en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS): Cómo resultado de esta mesa entre la Nueva EPS y la IPS ERCHICHIJAI, la NUEVA EPS se comprometió a realizar las

gestiones administrativas y financieras correspondientes para verificar y tramitar los pagos pendientes, en el menor tiempo posible, mientras que la IPS ERCHICHIJAI reiteró su disposición para continuar prestando los servicios en el marco de la legalidad, siempre que se garantice el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

- Se adelantó Mesa de PQRD Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG). La Jornada fue un espacio para la presentación, registro y gestión de casos particulares de la comunidad de Istmina. Con el apoyo de la Secretaría de Salud Municipal, donde se ubicaron a los funcionarios de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud (EAPB) se atendieron las necesidades de los usuarios, alrededor de temas como: Demoras en la asignación de citas con Especialistas, Demoras en la autorización y asignación de citas para la realización de ayudas diagnósticas, entre otras.

Regional Norte: Se realizaron 3 Mesas de PQRD con Cajacopi, Coosalud y Mutualser, de la siguiente manera:

En estas mesas, realizadas de manera individual, la Supersalud presentó el contexto de la situación de PQRD de las entidades vigiladas y estas a su vez realizaron su presentación y coincidieron en la importancia de revisar las estadísticas de PQRD como oportunidades de mejora del desempeño. Como resultado de las mesas los vigilados se comprometieron a "Realizar la gestión y cierre efectivo (solución de fondo) de los reclamos en salud en estado abierto y reabierto,

relacionados con barreras de acceso a los servicios en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Córdoba y Sucre".

De igual forma, se realizaron acciones adicionales por parte de otras Direcciones Regionales, las cuales se presentan a continuación:

Regional Nororiental: Seguimiento mesa de contratación con Coosalud (Actor: Asegurador (EPS)).

Regional Orinoquia: Mesa de contingencia de medicamentos con Nueva EPS y el Gestor Farmacéutico de MyT - Mesa problemática de prestación de servicios con Coosalud y los prestadores Salud Renal y MyT - Mesa problemática de prestación de servicios con Sanitas y los prestadores Salud Renal y MyT - Mesa problemática de prestación de servicios con Nueva EPS y los prestadores Salud Renal y MyT. (Actor: Asegurador (EPS)).

Regional Occidental- Sede Agualongo: Mesa problemática de prestación de servicios con Asmet Salud y las ESE de la Costa Pacífica. (Actor: Asegurador (EPS))

Regional Caribe: Mesa técnica en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) en Valledupar, Cesar.

Regional Sur: Mesa de trabajo con los Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y la Nueva EPS. (Actor: Asegurador (EPS)).

- **Porcentaje de Nuevos territorios (Departamentos, Municipios o Distritos) impactados con acciones de IV por parte de las Direcciones Regionales sobre el total de Nuevos Territorios programados.**

Tabla 17 Resultado indicador PEI Porcentaje de nuevos territorios impactados con acciones de IV

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
102	102	100%

Se intervinieron 102 nuevos territorios, los cuales fueron atendidos mediante acciones preventivas y/o de inspección y vigilancia, adelantadas por las Direcciones Regionales. A continuación, se detallan algunas de las acciones realizadas:

Regional Andina: Durante el trimestre se realizaron mesas de inspección y vigilancia en Arboletes y Turbo. Adicionalmente, se abordaron nueve (9) sentencias en Valdivia y una mesa convocada por terceros en Sabanalarga.

Regional Nororiental: Se llevó a cabo una mesa de inspección y vigilancia en el municipio de Toledo y una mesa de gobernanza en Socha.

Regional Occidental – Sede Agualongo: Se realizó una mesa de inspección y vigilancia en el municipio de Aldana.

Regional Sur: Se desarrolló una mesa de gobernanza con el municipio de Acevedo, así como una acción de inspección y vigilancia a la ejecución técnica y financiera del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) vigencia 2024, en los municipios de Murillo y Yondó.

Regional Occidental: Se ejecutó una Acción Integral en Territorio en el municipio de Sevilla, departamento del Valle del Cauca.

Es importante resaltar, que en algunas direcciones regionales no se pudo programar acciones de IV en nuevos territorios debido a los problemas de orden público presentados en algunas regiones del país.

- **Porcentaje de fórmulas de medicamentos PBS dispensadas de manera completa por el Gestor Farmacéutico (GF)**

Tabla 18 Resultado indicador PEI Porcentaje de fórmulas de medicamentos PBS dispensadas de manera completa por el Gestor Farmacéutico.

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
172.516.693	145.519.066	84%

Respecto al avance a noviembre de 2025 se han generado un total de 172.516.693 fórmulas de medicamentos PBS de las cuales se han

dispensado 145.519.066 fórmulas completas, lo que representa que el 84% de las fórmulas solicitadas en el periodo se dispensan sin generar algún tipo de novedad o faltante, encontrándose por debajo de la meta propuesta para la vigencia 2025.

Estos datos representan a 54 gestores farmacéuticos que a la fecha de corte reportan información. Este seguimiento permitió generar alertas de riesgos que derivaron en acciones particulares de supervisión: 5 auditorías y 5 visitas de verificación rápida a establecimientos farmacéuticos, con miras a evidenciar situaciones que afectan la entrega completa de las fórmulas de medicamentos y así generar acciones de mejoramiento para proteger el derecho de los usuarios al acceso oportuno a los medicamentos. (fecha corte información 31 diciembre 2025).

- **Porcentaje de fórmulas de medicamentos no PBS (PBS NO UPC) dispensadas de manera completa por el Gestor Farmacéutico (GF)**

Tabla 19 Resultado indicador PEI Porcentaje de fórmulas de medicamentos no PBS (PBS NO UPC) dispensadas de manera completa por el Gestor Farmacéutico (GF).

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
4.984.514	4.141.628	83%

Se generaron un total de 4.984.514 fórmulas de medicamentos No PBS de las cuales se han dispensado 4.141.628 fórmulas completas, lo que representa que el 83% de las fórmulas solicitadas en el periodo se dispensan sin generar algún tipo de novedad o faltante, encontrándose por debajo de la meta propuesta para la vigencia 2025.

Estos datos representan a 54 gestores farmacéuticos que a la fecha de corte reportaron información. Este seguimiento permitió generar alertas de riesgos que derivaron en acciones particulares de supervisión: 5 auditorías y 5 visitas de verificación rápida a establecimientos farmacéuticos, con miras a evidenciar situaciones que afectan la entrega completa de las fórmulas de medicamentos y así generar acciones de mejoramiento para proteger el derecho de los usuarios al acceso oportuno a los medicamentos.

- **Porcentaje de alertas generadas en desarrollo de las acciones de IV a generadores, recaudadores y administradores de recursos del SGSSS con acciones de gestión sobre el total de alertas**

Tabla 20 Resultado indicador PEI Porcentaje de alertas generadas en desarrollo de las acciones de IV a generadores, recaudadores y administradores de recursos del SGSSS

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
56	56	100%

En la vigencia 2025, se gestionaron 56 alertas generadas en desarrollo de las acciones de IV a generadores, recaudadores y administradores de recursos del SGSSS, dentro de las cuales se resaltan las siguientes:

- Lotería de Medellín.
 - Concesionario de apuestas permanentes Red de Servicios del Cesar.
- Adicionalmente, se realizó seguimiento a los siguientes planes de mejoramiento.
- Gobernación del Chocó, tercer avance.
 - Empresa Industrial y Comercial del Estado Administradora del Monopolio Rentístico de los Juegos de Suerte y Azar – COLJUEGOS, segundo avance.
 - Unidad de Licores del Meta, primer avance. -Gobernación del Meta, primer avance.
 - ADRES, Tercer avance y cierre del plan de mejoramiento, en el marco de las acciones desarrolladas por las alertas presentadas.

Eje Estratégico 2: Participación de los actores de sistema en Salud

La Supersalud a través de los mecanismos efectivos de la participación ciudadana y el control social, escucha y atiende las necesidades de todos los actores del sistema, incluyendo a los trabajadores de la salud para tomar las acciones pertinentes

Indicadores de seguimiento

- **Redes de Controladores departamentales activadas**

Tabla 21 Resultado indicador PEI Redes de Controladores departamental activadas

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
10	15	115%

Es importante mencionar que mediante las Redes de Controladores se busca generar un escenario colaborativo, donde se desarrollen prácticas de Inspección, Vigilancia y Control complementarias, tendientes a abordar los principales problemas del sector salud, a través de: intercambios de información y experiencias entre las entidades, investigaciones conjuntas, investigaciones especializadas, controles de advertencia y otras acciones tendientes a simplificar procesos y reducir la duplicidad y fragmentación de las acciones de control en el sistema.

Entre los ejes temáticos de mayor relevancia abordados durante la Red de Controladores, el que generó mayor impacto fue la dispensación de medicamentos, seguido por los procesos de referencia y contrarreferencia, la problemática de desnutrición en menores de cinco años, y el funcionamiento de los laboratorios de salud pública.

Es así como, en la vigencia 2025, se activaron 15 Redes de Controladores superando la meta de 10 programada para el año. Entre las ciudades o

departamentos en los cuales se activaron redes, se tienen: Tolima, Magdalena, Atlántico, Vaupés, Valle del Cauca, San Andrés, entre otros.

- **Actividades que promueven los derechos y deberes en salud y mecanismos de participación ciudadana en salud**

Tabla 22 Resultado indicador PEI Actividades que promueven los derechos y deberes en Salud y mecanismos de participación ciudadana en salud

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
282	349	124%

Se realizaron 349 actividades orientadas a promover los derechos y deberes en salud y los mecanismos de participación ciudadana en salud. Entre los eventos desarrollados se tienen: jornadas de atención al usuario, capacitaciones, seminarios, Conexión SuperSalud, Diálogos con la SuperSalud, Piezas lúdicas, Líder tiene la palabra y Acompañamientos.

- **Asistentes a eventos programados**

Tabla 23 Resultado indicador PEI Asistentes a eventos programados

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
16.150	42.015	260%

La meta 2025 era lograr la asistencia de 16.150 personas, lo cual se superó significativamente porque se llegó a 42.015 asistentes.

Este resultado se debe a la ejecución de jornadas de promoción y participación ciudadana en salud, con enfoque diferencial, que fortalecieron la apropiación de los derechos y deberes en salud por parte de la ciudadanía.

Eje Estratégico 3: Capacidad Institucional

La Superintendencia Nacional de Salud fortalece la capacidad institucional aumentando la presencia y visibilidad funcional en el territorio, la optimización de procesos, la ampliación y efectividad de los canales de atención, el empoderamiento del talento humano, la articulación interna, las tecnologías de la información y las comunicaciones, la infraestructura física y la administración eficiente de los recursos financieros.

Indicadores de seguimiento

- **Cobertura de los Grupos de valor y ciudadanías de la Supersalud con información sobre las características del Sector de los Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos como nuevos integrantes del SGSSS"**

Tabla 24 Resultado indicador PEI Cobertura de los grupos de valor y ciudadanía de la Supersalud con información sobre las características del sector de los Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos como integrantes del SGSSS.

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
550	633	115%

Con el fin de garantizar la cobertura de los grupos de valor y la ciudadanía, se realizaron socializaciones de información relevante sobre las características de la Delegatura de Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos, como nuevos integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en las cuales participaron 633 ciudadanos de 550 previstos.

Durante las actividades, se explicó el propósito de esta delegatura, destacando su rol en la supervisión y fortalecimiento del sector, así como la actualización normativa que regula la incorporación y funcionamiento de estos actores dentro del SGSSS.

Estas socializaciones permitieron generar conocimiento, transparencia y apropiación de la normativa vigente, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos institucionales y al fortalecimiento del Sistema de Salud.

- **Porcentaje de avance en el rediseño del Marco Integral de Supervisión de la Supersalud "**

Tabla 25 Resultado indicador PEI Porcentaje de avance en el rediseño del Marco Integral de Supervisión de la Supersalud

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
80%	80%	100%

Se cumplieron los 4 hitos previstos en la vigencia 2025, para un avance acumulado del 80%, que indica el cumplimiento de 100% de la meta establecida para la vigencia.

El resultado para el año 2025, corresponde a la consolidación de 4 modelos de supervisión, así:

1. Modelo de Supervisión para PSS.
2. Modelo de Supervisión para Entidades Territoriales.
3. Modelo de Supervisión DEAS (EPS).
4. Modelo de Supervisión para Operadores Logísticos y/o Gestores Farmacéuticos.

Para el 2026, el 20% faltante corresponde a la implementación de los modelos, la construcción de la caja de herramientas y el diseño de alertas tempranas.

- **Proyectos implementados asociados al Modelo de Gobierno y Gestión de Datos e Información**

Tabla 26 Resultado indicador PEI Proyectos implementados asociados al Modelo de Gobierno y Gestión de Datos e Información

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
2	2	100%

Se terminó de desarrollar e implementar las etapas restantes del programa de Gobernanza de Datos, iniciado en el 2024:

Fase 3: Arquitectura y Diseño en las subfases y actividades restantes no desarrolladas en el Contrato 131 de 2024 Subfase 3.1. actividad 3.1.3. para identificar herramientas y tecnología que apoye las capacidades de la GoD,

Subfases:

Subfase 3.2, Definición de Marcos de operación,

Subfase 3.3, Formalización del compromiso y flujo de trabajo

Fase 4: Implementación (implantación)

Fase 5: Operación y Cambio

Se desarrolló el Programa de Inteligencia de Negocios de la Superintendencia Nacional de Salud:

Fase 1 Estructuración

Fase 2 Desarrollo

Fase 3 Despliegue

Fase 4 Implementación, operación, seguimiento y evaluación

Se avanzó en las metas propuestas para la Implementación de la Política de Gestión de Información Estadística, y se avanzó en la formulación del Plan Estadístico Institucional y en la preparación para la certificación de las operaciones estadísticas y en el desarrollo de los mecanismos de la Política de Gestión de la Información Estadística de la Superintendencia Nacional de Salud.

- **Porcentaje de líneas estratégicas y operativas para la transformación digital implementadas**

Tabla 27 Resultado indicador PEI Porcentaje de líneas estratégicas y Operativas para la transformación digital implementadas

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
60%	62%	103%

El avance del año 2025, corresponde a que de las 21 líneas estratégicas y operativas para la transformación digital propuestas para el cuatrienio, 17 han tenido un porcentaje de avance que al promediarse da 62% de

implementación, cumpliendo así lo previsto para el año. Las 21 líneas estarán implementadas en 2026.

A continuación, se registra el nombre de cada línea, así:

PR_01 - Fortalecimiento de los sistemas de información misionales, con un enfoque en la integración e interoperabilidad de datos e información

PR_02 - Creación de la hoja de vida del vigilado

PR_03 - Fortalecimiento de la gestión de soluciones de software a procesos administrativos de Supersalud

PR_04 - Fortalecimiento de los tramites y servicios para ciudadanos y entidades vigiladas de la Superintendencia de Salud

PR_05 - Consolidación de las PQRS entorno a la prestación de los servicios de salud

PR_06 - Definir e implementar el modelo de Gobernanza de Datos para la Supersalud.

PR_07 - Articular el modelo de Gobernanza de Datos y su gestión de manera transversal en la entidad.

PR_08 - Impulsar la Seguridad digital a través de la adopción del modelo de seguridad y privacidad de la información y de la implementación de un SGSI para la entidad.

PR_09 - Fortalecer la seguridad de la información a través de la implementación de controles de seguridad informática y ciberseguridad.

PR_10 - Fortalecer la implementación de los controles de protección de datos personales a través de un programa de protección y la adopción de las políticas PDP y privacidad.

PR_11 - Fortalecer las funciones de IVC de la SNS a través de la implementación de procedimientos y controles de auditoría a sistemas de información, cadena de custodia y Laboratorio Forense

PR_12 - Acompañar el diseño y planificación del plan de Continuidad para la SNS

PR_13 - Acompañar la implementación del Plan de Continuidad del Negocio (BCP), a través de la puesta en marcha de planes de contingencia de los procesos y activos críticos definidos por la SNS, realizar los simulacros del plan de continuidad y adelantar el DRP.

PR_14 - Implementación y Gestión del Plan de Capacidad de TI

PR_15 - Optimización de la gestión de la infraestructura tecnológica

PR_16 - Fortalecimiento de la Arquitectura Empresarial

PR_17 - Fortalecer las capacidades para consolidar iniciativas y alianzas en la Política de Gobierno Digital

PR_18 - Modelo Integral de supervisión IVC

PR_19 - Fortalecer las capacidades organizacionales para la Gestión de los Proyectos de TI

PR_20 - Fortalecer el modelo de Gobierno de TI.

PR_21 - Implementación del Plan de formación y capacitación de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC).

- **Porcentaje de implementación del registro sistematizado con información pública de los vigilados liquidados y en liquidación**

Tabla 28 Resultado indicador PEI Porcentaje de implementación del registro sistematizado con información pública de los vigilados liquidados y en liquidación

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
75%	95%	127%

A continuación, se describen: i) las fases previstas para dar cumplimiento a esta actividad, ii) el estado de avance con corte a 30 de noviembre de 2025, y iii) las actividades pendientes y la fecha de finalización prevista.

La Oficina de Liquidaciones ha establecido implementar un Tablero de Control en Power BI, el cual se actualizará mensualmente. Este tablero está diseñado para ejecutarse en dos fases:

Primera Fase: Esta Fase esta desarrollada y ejecutada en un 100%. La cual está compuesta por:

- a) Base de datos de las entidades liquidadas y en liquidación ordenadas por la SNS.
- b) Base de datos de las entidades liquidadas y en liquidación no ordenadas por la SNS.

Dicha información se puede visualizar por municipios en el mapa de Colombia.

De las EPS en liquidación por Intervención forzosa Administrativa para liquidar IFAL, se puede visualizar:

- c) Información Financiera Saldo a corte de Activos y Pasivos
- d) Avance de cronograma de liquidación por hitos.

Segunda Fase: Esta Fase está en proceso de desarrollo con un avance del 90%. La misma está compuesta por:

Información del Saldo a Corte de las Acreencias, calificadas, graduadas y pagadas de los procesos de EPS en intervención forzosa administrativa para liquidar IFAL en liquidación.

A esta fase le falta ajustar la ventana de visualización de la información según reunión con DID para que sea más gráfica, y actualizar el ABC dicho tablero de control incorporando esta segunda fase.

• Índice de Evaluación de Desempeño "

Tabla 29 Resultado indicador PEI Índice de Evaluación de Desempeño

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
86	87,5	102%

Según el informe, el desempeño institucional mostró un incremento de 4,5 puntos en comparación con 2023, pasando de 83 a 87,5 puntos en 2024. Este avance fue impulsado principalmente por la dimensión de Gestión del Conocimiento, que registró un notable crecimiento de 16,5 puntos. No obstante, el panorama general revela resultados mixtos entre las políticas evaluadas: 13 de las 19 mejoraron su desempeño, destacándose Gestión del Conocimiento (+16,5), Servicio a las Ciudadanías (+14,5) y Gobierno Digital (+9,5). En contraste, cinco políticas experimentaron retrocesos, especialmente Gestión Documental (-11,3), Racionalización de Trámites (-5,4) y Mejora Normativa (-3,1). Por su parte, las políticas de Defensa Jurídica y Compras y Contratación Pública mantuvieron su puntaje estable en 100 puntos

- **Campañas de comunicación en redes sociales y medios de comunicación**

Tabla 30 Resultado indicador PEI Campañas de comunicación en redes sociales y medios de comunicación

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
55%	55%	100%

Durante 2025, se llevaron a cabo dos campañas 1. RILCO y 2. Logros Supersalud, logrando un cumplimiento del 100% de la meta programada.

En este sentido, para la vigencia 2025, y en atención a las necesidades y observaciones del sector salud, la Superintendencia Nacional de Salud impulsó procesos de divulgación y socialización de sus acciones, contribuyendo al fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

- **Nuevas sedes y oficinas de la Superintendencia Nacional de Salud en territorio**

Tabla 31 Resultado indicador PEI Nuevas sedes y oficinas de la Superintendencia Nacional de Salud en territorio

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
1	1	100%

SEDE VILLAVICENCIO.

La inauguración de la Sede Villavicencio se realizó el jueves, 30 de octubre de 2025. con lo cual se cumplió con el 100% de este indicador para esta vigencia.

Entre las acciones más relevantes que llevaron al cumplimiento de la meta se tienen:

- 1) Estudio de mercado en la ciudad de Villavicencio de diferentes inmuebles, con objeto de seleccionar las posibles opciones para el traslado, de acuerdo con la necesidad de la entidad.
- 2) Una vez establecidas dichas opciones, se solicitó al contratista American KPO realizar el estudio de títulos, con objeto de establecer que los inmuebles estuvieran saneados
- 3) Así mismo, el contratista American KPO remite el concepto jurídico de cada uno de ellos.
- 4) Al momento de establecer el inmueble que cumple con todo los requerimientos técnicos y jurídicos, el contratista American KPO remite comunicación por parte del dueño del inmueble, indicando que no se exhibirá más el local con objeto de adelantar los trámites para el cambio de sede
- 5) Se solicita la información actualizada para la justificación y construcción del insumo de solicitud de modificación.
- 6) El 30 de septiembre de 2025 se radica a la Dirección de Contratos la respectiva solicitud con todos los anexos correspondientes.
- 7) Se realiza la inauguración de la sede el jueves 30 de octubre del año 2025.

- **Porcentaje de avance del diseño e implementación de la estrategia de la transversalización del enfoque diferencial, de género e interseccional en la Superintendencia Nacional de Salud**

Tabla 32 Resultado indicador PEI Porcentaje de avance del diseño e implementación de la estrategia de la transversalización del enfoque diferencial de género e interseccional en la Supersalud

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
80%	80%	100%

Se realizaron las 9 actividades programadas para 2025, así:

Actividad No.1: Diseñar y ejecutar una estrategia integral para fortalecer competencias y la comunicación con un enfoque de género, diferencial e interseccional en la entidad.

1-Se diseña la estrategia: Desarrollar acciones de capacitación y comunicativas a través de diferentes canales y recursos, que aporten a la transformación de la cultura organizacional inclusiva, libre de sexismos, de discriminación, de violencias por razón de género, lo anterior en el marco de un enfoque de género, diferencial e interseccional , la cual tiene como objetivo "Establecer una estrategia de fortalecimiento de competencias y comunicacional que aporte a la consolidación del proceso de transversalización del enfoque de género, diferencial e interseccional

como mecanismo para la transformación de la cultura organizacional en la entidad".

Las actividades realizadas como parte de la implementación de la estrategia entre enero y marzo son:

- En el Superboletín del 14 de febrero se publica nota sobre "la Caja violeta". Ver informe de actividades
- Se publicó nota en el Superboletín del 7 de marzo, pieza alusiva a la conmemoración del día de la mujer "Las mujeres el corazón de la Supersalud"
- Se publicó nota en el Superboletín del 21 de marzo, pieza alusiva al día del hombre "Celebremos las masculinidades libres y su rol en la sociedad"
- En Supersalud a un Click, se presentó nota sobre el grupo de gestores de género, la cual se desarrolla en el marco de la transversalización del enfoque de género, diferencial e interseccional, diseñada para impulsar la transformación de nuestra cultura organizacional. Los gestores de género tienen un rol clave: apoyar en cada una de nuestras dependencias la implementación de la mencionada estrategia, promoviendo así un ambiente de respeto e igualdad para todas las personas.

-Publicar en el micrositio de la intranet "Equidad de género, diversidad e inclusión" la Cartilla ABC Género en acción: herramientas de género para el sector salud. Se adjunta enlace del micrositio en la Intranet: <https://intranet.supersalud.gov.co/gesti%C3%B3n-talento-humano/gestion-de-las-relaciones-humanas>

- Realizar socialización a través de pieza comunicativa, enviada a través del correo Institucional a todos los funcionarios sobre la Cartilla ABC Género en acción: herramientas de género para el sector salud".

Actividad No. 2: Realizar actividades con el fin de fomentar la igualdad, el respeto y la diversidad en el marco del enfoque de género, diferencial e interseccional. Se realizó informe de la actividad efectuada. Conmemoración del día internacional de la Mujer y el día del hombre para lo cual el 14 de marzo se impartió a través de Teams, el taller "Cuando todos y todas ganan, el verdadero impacto de la equidad", el cual contó con la participación de 154 funcionarios (as).

Actividad No. 3: Diseñar y ejecutar una estrategia integral para fortalecer competencias y la comunicación con un enfoque de género, diferencial e interseccional en la entidad.

Se realiza informe de la actividad No. 1, con las acciones adelantadas en el periodo abril- junio de 2025.

- A través del correo institucional, con una pieza gráfica, se envía un mensaje a todas las madres donde se resalta su amor, su fuerza y el ser una guía en cada paso del camino.
- A través del correo institucional, con una pieza gráfica, se envía un saludo a todos los padres en el cual se resalta su dedicación y compromiso tanto en el ámbito familiar como profesional.
- Taller sobre liderazgo femenino, se imparte este taller con el objetivo de fortalecer habilidades de liderazgo, promoviendo una visión transformadora, inclusiva y corresponsable del poder, y reconociendo los desafíos específicos que enfrentan las mujeres en contextos institucionales.
- En el Superboletín de la Entidad y enviado a través de correo institucional, se presenta nota sobre que es el enfoque diferencial.
- En el Superboletín de la Entidad y enviado a través de correo institucional, se presenta nota sobre que es el enfoque interseccional.
- Se incluye nota en el Magazín Supersalud a un Clic sobre la celebración del día de la madre.
- Se incluye nota en el Magazín Supersalud a un Clic sobre la celebración del día del padre.

Actividad No. 4: Realizar actividades con el fin de fomentar la igualdad, el respeto y la diversidad en el marco del enfoque de género, diferencial e interseccional.

Se realiza informe de las actividades ejecutadas desde la Dirección de Talento Humano, en el periodo abril -junio de 2025, las cuales se relacionan a continuación.

- Capacitación sobre "Acciones Preventivas sobre Acoso, Maltrato, Discriminación y Persecución Laboral - realizada el 26 de marzo de 2025
- Celebración del día de la secretaria y del secretario - se realizó actividad el 23 de mayo.
- Celebración del día de la madre - Se realiza actividad dirigida a todas las madres de la SNS con el objetivo de contar con un espacio de relajación y de esparcimiento. - 20 de mayo
- Celebración del día del padre - Se realiza actividad dirigida a todos los padres de la entidad, con el fin de darles un espacio de esparcimiento, en el cual se contó con estaciones de juegos digitales, retos de agilidad mental, entre otros. - Se lleva a cabo el 19 de junio

- Taller Crianza y bienestar: La brújula para navegar el futuro, honrando tus roles y tu autocuidado, realizada el 04/06/2025.

- Capacitación sobre Trato digno con enfoque étnico, derecho diferencial para comunidades negras, afrodescendientes, raizales y palenqueras.

Actividad No.5: Diseñar y ejecutar una estrategia integral para fortalecer competencias y la comunicación con un enfoque de género, diferencial e interseccional en la entidad.

- Taller sobre conceptos básicos para la comprensión del enfoque diferencial y enfoque de género. Este taller tiene como objetivo fortalecer las competencias del funcionariado sobre conceptos sobre orientación sexual, la diversidad sexual.

- La Delegada para la Protección al Usuario, realizó seminario sobre "Derechos y participación social en salud para mujeres, dirigida a representantes de organizaciones de control social en salud de la ciudad de Bogotá.

- Socialización en las jornadas de inducción de la Política de Género, diversidad e inclusión de la Superintendencia Nacional de Salud y del Manual de prevención, atención y protección de acoso sexual y conductas discriminatorias en el ámbito laboral

Actividad No. 6: Realizar actividades con el fin de fomentar la igualdad, el respeto y la diversidad en el marco del enfoque de género, diferencial e interseccional.

- celebración del día del conductor, se ofrece un desayuno a todos los conductores de la Entidad.
- Se envía a través de correo institucional pieza comunicativa, recordando el uso de las cajas violetas, las cuales se encuentran ubicadas en los baños de las mujeres de todas las sedes de la Superintendencia Nacional de Salud.

Actividad 7: Diseñar y ejecutar una estrategia integral para fortalecer competencias y la comunicación con un enfoque de género, diferencial e interseccional en la entidad.

Actividad 8: Realizar actividades con el fin de fomentar la igualdad, el respeto y la diversidad en el marco del enfoque de género, diferencial e interseccional.

Actividad 9: Realizar la medición del impacto de las acciones realizadas en la vigencia en materia de enfoque de género, diferencial e interseccional en la entidad)

El porcentaje de avance a diciembre de 2025 corresponde al 80% (De las 21 actividades programadas para las vigencias 2023,2024 y 2025, se realizaron 21 actividades, cumpliendo la meta del 80% del avance programado.

- **Porcentaje de modernización tecnológica en la Gestión Documental de la SNS**

Tabla 33 Resultado indicador PEI Porcentaje de modernización tecnológica en la Gestión Documental de la Supersalud.

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
60%	66,66%	111%

La meta acumulativa programada entre el periodo 2024-2026 es de 18 actividades. En forma consolidada a diciembre de 2025 el resultado del avance 2024 - 2025 ha alcanzado el 66,66%, con el cumplimiento de 12 actividades de las 18 programadas; en 2024 se cumplieron con 4 actividades y en 2025 se gestionaron 8 más.

En la vigencia 2025 se gestionaron las siguientes actividades:

1. Formulación del proyecto de inversión.
2. Estudiar la viabilidad de Arreglo Directo del Contrato - SGDEA.
- 3.y 4. Realización de Benchmarking en proyectos de innovación, orientados a la automatización y adopción de tecnologías emergentes como IA y RPA.
5. Exposición técnica de profesionales expertos, externos, sobre la formulación e implementación del Plan de Preservación Digital a Largo Plazo.

6. Sustentación del proyecto de inversión para el Fortalecimiento de la Gestión Documental 2025–2030, ante el Departamento Nacional de Planeación.
7. Sustentación ante el Comité de Conciliación de la Supersalud, de la propuesta de arreglo directo, frente al Contrato - SGDEA.
8. Desarrollar una base de datos para la estandarización y homogenización de inventario documentales y su correcta articulación o interacción con el gestor documental de la entidad. (2025 Fase 1).

Las actividades desarrolladas han contribuido con la generación e implementación de estrategias organizacionales dirigidas a la planeación, dirección, control y fortalecimiento en el desarrollo de la política de gestión documental, que aporten a la eficiencia administrativa y misional de la Supersalud en el SGSSS, además de incrementar la aplicación de los componentes del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos, alineándolos con el Ciclo Vital del Documento.

Eje Estratégico 4: Sostenibilidad del Sistema

La Supersalud implementa acciones preventivas y predictivas basadas en la transparencia, la gestión del conocimiento y la gobernanza de la información, sobre la generación, administración y destinación de los recursos de la salud, con el fin de tomar decisiones para garantizar la sostenibilidad del sistema

Indicadores de seguimiento

- **Porcentaje del valor confirmado de pago de los acuerdos conciliatorios exigibles**

Tabla 34 Resultado indicador PEI Porcentaje del valor confirmado de pago de los acuerdos conciliatorios exigibles

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
126.017.097.432	97.524.627.081,47	77%

En el año 2025, se realizó el seguimiento al total de los acuerdos conciliatorios que corresponde a \$ 126.017.097.432 como valor total conciliado, monto del cual posterior al respectivo seguimiento se confirmó que se pagó a los actores del sistema efectivamente \$97.524.627.087,47 lo que corresponde al 77% del valor confirmado de pago de los acuerdos conciliatorios con seguimiento exigibles.

- **Acuerdos conciliatorios realizados**

Tabla 35 Resultado indicador PEI Acuerdos conciliatorios realizados.

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
3.230	3.230	100%

En el 2025 se reportaron 3.230 actividades con acuerdo conciliatorio, esta gestión de audiencias de conciliación que culminen en acuerdos

conciliatorios redunda en el objetivo de normalizar el flujo de recursos dentro del SGSSS en el marco de las jornadas de conciliación que se han ejecutado en el transcurrir de la vigencia y en las solicitudes recibidas en el reparto ordinario.

Tal función alivia y descongestiona el aparato judicial de eventuales litigios que se presenten en el ámbito jurisdiccional y adicionalmente los actores se comprometen en depurar sus estados financieros y cartera para tener carteras saneadas. Esto contribuye al saneamiento financiero del sistema de salud.

- **Porcentaje del Sistema de Gestión de la Innovación y del Conocimiento implementado.**

Tabla 36 Resultado indicador PEI Porcentaje del Sistema de Gestión de la Innovación y del Conocimiento implementado

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
8	7	88%

Para el último trimestre, se relaciona el cumplimiento de 7 lineamientos en su totalidad y el avance parcial de 1 lineamiento. A continuación, se especifican las acciones adelantadas frente a cada lineamiento:

Lineamiento 1. Formular estrategias para programa de habilidades blandas para fortalecer la cultura de la innovación (cumplido)

Para este indicador se avanzó En el marco del Sistema de Gestión de Innovación, se retomó la relación con SENATIC – una iniciativa entre MINTIC1 / OIT2/ SENA3 potenciar la formación por competencias en tecnologías de la información y contribuir al cierre de la brecha digital en el país.

Este es un programa de formación en diversos temas tecnológicos, digitales y con aptitudes blandas, que busca fortalecer las competencias de los funcionarios de la Superintendencia Nacional de Salud en temáticas como:

1. Tecnologías Emergentes.
2. Experiencia Digital.
3. Gestión de Proyectos.
4. Introducción a las tecnologías.
5. Lenguaje de programación

Durante el mes de septiembre se sostuvo la primera mesa de trabajo con la representante de esta alianza, la Dirección de Innovación y Desarrollo y la Dirección de Talento Humano vía TEAMS.

El día 11 de noviembre se hizo el lanzamiento oficial en la sede principal de la Superintendencia y se hizo socialización por medio del correo electrónico, Superboletín.

Lineamiento 2. Identificar, analizar y evaluar planes, proyectos e ideas que se generen del SGI (cumplido)

Durante los meses de abril, mayo, septiembre, octubre, noviembre y diciembre se ejecutó la ESTRATEGIA TERRITORIAL denominada WORKSHOPS TERRITORIALES, en la cual se visitaron a ocho (8) direcciones regionales adelantando talleres prácticos y vivenciales con el fin de identificar necesidades territoriales y así mismo co-crear posibles soluciones las cuales se transformarán en proyectos para generar un "BANCO DE PROYECTOS" para la vigencia 2026.

Lineamiento 3. Fomentar la generación de foros y espacios de innovación abierta con otras entidades y grupos de interés (cumplido)

Durante los meses de abril, mayo, septiembre, octubre, noviembre y diciembre se ejecutó la ESTRATEGIA TERRITORIAL denominada WORKSHOPS TERRITORIALES, en la cual se visitaron a ocho (8) direcciones regionales adelantando talleres prácticos y vivenciales con el fin de identificar necesidades territoriales y así mismo co-crear posibles soluciones las cuales se transformarán en proyectos para generar un "BANCO DE PROYECTOS" para la vigencia 2026.

Así mismo, los días 24 y 25 de octubre, la Supersalud adelantó la segunda versión de la Hackaton 2025 con el apoyo de la UNICAFAM en la cual se fomentó un espacio de Innovación Abierta y creación de soluciones.

Lineamiento 4. Diseñar el programa de gestión de conocimiento (cumplido)

Para este indicador durante el primer semestre se diseñó y avaló el PROGRAMA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LA SUPERSALUD, el cual dio orientación sobre la implementación de la política pública GESCO+I con actividades puntuales y concretas para ser ejecutadas durante el segundo semestre de la vigencia 2025.

Lineamiento 5. Generar estrategia de cierre de brechas de necesidades del conocimiento alineadas a la metodología de función pública (cumplido)
Durante el segundo semestre de la presente vigencia, en compañía de la Oficina Asesora de Planeación se gestionó la identificación de brechas y elaboración de cronograma de actividades para hacer el cierre de éstas, es importante mencionar que la ejecución de las mismas se ha venido desarrollando conforme a lo programado.

Lineamiento 6. Fortalecer los repositorios de información para almacenar y compartir información en la entidad (cumplido)

En el marco de las acciones diseñadas y ejecutadas para mitigar la fuga de conocimiento en la transición de personas, desde la Dirección de Innovación y Desarrollo se estructuraron y pusieron a disposición de la entidad los REPOSITARIOS DE INFORMACIÓN INSTITUCIONALES para estandarizar un poco el control y accesibilidad de la información producida por las dependencias de la entidad:

<https://supersalud.sharepoint.com/teams/Gestiondelconocimiento/Shared%20Documents/Forms/AllItems.aspx>

Lineamiento 7. Generar estrategia de capacitación y sensibilización en gestión del conocimiento (cumplido)

Durante los meses de abril, mayo, septiembre, octubre, noviembre y diciembre se ejecutó la ESTRATEGIA TERRITORIAL denominada WORKSHOPS TERRITORIALES, en la cual se visitaron a ocho (8) direcciones regionales adelantando talleres prácticos y vivenciales con el fin de identificar necesidades territoriales y así mismo co-crear posibles soluciones las cuales se transformarán en proyectos para generar un "BANCO DE PROYECTOS" para la vigencia 2026.

Lineamiento 8. Fortalecer y formalizar la unidad de I+D+I como centro reconocido por Minciencias (en ejecución)

Desde la Subdirección de Metodologías e Instrumentos de Supervisión y la Dirección de Innovación y Desarrollo, durante la vigencia 2025 se avanzó en la formalización del GRUPO DE INVESTIGACIÓN, se trabajó en el acto administrativo que adopta de manera formal esta iniciativa, sin embargo, se aclara que debido a la alta rotación del equipo directivo, en especial de la Dirección Jurídica y la Dirección de Innovación y Desarrollo, la firma de este acto se dificultó, dado que en cada cambio de director se emitían recomendaciones y ajustes adicionales.

- **Porcentaje de Recaudo de la contribución a favor de la Superintendencia Nacional de Salud.**

Tabla 37 Resultado indicador PEI Porcentaje de recaudo de la contribución a favor de la Supersalud.

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
\$ 150.797 millones	\$ 147.255 millones	98%

Durante la vigencia 2025, la contribución establecida en la Resolución No. 2025920040005394-6 tenía como fecha límite de pago oportuno el 5 de septiembre de 2025. Sin embargo, con el objetivo de lograr que un mayor número de vigilados conocieran, aprobaran y cumplieran sus obligaciones, se amplió el plazo hasta el 30 de septiembre de 2025, conforme a lo dispuesto en la Resolución No. 2025920050007532-6.

Adicionalmente, para los vigilados tipo Gestores Farmacéuticos, la Resolución No. 2025920050011437-6 del 26 de noviembre de 2025 estableció un periodo especial de recaudo entre el 1 y el 30 de diciembre de 2025.

Al cierre de la vigencia, se alcanzó un recaudo del 97,65%, cifra que incluye los pagos realizados por los Gestores Farmacéuticos. Este resultado se obtiene porque se tenía como meta recaudar \$150.797 millones de pesos y se logró un recaudo efectivo de \$147.255 millones de pesos, lo cual fue posible gracias a la implementación de diversas

estrategias, tales como: contacto telefónico permanente, envío de mensajes de texto, diseño y difusión de material gráfico, campañas de correo electrónico y uso de otros canales institucionales. Asimismo, se brindó atención directa a los vigilados, ofreciendo acompañamiento para resolver inconvenientes y facilitar el cumplimiento oportuno de sus obligaciones.

- **Variación porcentual anual del recaudo de la contribución**

Tabla 38 Resultado indicador PEI Variación porcentual anual del recaudo de la contribución

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
550	633	115%

- **Variación porcentual anual del recaudo de la contribución**

Tabla 39 Resultado indicador PEI Variación porcentual anual del recaudo de la contribución

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
5%	13,4%	268%

Para determinar este indicador, se tomó como línea base el recaudo de la vigencia anterior y se comparó con el acumulado hasta septiembre de la vigencia actual. La diferencia entre ambos valores fue de \$17.319, calculada entre:

Recaudo vigencia 2024: \$129.936

Recaudo vigencia 2025: \$147.255

Esta diferencia representa una variación positiva del 13,34%, lo que evidencia un crecimiento significativo en el recaudo. Dicho incremento puede interpretarse como un indicador de confianza en el sector, incluso en un contexto económico desafiante.

Esta variación también se genera por la inclusión de nuevos sujetos pasivos para el recaudo de contribución como son los Gestores Farmacéuticos.

- **Informe de porcentaje de omisos identificados en el período**

Tabla 40 Resultado indicador PEI Informe de porcentaje de omisos identificados en el período

Vigencia 2025		
Meta	Resultado	% Cumplimiento
2	2	100%

En el año 2025, se presentaron dos informes de porcentaje de omisos identificados en el período.

Ahora bien, se utilizó como base para el denominador el número de sujetos pasivos susceptibles al cobro de la contribución, correspondiente al corte del 31 de diciembre de 2025. Para el numerador, se consideraron las entidades sin liquidación generadas hasta esa misma fecha:

- Entidades sin liquidación generada: 2.663
- Sujetos pasivos susceptibles al cobro de la contribución: 11.015
- Participación porcentual: 26%

Desde la Dirección Financiera, se apoya activamente en las actividades destinadas a promover el reporte de información financiera y disminuir el número de omisos. Este trabajo se realiza de manera coordinada con las áreas involucradas en el proceso, ya que no es una responsabilidad exclusiva de la Dirección Financiera. No obstante, esta dirección reconoce la importancia de reducir dicho indicador y su impacto en el cumplimiento de los objetivos institucionales.

3. Descripción de la Gestión Misional

A continuación, se detalla la gestión realizada por cada una de las áreas misionales de la entidad, así:

3.1. Delegatura para la Protección al Usuario

La Delegatura para la Protección al Usuario tiene como propósito realizar las acciones de inspección y vigilancia sobre el cumplimiento de los derechos en salud, la debida atención y protección a los usuarios del sistema, mediante la gestión oportuna de las PQRD y solicitudes de información que son puestas en conocimiento de la Superintendencia, generando instrucciones a los vigilados para superar las circunstancias que atentan o representan un peligro inminente para la vida o la integridad física de los usuarios. Así como ejercer inspección y vigilancia a los mecanismos de participación ciudadana y a la promoción del ejercicio del control social.

3.1.1. Reclamos en Salud

Durante la vigencia 2025, la Superintendencia Nacional de Salud recibió un total de 2.182.211 reclamos en salud los cuales fueron trasladados al responsable del aseguramiento en salud.

Tabla 41 Comportamiento reclamos en salud a nivel nacional creados en el 2025-DPU

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL, GENERAL
RECLAMOS EN SALUD A NIVEL NACIONAL	172.194	167.708	179.346	168.532	187.832	163.994	211.234	167.126	219.416	210.310	181.133	153.386	2.182.211
TOTAL GENERAL	172.194	167.708	179.346	168.532	187.832	163.994	211.234	167.126	219.416	210.310	181.133	153.386	2.182.211

Fuente: Elaborado por Grupo de Estadísticas y Análisis de PQRD, de acuerdo con Base de Datos PQRD de la SNS. (enero 2026)

3.1.2. Reclamos en Salud por Canal

El canal más utilizado por la ciudadanía para interponer reclamos en salud durante la vigencia 2025 fue el canal web con 1.357.309 reclamos.

Tabla 42 Comportamiento reclamos en salud por canales de atención creados en el 2025-DPU

NÚM.	CANAL DE ATENCIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL, GENERAL
1	WEB	99.723	101.483	112.257	106.624	122.549	105.528	142.453	107.246	138.125	124.463	109.430	87.428	1.357.309
2	PERSONALIZADO	31.348	30.458	29.558	28.532	31.633	27.586	31.936	28.988	32.577	34.608	28.317	23.747	359.288
3	TELEFÓNICO	24.256	15.944	14.697	15.343	14.634	13.248	15.472	12.542	24.770	30.119	25.247	24.797	231.069
4	ESCRITO	12.779	15.705	18.478	14.182	14.810	13.921	16.960	14.458	18.739	15.427	13.465	13.358	182.282
5	REDES SOCIALES	2.753	2.842	3.106	2.678	2.990	2.725	3.618	2.967	3.270	3.311	2.877	2.456	35.593
6	CHAT	1.335	1.276	1.250	1.173	1.216	986	795	925	1.935	2.382	1.797	1.600	16.670
	TOTAL GENERAL	172.194	167.708	179.346	168.532	187.832	163.994	211.234	167.126	219.416	210.310	181.133	153.386	2.182.211

Fuente: Elaborado por Grupo de Estadísticas y Análisis de PQRD, de acuerdo con Base de Datos PQRD de la SNS. (enero 2026)

3.1.3. Reclamos en Salud por Tipo de Riesgo

Los reclamos en salud se clasifican según lo establecido en la Circular Externa No. 2023151000000010-5 de 2023¹: riesgo vital, priorizado y

¹ "(...) **Reclamo de riesgo vital:** Reclamo que involucra un riesgo inminente para la vida o para la integridad de la persona; puede tratarse de un usuario cuya condición clínica representa un riesgo vital, o que en caso de no recibir atención inmediata presenta alta probabilidad de pérdida de miembro u órgano; o que refiere presentar un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado; o manifiesta una condición en salud que de no recibir el servicio requerido en el corto plazo, podría presentar un rápido deterioro que pone en riesgo la integridad de la persona e incluso ocasionar la muerte.

simple. Durante la vigencia 2025 se recibieron 1.532.416 reclamos de riesgo simple, 643.059 de riesgo priorizado y 6.736 de riesgo vital.

Tabla 43 Total de Reclamos en salud por tipo de riesgo creados en el 2025-DPU

NÚM.	TIPO DE RIESGO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL GENERAL
1	SIMPLE	119.244	119.042	126.067	118.428	131.649	115.147	150.794	120.599	157.074	147.637	125.834	100.901	1.532.416
2	PRIORIZADO	52.436	48.268	52.715	49.545	55.652	48.374	59.913	46.125	61.731	61.989	54.628	51.683	643.059
3	RIESGO VITAL	514	398	564	559	531	473	527	402	611	684	671	802	6.736
	TOTAL GENERAL	172.194	167.708	179.346	168.532	187.832	163.994	211.234	167.126	219.416	210.310	181.133	153.386	2.182.211

Fuente: Elaborado por Grupo de Estadísticas y Análisis de PQRD, de acuerdo con Base de Datos PQRD de la SNS. (enero 2026)

3.1.4. Acciones de Inspección y Vigilancia

Estrategia jornadas de cierre y mesas de seguimiento:

Jornadas de cierre

Las Jornadas de cierre se desarrollan mediante mesas técnicas interinstitucionales con las EAPB, constituyéndose en una herramienta estratégica para la gestión y resolución de reclamos en salud, permitiendo prevenir en distintos escenarios, la adopción de medidas cautelares o la apertura de nuevos reclamos. En la vigencia 2025, se realizaron 45 jornadas de cierre a nivel nacional y territorial, logrando un cierre de 409.435 PQRD, orientadas a la verificación del cumplimiento, la

Reclamo de riesgo priorizado: Reclamo que involucra algún riesgo para la integridad de las personas o que afecte a poblaciones vulnerables o causen gran impacto en el Sistema General de Seguridad Social en Salud o el Sector Salud.

Reclamo de riesgo simple: Reclamo a través del cual los usuarios del Sector Salud dan a conocer su insatisfacción con la prestación del servicio de salud, sin que se identifique un riesgo inminente para la vida, la integridad del usuario, afectación a población vulnerable, ni cause gran impacto en el sector. (...)”

depuración de barreras administrativas y la optimización de los procesos de atención. Estas jornadas permitieron avanzar sustancialmente en la garantía del derecho a la salud de usuarios en condiciones de salud críticas, reduciendo los tiempos de respuesta y mitigando barreras de acceso a medicamentos, citas, procedimientos y tratamientos esenciales.

Tabla 44 Consolidado Jornadas de cierre de PQRD a nivel nacional y territorial-DPU

Item	Nacional/Territorial	Reclamos abiertos, previo a jornada.	Total, reclamos cerrados en la jornada.	Fecha de realización.	% de cierre.
1	Valle del cauca	727	473	Mayo	65%
2	Nacional	2.097	1.660	Mayo	79%
3	Nacional	2.507	1.381	Mayo	55%
4	Nacional	5.070	2.180	Junio	43%
5	Bogotá y Cundinamarca	1.396	630	Junio	45%
6	Huila	3.802	1.615	Junio	42%
7	Barrancabermeja	1.198	600	Junio	50%
8	Bucaramanga	5.070	2.180	Junio	43%
9	Nacional	209.844	14.247	Julio	7%
10	Nacional	209.749	14.937	Julio	7%
11	Nacional	2.691	1.116	Julio	41%
12	Nacional	3.142	2.454	Julio	78%
13	Tolima	53	53	Agosto	100%
14	Huila	3.767	1.307	Agosto	35%
15	Nueva EPS y Famisanar (crónicos y trasplantados)	1.087	1.006	Agosto	93%
16	Nueva EPS y Famisanar (crónicos y trasplantados)	1.618	1.015	Agosto	63%
17	Atlántico	6.418	3.280	Septiembre	51%
18	Antioquia	41.141	5.147	Septiembre	13%
19	Valle del cauca	20.869	5.648	Septiembre	27%

Item	Nacional/Territorial	Reclamos abiertos, previo a jornada.	Total, reclamos cerrados en la jornada.	Fecha de realización.	% de cierre.
20	Quindío	4.203	2.699	Septiembre	64%
21	Nacional	186.130	10.625	Septiembre	6%
22	Nacional	191.556	27.295	Octubre	14%
23	Boyacá	6.320	1.126	Octubre	18%
24	Antioquia	42.183	6.340	Octubre	15%
25	Nacional	188.361	27.024	Octubre	14%
26	Santander	11.867	4.511	Octubre	38%
27	Nacional	196.398	12.245	Octubre	6%
28	Tolima	3.816	2.846	Noviembre	75%
29	Nacional 6 y 7	196.251	17503	Noviembre	9%
30	Nacional del 10 al 14 (Virtual)	206.999	41477	Noviembre	20%
31	Nacional del 19 al 21	205.108	7754	Noviembre	4%
32	Nacional 19 y 20	206.521	17234	Noviembre	8%
33	Caldas 20 y 21	7.567	2018	Noviembre	27%
34	Nacional 24 al 28	206.240	19703	Noviembre	10%
35	Casanare 26 y 27	2.183	444	Noviembre	20%
36	Nacional 24 al 28	206.240	45.359	Noviembre	22%
37	Nacional 1 al 5	204.105	47.536	Diciembre	23%
38	Medellín 1 al 5	42.937	13.791	Diciembre	32%
39	Nacional 9 al 12	196.419	35.053	Diciembre	18%
40	Valledupar 15 y 16	2.770	1.344	Diciembre	49%
41	Trasplantados 15 al 19	949	753	Diciembre	79%
42	Crónicos 22 al 26	5.938	1.507	Diciembre	25%
43	Trasplantados 22 al 26	406	253	Diciembre	62%
44	crónicos 29 al 02	4.773	1.955	Diciembre	40%
45	Trasplantados 29 al 02	443	111	Diciembre	3%
Total		2.383.949	409.425		

Fuente: Elaborado por Grupo Soluciones inmediatas en salud -SIS, de acuerdo con Base de Datos del grupo. (enero 2026)

Mesas de seguimiento EAPB

El Grupo SIS desarrolló con las diferentes EAPB 166 mesas de trabajo y seguimiento orientadas a lograr el cierre efectivo de las PQRD y disminuir la reincidencia en la radicación de reclamos en salud, priorizando la gestión de reclamaciones de riesgo simple, priorizado y vital en vigencia 2025; estas sesiones, realizadas mediante una estrategia de intervención directa con las entidades vigiladas, permitieron abordar casos críticos, establecer compromisos verificables y definir planes de acción con tiempos de respuesta claros, cuyo cumplimiento fue objeto de seguimiento sistemático para garantizar una atención oportuna y de fondo, fortalecer medidas correctivas y preventivas, superar barreras de acceso y contribuir a la garantía del derecho fundamental a la salud y a la atención oportuna.

Tabla 45 Consolidado mesas de seguimiento con EAPB-DPU

ITEM	EAPB	TOTAL, MESAS ENERO - DICIEMBRE 2025
1	Nueva EPS	9
2	Sanitas	9
3	Compensar	9
4	Capital Salud	11
5	Famisanar	10
6	Salud Total	9
7	Sura	8
8	Cajacopi	9
9	Savia Salud	9
10	Mutual Ser	9
11	Coosalud	9
12	Asmet Salud	9

ITEM	EAPB	TOTAL, MESAS ENERO - DICIEMBRE 2025
13	Capresoca	8
14	Emssanar	8
15	Comfachocó	9
16	Policía	10
17	Pijao	4
18	AIC	4
19	Fuerzas	4
20	Militares	4
21	FOMAG	5
Total		166

Fuente Elaborado por el Grupo Soluciones inmediatas en salud -SIS, de acuerdo base de datos (enero 2026).

Requerimientos

Durante la vigencia de 2025, el Grupo de Soluciones Inmediatas en Salud – SIS, fortaleció sus funciones de Inspección y Vigilancia, lo que permitió incrementar de manera significativa los requerimientos dirigidos a entidades administradoras, prestadores e instituciones del Sistema de Salud. Este avance, sustentado en el análisis de reclamaciones vitales y priorizadas, mejoró la capacidad operativa del grupo y posibilitó una intervención más oportuna y efectiva frente a las barreras de acceso y las situaciones que vulneraban el derecho fundamental a la salud, especialmente aquellas que comprometían la vida y la integridad de los ciudadanos.

En ese sentido, el Grupo SIS emitió 6.545 requerimientos a las diferentes EAPB, solicitando la gestión inmediata, el cumplimiento y la solución de

fondo a los reclamos interpuestos por los usuarios respecto a servicios de salud pendientes.

Tabla 46 Requerimientos emitidos por mes grupo SIS-DPU

REQUERIMIENTOS	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
	42	635	229	452	1033	273	610	265	512	853	917	724	6.545

Fuente: Elaborado por el grupo Soluciones inmediatas en salud - SIS, de acuerdo base de datos Control PRU (enero 2026)

El Grupo de Inspección y Vigilancia a las PQRD, realizó 936.679 requerimientos de información a los distintos vigilados, tomando como insumos los reclamos puestos en conocimiento por parte de los usuarios, por no haber sido respondidas de fondo, con oportunidad y eficiencia. Como resultado de la gestión, el 83% de los casos fueron cerrados.

Tabla 47 Requerimientos emitidos por mes -DPU

TRAMITE PQRD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL 2025 (ENE-DIC)
RECLAMOS REQUERIDOS	22.109	69.315	78.730	73.575	78.869	78.358	66.286	90.818	61320	84.378	72.504	60.417	936.679

Fuente Elaborado por el grupo de IV a las PQRD, de acuerdo base de datos del grupo 2025. (enero 2026).

Reclamos de salud relacionados con providencias judiciales

De los 2.182.211 reclamos recibidos en la Superintendencia Nacional de Salud; 68.812 corresponden a reclamos en salud con seguimiento a fallo

judicial recibidos en la vigencia del 2025; de los cuales 15.939 fueron objeto de acciones de inspección y vigilancia adicionales mediante la formulación de requerimientos de vigilancia a las EAPB.

Respuestas a Entes de control

En el año 2025 la Delegatura para la Protección al Usuario (DPU) respondió 14.220 requerimientos de organismos de control, que solicitaron rendir informes sobre las acciones de IVC adelantadas para superar barreras de acceso y garantizar los derechos de los usuarios frente a otros actores del Sistema de Salud. El tiempo promedio de respuesta fue de 18,7 días. El 62,8% de los requerimientos provinieron de Personerías Municipales; el 29,1% de la Procuraduría General de la Nación; el 5,4% de la Defensoría del Pueblo; y el 2,7% de la Contraloría General de la República y de las Contralorías municipales y departamentales. Salvo en el caso de la Procuraduría General de la Nación, la totalidad de los requerimientos se relacionaron con la gestión de reclamos en salud, frente a los cuales se adelantaron acciones de inspección y vigilancia para 8.934 casos, con el propósito de solicitar el cumplimiento de los derechos de los usuarios ante las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

Tabla 48 Requerimientos gestionados en 2025, desagregados por trimestre y tipo de ente de control-DPU

Trimestre	Personerías Municipales	Contralorías	Defensoría del Pueblo	Procuraduría General de la Nación	Total
Trimestre I	1.576	71	128	903	2.678
Trimestre II	1.892	92	191	951	3.126
Trimestre III	2.900	113	264	1.331	4.608
Trimestre IV	2.557	112	187	952	3.808
Total	8.925	388	770	4.137	14.220
Porcentaje	62,8%	2,7%	5,4%	29,1%	100%

Fuente: Elaborado por el Despacho de la Delegatura para la Protección al Usuario con datos de SUPERARGO. (enero 2026).

Adicionalmente, a partir de agosto de 2025 se implementó una base de datos compartida en Excel que, mediante minería de datos, consolida información clave de los reclamos en salud y genera respuestas tipo según el estado del caso. También se estandarizaron formatos de respuesta por ente de control y se adoptó la práctica de emitir respuestas masivas en lugar de individuales, lo que ha permitido mejorar la eficiencia del proceso.

3.1.5. Seguimientos a Sentencias de la Corte.

Sentencia T 302 de 2017 Guajira

La Sentencia T-302 de 2017 de la Corte Constitucional declaró un estado de cosas inconstitucional relacionado con la vulneración sistemática de los derechos fundamentales a la salud, a la alimentación y al agua potable de

los niños del pueblo Wayúu en el departamento de La Guajira. En desarrollo de dicha providencia, se impartieron órdenes estructurales a diversas entidades del Estado, en el marco de sus competencias.

En este escenario, la Superintendencia Nacional de Salud ha desarrollado acciones de gestión orientadas a ejercer sus funciones de inspección, vigilancia y control sobre los actores del Sistema de Salud, con el fin de contribuir al cumplimiento de las órdenes judiciales y a la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud.

Con el propósito de fomentar la participación social organizada, la Superintendencia mediante escenarios de diálogo y capacitaciones en derechos y deberes de los usuarios, llevo a cabo 5 actividades de manera presencial en el departamento de la Guajira, precisamente en los municipios de Maicao, Uribia y Riohacha con un total de asistentes de 412 personas.

En cuanto al comportamiento de los reclamos en salud para la vigencia 2025, se pudo evidenciar que a nivel nacional se presentaron 2.182.211 reclamaciones, de los cuales 21.529 correspondieron al departamento de la Guajira, con un porcentaje de participación del 0.99 %. De estos 21.529 se logró gestionar el cierre de 20.606 reclamos que corresponde al 95.71 %.

Tabla 49 Comportamiento de los reclamos en salud del departamento de la Guajira por clasificación del riesgo-DPU

RECLAMOS EN SALUD POR TIPO CON ESTADO AL 13/01/2026	SIMPLE	PRIORIZADO	RIESGO VITAL	TOTAL 2025 (ENE - DIC)
CERRADAS	14.661	5.730	215	20.606
ABIERTAS	615	306	2	923
TOTAL, GENERAL	15.276	6.036	217	21.529
PORCENTAJE DE CIERRE	95,97%	94,93%	99%	95,71%

Fuente: Elaborado por Grupo de Estadísticas y Análisis de PQRD, de acuerdo con Base de Datos PQRD de la SNS 2025. (enero 2026).

Sentencia T-080 de 2018 Chocó

Esta Sentencia, tuteló el derecho fundamental a la vida, la salud, a la vida en condiciones dignas y a la especial protección que merecen los menores indígenas del Chocó. De conformidad con la demanda, los derechos y las garantías de los menores indígenas han sido vulnerados como consecuencia de la omisión en la prestación de los servicios de salud, alimentación, nutrición y educación, por parte de las entidades accionadas.

Con el propósito de fomentar la participación social organizada, la Superintendencia mediante escenarios de diálogo y capacitación, busca que la población conozca sus derechos, deberes y participe en la vigilancia de los servicios de salud. En este sentido, se realizaron dos actividades en el departamento del Chocó, específicamente en el municipio de Quibdó, de manera presencial, donde se contó con un total de asistentes de 196 personas.

Por otra parte, a nivel nacional se presentaron 2.182.211 reclamaciones, de los cuales 9.792 fueron del Departamento del Chocó con un porcentaje de participación del 1.8%. De estos 9.792 reclamos, se logró el cierre en la vigencia 2025 de 8.026 reclamos, es decir, el 81.96%.

3.1.6 Medidas cautelares expedidas por la Delegatura para la Protección al Usuario.

En el desarrollo de cada una de las acciones de inspección y vigilancia, se identificaron comportamientos de las EAPB como, falta de oportunidad, barreras para el acceso a los servicios de salud e incumplimientos a las instrucciones dadas por la Superintendencia Nacional de Salud, como las establecidas en la Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023.

Esto originó la expedición de ocho (8) medidas cautelares de cesación provisional de las acciones que ponen en riesgo la vida o la integridad física de sus pacientes, a las entidades Nueva EPS, Capital Salud EPS, Compensar EPS, Comfenalco Valle EPS y Famisanar EPS, como resultado de estas acciones se garantizó el cierre de 1812 PQRD.

Tabla 50 Relación de las medidas cautelares expedidas por la Delegatura para la Protección al Usuario.

ENTIDAD	RESOLUCIÓN	FECHA RESOLUCIÓN	PQRD ABIERTAS AL MOMENTO DE EXPEDICIÓN DE LA MC
CAPITAL SALUD	2025200000000273-6	20/01/2025	1
COMPENSAR	20252000000001581-6	14/03/2025	65

ENTIDAD	RESOLUCIÓN	FECHA RESOLUCIÓN	PQRD ABIERTAS AL MOMENTO DE EXPEDICIÓN DE LA MC
COMFENALCO VALLE	2025200000001859-6	27/03/2025	127
FAMISANAR	2025200000004267-6	4/06/2025	22
NUEVA EPS	2025200000005181-6	26/06/2025	1451
	2025210000011111-6	12/11/2025	2
	2025210000012081-6	17/12/2025	2
	2025200000003921-6	22/05/2025	142

Fuente: Elaborado por el Despacho de la Delegatura para la Protección al Usuario con el registro de la base de datos de la Dirección de Inspección y Vigilancia para la Protección al Usuario. (enero 2026)

3.1.7. Derechos de Petición

Según lo establecido en la Resolución 321 de 2016 de la Supersalud y en cumplimiento a la Ley 1712 de 2014, esta Superintendencia contestó 25.999 derechos de petición en la vigencia 2025.

Tabla 51 Total derechos de petición contestados por la Superintendencia Nacional de Salud.-DPU

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL, GENERAL
DERECHOS DE PETICIÓN ESCRITOS RESPONDIDOS	1.388	1.915	2.285	2.038	2.650	1.839	1.504	1.715	2.827	2.871	2.217	2.750	25.999

Fuente: Elaborado por Grupo de Estadísticas y Análisis de PQRD, de acuerdo con Base de Datos del Grupo (enero 2026)

*Este reporte incluye: Peticiones de Documentos y de Información, Peticiones del Congreso, Peticiones entre Autoridades y Peticiones Generales

Casos Cancillería Medidas Cautelares Comisión Interamericana de Derechos Humanos - CIDH

En cumplimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control asignadas a la Superintendencia Nacional de Salud, y en atención a las medidas cautelares otorgadas por la CIDH, se realizaron acciones de seguimiento orientadas a verificar el cumplimiento efectivo de las medidas ordenadas, emitir las recomendaciones correspondientes para asegurar la protección integral de los beneficiarios, con énfasis en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Durante la vigencia 2025, se desarrollaron las siguientes acciones: i) Seguimiento a la garantía en la prestación de los servicios de salud, conforme a los reclamos que se radiquen en el marco de esta gestión. ii) Requerimientos a los vigilados responsables de la prestación de servicios de salud. iii) Presentar informes, sobre estado de las medidas, con acuerdos de compromisos con las. iv) Mesas de trabajo y articulación interinstitucional con autoridades competentes. v) Focalizar en las acciones de Inspección y Vigilancia (IV) a cada EPS, así como en el seguimiento y acompañamiento a cada beneficiario de la medida cautelar, registrando oportunamente en el sistema Superargo.

Como resultado del seguimiento efectuado, se logró concertadamente entre las partes: i) Acuerdos para la entrega inmediata de medicamentos urgentes. ii) Consecución de medicamentos no incluidos en el PBS. iii)

Agendamiento de citas prioritarias con especialidades según necesidad de cada paciente (pendientes de dos y tres meses). iv) Programación de citas para procedimientos según prioridad de cada uno de los pacientes. v) Ampliación y aclaración de información por parte de la EPS para con los pacientes y familiares. vi) Avances en la adopción de medidas orientadas a garantizar el acceso oportuno a los servicios de salud requeridos.

Las EPS con medidas cautelares son: Nueva EPS 17 casos, Coosalud 5, EPS Sanitas 4, Salud total 2, Cajacopi 1, Capital Salud 2, Mutual Ser 7, Policía Nacional 1, PPL 1, Magisterio 1, Suramericana 1, para un total de 42 casos.

3.1.8. Auditorías

Auditorías al Sistema de Información de Atención al Usuario y Participación Ciudadana – SIAU y PC

Durante el año 2025, a través del Programa anual de auditoría se programaron y ejecutaron 110, en dos líneas de acción: i) I.V. SIAU y Participación Ciudadana. ii) COPACOS, Comités de Ética Hospitalaria. En total, se finalizaron 35 y continúan en seguimiento 75.

Tabla 52 Estado de auditorías 2025-DPU.

I.V. SIAU y Participación Ciudadana: 107			Copacos – Comités de Ética Hospitalaria: 3			TOTAL
FINALIZADAS	EN SEGUIMIENTO	TRASLADO A DIA	FINALIZADAS	EN SEGUIMIENTO	TRASLADO A DIA	
34	73	0	1	2	0	110

Fuente: Elaborado por el Grupo Interno de Trabajo para Inspección y Vigilancia al SIAU y la Participación Ciudadana, de acuerdo con la Base Datos Auditorías 2025. (enero 2026).

Ahora bien, la EAPB más auditada en lo corrido de la vigencia 2025 fue la Nueva EPS con 14 auditorías, representado en el 13%, del total de estas, seguido por la EPS Coosalud con 12 auditorías, que corresponde al 11%. En tercer y cuarto lugar se encuentran las EPS Sanitas y Famisanar con 10 auditorías, con una representación del 9.09% y en quinto lugar, Salud Total con 9 y un peso porcentual de 8.18%. Las demás con porcentajes menores.

De otra parte, se continuó con el seguimiento de tres (3) auditorías del año 2024, las cuales serán se finalizarán en la vigencia 2026.

De otro lado las auditorías desarrolladas y los seguimientos al plan de mejoramiento aprobado por esta Superintendencia han impactado en el mejoramiento de la infraestructura, en la inclusividad en la población preferencial, invidente y sordomuda orientado hacia el trato digno y humanizado, así como en la oportuna actualización de la página Web dirigida a una información fiable para el usuario.

Es importante mencionar que las auditorías realizadas a los comités de participación ciudadana y comités de ética hospitalaria, en las entidades territoriales: Guainía, Caldas y Sucre, de las cuales permanecen abierta estas dos últimas.

Comunicaciones de Alianza Usuarios, Canales de Atención, Oficinas y mecanismos de Participación Ciudadana.

En el 2025 dentro de las acciones de inspección y vigilancia se gestionó un total de 1855, comunicaciones de las cuales el 36.4% corresponden a las oficinas de atención al usuario, el 35% a canales de atención, el 20.8% a mecanismos de participación ciudadana y el 7.6% a alianzas de usuarios. Estas comunicaciones están relacionadas con solicitudes de información, asistencia, posibles irregularidades presentadas y reporte inoportunos a esta Superintendencia.

Tabla 53 Comunicaciones Alianza Usuarios, Canales de Atención, Oficinas y PC-2025.

Tipo	Alianza Usuarios	Canales de Atención	Oficinas Atención al Usuario	Mecanismos Participación Ciudadana
Requerimientos SNS	26	395	451	175
Revisión Respuesta	99	170	157	108
Respuesta Requerimiento		52	44	15
Traslados Entes Control	16	2		
Informativas		18	10	24
Respuesta Usuario		14	14	65
TOTAL	141	651	676	387

Fuente: Elaborado por el Grupo Interno de Trabajo para Inspección y Vigilancia al SIAU y la Participación Ciudadana, de acuerdo con la Base Datos del Grupo 2025. (enero 2026).

Acciones de IV a procesos de Rendición de cuentas.

Teniendo en cuenta lo establecido en la Circular 008 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud, relacionado con la obligación que tienen las entidades vigiladas de adelantar audiencias de rendición de cuentas, como mecanismo control social; desde el Grupo interno de trabajo para la Inspección y Vigilancia al SIAU y la Participación Ciudadanas, en cumplimiento de las funciones de inspección y vigilancia, se realizó acompañamiento virtual a 47 entidades , distribuidas de la siguiente manera:

Tabla 54 Acompañamiento Rendición de Cuentas 2025

Año	ESE	EPS	Régimen Especial	IPS	Total Audiencias
2025	34	13	3	0	47

Fuente: Elaborado por el Grupo Interno de Trabajo para Inspección y Vigilancia al SIAU y la Participación Ciudadana, de acuerdo con la Base Datos Rendición Cuentas 2025. (enero 2026).

Auditorías al Sistema de PQRD de las EAPB:

Estas Auditorías, se efectúan a fin de verificar el sistema de PQRD propio de las entidades aseguradoras. Durante el periodo comprendido entre enero – noviembre de 2025, se realizaron 10 auditorías, las cuales se encuentran en periodo de ejecución de plan de mejoramiento.

Tabla 55 Total auditorías al sistema PQRD de las entidades aseguradoras

No.	VIGILADO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	TOTAL 2025 (ENE-NOV)
1	MUTUAL SER		1										1

No.	VIGILADO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	TOTAL 2025 (ENE-NOV)
2	COMFACOCO EPS		1										1
3	MALLAMAS EPSI			1									1
4	COMFENALCO VALLE				1								1
5	PIJAOS EPSI					1							1
6	SURA						1						1
7	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA (EPS-I CAUCA)									1			1
8	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA									1			1
9	EMSSANAR											1	1
10	COMFAORIENTE											1	1
	TOTAL, GENERAL	0	2	1	1	1	1	0	0	2	0	2	

Fuente: Elaborado por el Grupo Interno de Trabajo de Inspección y Vigilancia a las PQRD, de acuerdo con la Base Datos Auditorías 2025. (enero 2026).

3.1.9. Estrategias de promoción de la participación ciudadana:

Desde el Grupo Interno de Trabajo de Atención al Ciudadano y Promoción de la Participación Ciudadana de la Dirección de Servicio al Ciudadano y Promoción de la Participación Ciudadana se desarrollan y ejecutan un conjunto de estrategias institucionales orientadas a fortalecer la relación entre la Superintendencia Nacional de Salud y la ciudadanía, garantizando la promoción efectiva de los derechos en salud y la consolidación de espacios participativos en todo el territorio nacional.

El portafolio de estrategias desarrollado por el grupo incluye: i) Jornadas de Atención al Usuario: espacios presenciales que garantizan atención personalizada, recepción de peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRD), orientación en derechos y acompañamiento para la resolución de casos en territorio; ii) Diálogo con la Supersalud: escenarios de encuentro

entre la entidad, los líderes sociales y los usuarios, orientados a la identificación de problemáticas, la articulación interinstitucional y el seguimiento a compromisos; iii) Capacitaciones: procesos de formación ciudadana sobre derechos, deberes, rutas de atención y mecanismos de participación, dirigidos a veedurías, asociaciones de usuarios y comunidad en general; iv) Seminarios: encuentros académicos y pedagógicos de sensibilización sobre temas relacionados con la salud, la equidad, el enfoque diferencial y la humanización del servicio; v) Líder Tiene la Palabra: espacios de interlocución y empoderamiento dirigidos a líderes sociales y representantes ciudadanos, que fortalecen su rol en el control social y la veeduría; vi) Conexión Supersalud: estrategia virtual e interactiva que permite difundir información institucional, orientar a la ciudadanía y mantener comunicación permanente con actores del sistema a través de medios digitales y 7) Pieza lúdica (8-12 años): iniciativa lúdico-pedagógica orientada a promover valores de ciudadanía, solidaridad y corresponsabilidad desde la infancia.

A continuación, se detalla la gestión de estrategias de participación ciudadana

Resultados por tipo de evento y asistentes

Tabla 56 Gestión de estrategias de participación ciudadana vigencia 2025-DPU

Estrategia	Nro. De eventos	Nro. de asistentes
Acompañamientos	21	1.588

Capacitaciones	103	3.193
Conexión Supersalud	8	382
Diálogo con la Supersalud	12	2.338
Líder Tiene la Palabra	10	315
Jornadas de Atención al Usuario	186	31.903
Piezas Lúdicas	7	291
Seminarios	15	1.148
Totales generales	362	41.158

Fuente: Elaborado por el Grupo Interno de Trabajo de Atención al Ciudadano y Promoción de la Participación Ciudadana – Base de datos del cronograma ejecutado 2025. (enero 2026).

Resultados por eventos en municipios PDET

En 2025 se amplió la cobertura de municipios PDET atendidos con 26 en 2025, lo que refleja un mayor alcance territorial y un esfuerzo por priorizar zonas históricamente afectadas por brechas en el acceso a los servicios de salud.

De igual manera, se presenta un incremento relevante en el número de eventos realizados, 84 eventos en 2025, lo que representa un aumento cercano al 87%, evidenciando una mayor intensidad de intervención y presencia sostenida de la Superintendencia Nacional de Salud en estos territorios.

Este fortalecimiento operativo se traduce en un impacto directo sobre la ciudadanía, reflejado en el número de asistentes, con 12.420. Este resultado demuestra una mayor capacidad de convocatoria y atención, así como la pertinencia de las estrategias implementadas en municipios PDET.

Tabla 57 Resultados por eventos en municipios PDET-DPU

Año	Número de Municipios PDET Atendidos	Número de Eventos Realizados	Número de Asistentes
2025	26	84	12.420

Fuente: Elaboración Grupo Interno de Trabajo de Atención al Ciudadano y Promoción de la Participación Ciudadana – Base de datos del cronograma ejecutado 2025.

Impacto por tipo de población

En 2025 se evidencia un avance significativo en la incorporación del enfoque diferencial y de inclusión dentro de las estrategias de atención y participación ciudadana desarrolladas.

Durante 2025 se registró un total de asistentes de 1.017, lo que refleja una ampliación de la cobertura y una mayor priorización de poblaciones históricamente vulnerables.

En términos generales, los resultados confirman que durante 2025 se consolidó una gestión más integral, inclusiva y territorialmente pertinente, fortaleciendo el enfoque diferencial como eje transversal de

las estrategias institucionales de atención al ciudadano y participación social.

Tabla 58 Impacto por tipo de población de las estrategias de atención y participación ciudadana-DPU

Tipo de población diferencial	Asistentes 2025	Observaciones relevantes
Niños, niñas y adolescentes	262	Se fortalecieron los espacios educativos y lúdicos en instituciones escolares, promoviendo participación infantil.
Mujeres	104	Se promovió la participación con enfoque de género, y liderazgo comunitario.
Población indígena / étnica	271	Se amplió la cobertura en territorios rurales con enfoque intercultural.
Adulto mayor	36	Se realizaron jornadas de orientación y prevención en salud integral.
Población LGBTIQ+	50	Se impulsaron espacios de sensibilización y promoción de derechos en salud.
Personas con discapacidad (incluye cuidadores)	294	Aunque disminuyó la asistencia, se fortaleció la atención focalizada y el acompañamiento especializado.
Total general	1.017	Refleja un aumento global del 57,9%, consolidando el enfoque diferencial en las estrategias institucionales.

Fuente: Elaborado por el Grupo Interno de Trabajo de Atención al Ciudadano y Promoción de la Participación Ciudadana – Base de datos del cronograma ejecutado 2025. (enero 2026).

Gestión de resolutiveidad estrategias de participación

Para 2025, se realizaron 186 jornadas, con 31.939 personas atendidas, 34.636 PQRD gestionadas, de las cuales 27.020 fueron resueltas, alcanzando una resolutiveidad del 78 %. Lo que evidencia una mayor presión sobre las capacidades de respuesta, sin perder un nivel de resolutiveidad alto y técnicamente aceptable.

Tabla 59 Resolutiveidad de Jornadas de Atención al Usuario -DPU

Año	N.º Jornadas	Usuarios Atendidos	PQRD Resueltas	PQRD Totales	Resolutiveidad (%)
2025	186	31.903	27.020	34.636	78%

Fuente: Elaborado por el Grupo Interno de Trabajo de Atención al Ciudadano y Promoción de la Participación Ciudadana – Base de datos del cronograma ejecutado -2025 (enero 2026).

3.1.10. Política de servicio al ciudadano

Política – Estrategia de Servicio al Ciudadano

En el marco del proceso de relacionamiento con la ciudadanía y grupos de valor, la Dirección de Servicio al Ciudadano y Promoción de la Participación Ciudadana en la vigencia 2025 presentó el documento *Política de Servicio al Ciudadano*, logrando la aprobación con fecha del 18/06/2025 y publicándose en el mapa de procesos con la codificación RLPI01, y reposa en el siguiente enlace: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/planeacion/AdministracionSIG/RLPI01.pdf>

Por otra parte, la Estrategia de Servicio al Ciudadano se basa en promover una interacción con la ciudadanía que garantice el acceso efectivo, oportuno y de calidad a sus derechos y cumplimiento de sus deberes en salud, a través de escenarios de relacionamiento dialogantes, incluyentes y que construyan confianza pública.

Durante la vigencia 2025 la Dirección de Servicio al Ciudadano y Promoción de la Participación Ciudadana publicó el documento *Estrategia de Servicio a la Ciudadanía* en la página web código CDB017/2025, se relaciona enlace para su consulta: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/ProteccionUsuario/Carta%20de%20Derechos%20y%20Deberes/cartilla-estrategia-a-la-ciudadania-2025.pdf>

Cronograma de Política de Servicio al Ciudadano

Desde la Dirección de Servicio al Ciudadano y Promoción de la Participación Ciudadana se construyó un cronograma con 14 actividades para la vigencia 2025, donde se plasman las diferentes acciones a ejecutar en el marco del Modelo Integrado de Servicio al Ciudadano MISC, cabe anotar que finalizada la vigencia se dio cumplimiento al 100% de las actividades plasmadas.

3.1.11. Estrategia de atención de las EAPB en el canal presencial

La estrategia de atención de las EAPB en el canal presencial tiene el propósito de mejorar la resolución de las reclamaciones que presentan los usuarios del Sistema de Salud en el canal presencial, a través de la atención directa de las EAPB en el sitio. Adicionalmente, se realiza seguimiento de los casos, contactando a través del canal telefónico a los ciudadanos para verificar que sus necesidades fueron atendidas de acuerdo con lo reportado por la vigilada al final de cada jornada. La estrategia dio inicio el 3 de febrero de 2025 en el Centro de Atención al Ciudadano de la ciudad de Bogotá, D.C., articulado con la implementación del Protocolo de Atención.

Posteriormente, a partir del 14 de marzo de la misma anualidad, se logró su implementación paulatina en las Casas del Consumidor de Pereira, Popayán, Sincelejo, Armenia, Villavicencio, Montería, Chía e Ibagué, con la participación de 17 EAPBs a nivel nacional, a saber, Nueva Eps,

Famisanar, Capital Salud, Salud Total, Sura, Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, Sanitas, Aliansalud, Coosalud, Compensar, Emssanar, Asmet Salud, Mutual Ser, CCF De Sucre Y/O Familiar De Colombia, Cajacopi EPS, Comfenalco (EPS de la gente) y SOS.

Tabla 60 Consolidado de cierres casos atendidos en virtud de la estrategia de atención de las EAPB.

MES	TOTAL DE CASOS	CERRADOS	% DE CIERRES
FEBRERO	431	377	87%
MARZO	632	535	85%
ABRIL	2045	1684	82%
MAYO	2688	2049	76%
JUNIO	2240	1412	63%
JULIO	2506	865	35%
AGOSTO	1336	535	40%
SEPTIEMBRE	2186	1118	51%
OCTUBRE	2142	1218	57%
NOVIEMBRE	1633	903	55%
DICIEMBRE	1041	542	52%

Fuente: Elaborado por el Despacho de la Delegatura para la Protección al Usuario. (enero 2026).

3.1.12. Encuestas de satisfacción de los canales de atención

La Superintendencia Nacional de Salud realiza una encuesta de satisfacción en el canal telefónico y personalizado se mediante la cual se evidencia el servicio prestado por el agente, evaluando atributos de calidad y oportunidad del servicio.

Es así, que se cuenta con un indicador que mide la satisfacción de la ciudadanía en donde se presenta el nivel de satisfacción actual de los usuarios con el servicio de atención brindado así:

Tabla 61 Encuesta nivel de satisfacción por canal-DPU

Nombre Indicador	Porcentaje de respuestas con calificación bueno y excelente a las encuestas de satisfacción respondidas en el periodo.

Variable A	Número de respuestas con calificación bueno y excelente a las encuestas de satisfacción respondidas en el periodo
Variable B	Número total de respuestas a las encuestas de satisfacción respondidas en el periodo

Canal Telefónica	ENE A DIC 2025
Respuestas con calificación B y E	616,181
Total, Respondidas	727,459
Total	84.70%

Entre enero a diciembre 2025 los usuarios atendidos en el canal telefónico tienen un nivel de satisfacción del 84.70% frente a la atención de los agentes de este canal de la Supersalud

Presencial Regionales	ENE A DIC 2025
Respuestas con calificación B y E	38,318
Total Respondidas	45,357
Total	84.48%

Entre enero a diciembre 2025 los usuarios atendidos en las Regionales que hacen parte del canal presencial tienen un nivel de satisfacción del 84.48% frente a la atención de los agentes de este canal de la Supersalud

Presencial Puntos de Atención	ENE A DIC 2025
Respuestas con calificación B y E	68,546
Total Respondidas	73,052
Total	93.83%

Entre enero a diciembre 2025 los usuarios atendidos en los Puntos de Atención que hacen parte del canal presencial tienen un nivel de satisfacción del 93.83% frente a la atención de los agentes de este canal de la Supersalud

CAC	ENE A DIC 2025
Respuestas con calificación B y E	8,637
Total Respondidas	9,063
Total	95.30%

Entre enero a diciembre 2025 los usuarios atendidos en Centro de Atención al Ciudadano - CAC que hace parte del canal presencial tienen un nivel de satisfacción del 95.30% frente a la atención de los agentes de este canal de la Supersalud

TOTAL	ENE A DIC 2025
Respuestas con calificación B y E	731,682
Total Respondidas	854,931
Total Promedio	85.58%

En resumen, entre enero a diciembre 2025 los usuarios atendidos en los canales telefónico y presencial tienen un nivel de satisfacción del 85.58% frente a la atención de los agentes de este canal de la Supersalud.

3.2. Delegatura para Entidades de Aseguramiento en Salud

Entre los propósitos principales de la Delegatura para Entidades de Aseguramiento en Salud están los de realizar inspección, vigilancia y control a las Entidades de Aseguramiento en Salud y hacer seguimiento, monitoreo a las EPS y Entidades Adaptadas (EA) bajo Medida Especial.

Durante la vigencia 2025, la Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud, adelantó diversas acciones de inspección, vigilancia y control sobre las entidades sometidas a supervisión, en cumplimiento de las competencias establecidas en el Decreto 1080 de 2021. Estas actuaciones estuvieron orientadas a fortalecer la gestión del riesgo en salud, verificar el cumplimiento de las obligaciones a cargo de las entidades de aseguramiento y garantizar la continuidad, oportunidad y calidad del aseguramiento en salud de la población afiliada.

Asimismo, se implementaron estrategias de seguimiento técnico, financiero y jurídico que permitieron evaluar el desempeño institucional de las entidades vigiladas y adoptar las medidas necesarias para salvaguardar los derechos de los usuarios y promover la adecuada operación del sistema.

A continuación, se presentan las principales acciones realizadas sobre las entidades vigiladas:

Dirección de Medidas Especiales para Entidades d Aseguramiento en Salud y Entidades Adaptadas

La función de la Dirección de Medidas Especiales para EPS y EA se centra en establecer las medidas de control a las EPS y entidades adaptadas, mediante el análisis de su viabilidad, la determinación, adopción y seguimiento de las órdenes, acciones, medidas, con el fin de asegurar la adecuada prestación de los servicios de salud en el marco del SGSSS, la protección de los derechos de los usuarios y la debida destinación de los recursos.

Esta función se desarrolla a través del análisis de situaciones potencialmente críticas o irregulares que se estén presentando en las EPS y Entidades Adaptadas, la determinación y adopción de la medida de control, su ejecución y seguimiento.

Medidas especiales adoptadas

Como parte del fortalecimiento de las acciones de control al seguimiento y monitoreo de las medidas especiales, se prorrogaron las medidas de intervención forzosa administrativa para administrar a nueve (9) EPS (Sanitas, Nueva EPS, Servicio Occidental de Salud – SOS, Asmet Salud,

Emssanar, Savia Salud, Famisanar, Coosalud y Capresoca); de las cuales cuatro fueron sujeto de prórroga ejecutiva por parte del Gobierno Nacional (Asmet Salud, Emssanar, Savia Salud y Famisanar).

Por otra parte, se ordenó la medida de vigilancia especial a la EPS Cajacopi y se prorrogó la medida de vigilancia especial ordenada a la EPSI indígena Dusakawi.

En el siguiente cuadro, se relacionan las medidas especiales que se prorrogaron, ordenaron y levantaron durante el año 2025:

Tabla 62 Medidas especiales adoptadas y en curso-DEAS

ENTIDAD	MEDIDA	RESOLUCIÓN QUE ADOPTO – PRORROGO	FECHA FINAL DE LA MEDIDA
CAJACOPI EPS SAS	Adopción medida Vigilancia Especial	Resolución 2025320030001662-6 del 20 de marzo de 2025	20/03/2026
DUSAKAWI EPS	Prórroga Vigilancia Especial	Resolución 2025320030002504-6 del 25 abril de 2025	26/04/2026
NUEVA EPS	Prórroga Intervención Forzosa Administrativa	Resolución 2025320030001956-6 del 2 de abril de 2025	3/04/2026
S.O.S. EPS	Prórroga Intervención Forzosa Administrativa	Resolución 2025320030002083-6 del 9 de abril de 2025	10/04/2026
ASMET SALUD EPS S.A.S.	Prórroga Intervención Forzosa Administrativa	Resolución Ejecutiva 153 del 9 de mayo de 2025	11/05/2026

ENTIDAD	MEDIDA	RESOLUCIÓN QUE ADOPTO – PRORROGO	FECHA FINAL DE LA MEDIDA
EMSSANAR EPS SAS	Prorroga Intervención Forzosa Administrativa	Resolución Ejecutiva 163 del 28 de mayo de 2025	31/05/2026
SAVIA SALUD EPS	Prórroga Intervención Forzosa Administrativa	Resolución 164 del 28 de mayo de 2025	16/06/2026
FAMISANA R EPS	Prorroga Intervención Forzosa Administrativa	Resolución Prórroga Ejecutiva 315 del 15 de septiembre de 2025	15/09/2026
CAPRESOC A EPS	Prorroga Intervención Forzosa Administrativa	Resolución 2025320030009784-6 del 07 de octubre de 2025	7/10/2026
COOSALUD EPS	Prorroga Intervención Forzosa Administrativa	Resolución 2025320030011347-6 del 21 de noviembre de 2025	22/11/2026
EPS SANITAS	Prórroga Intervención Forzosa Administrativa	Resolución 2025320030001947-6 del 1 de abril de 2025.	05/09/2025 Se entregó por orden judicial.

Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

Designación y remoción de agentes especiales, interventores y contralor

Se informa que el Decreto Ley 663 de 1993 y el Decreto 2555 de 2010, asignaron funciones al Fondo de Garantías de Instituciones Financieras - FOGAFIN para la designación de interventores en la toma de posesión para administrar, no obstante, en el sector salud no existe una institución

equivalente, por lo que, esas funciones recaen, en lo pertinente, en la Superintendencia Nacional de Salud frente a intervenciones que ordena esta entidad, de acuerdo con la remisión directa a la aplicación de las disposiciones del estatuto.

Siendo así, a la Superintendencia Nacional de Salud le asiste la competencia para designar los agentes especiales de las entidades en toma de posesión, intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar, según lo establecido en el numeral 5 del artículo 291 del Decreto Ley 663 de 1993, en consonancia con el artículo 9.1.1.2.2 del Decreto 2555 de 2010, el artículo 15 de la Resolución 2599 de 2016, disposición que consagra el procedimiento de designación, y el numeral 8 del artículo 7 del Decreto 1080 de 2021.

En razón a lo señalado, la Superintendencia Nacional de Salud expidió la Resolución 2599 de 2016 con sus modificatorias, por la cual se dictan disposiciones relacionadas con la inscripción, designación, fijación de honorarios, posesión, funciones, obligaciones, seguimiento, sanciones, reemplazo y otros asuntos de los agentes interventores, liquidadores y contralores de las entidades objeto de medidas especiales o de toma de posesión para administrar o liquidar.

En la siguiente tabla se presenta los agentes interventores y contralores designados para las entidades vigiladas en medida.

Tabla 63 Designación Agentes Interventores y Contralores -DEAS

Entidad	Resolución designa Interventor	Nombre del Interventor	Nombre del Contralor
ASMET SALUD EPS S.A.S.	Resolución 2025320030005146-6 del 26 de junio de 2025	Raúl Andrés Munévar Niño	Nexia Montes & Asociados S.A
	Resolución 2025320030011198-6 del 14 de noviembre de 2025	Laín Eduardo López Martínez	
CAPRESOCA EPS	Resolución 2025320030011199-6 del 14 de noviembre de 2025	Betty Cecilia Anaya Nieto	Baker Tilly de Colombia
COOSALUD EPS	Resolución 2025320030005148-6 del 26 de junio de 2025	Gloria Libia Polanía Aguillón	Gladys Sefora De Las Mercedes Asprilla Coronado
	Resolución 2025320030006801-6 del 15 de agosto de 2025	Carlos Eduardo Franco Muñoz	
	Resolución 2025320030008494-6 del 18 de septiembre de 2025	Julio Cesar Piñeros Cruz	
	Resolución 2025320030011192-6 del 14 de noviembre de 2025	Alexander Mesa Romero	
EMSSANAR EPS SAS	Resolución 2025320030005149-6 del 26 de junio de 2025	Cris Encarnación Reyes Gómez	Nexia Montes & Asociados S.A.S.
	Resolución 2025320030011201-6 del 14 de noviembre de 2025	Ilsen Inés Jaramillo Laserna	
FAMISANAR EPS	Resolución 2025320030005149-6 del 26 de junio de 2025	Cris Encarnación Reyes Gómez	Nexia Montes & Asociados S.A.S.
	Resolución 2025320030011195-	German Dario Gallo Rojas	

Entidad	Resolución designa Interventor	Nombre del Interventor	Nombre del Contralor
	6 del 14 de noviembre de 2025		
NUEVA EPS	Resolución 2025320030006807-6 del 15 de agosto de 2025	Gloria Libia Polanía Aguillón	Gladys Sefora De Las Mercedes Asprilla Coronado
	Resolución 2025320030011189-6 del 14 de noviembre de 2025	Luis Oscar Galves Mateus	
S.O.S. EPS	Resolución 2025320030006800-6 del 15 de agosto de 2025	Sergio Andrés Gil Celis	JAVH MCGREGOR
	Resolución 2025320030011200-6 del 14 de noviembre de 2025	Carlos Alberto Betancur Castañeda	
SAVIA SALUD EPS	Resolución 2025320030001677-6 del 20 de marzo de 2025	Luis Oscar Galves Mateus	SAC CONSULTING SAS
	Resolución 2025320030011186-6 del 14 de noviembre de 2025	William Humberto Salgado Gamboa	

Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

Planes de trabajo en curso

En cumplimiento del proceso de control y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 18 de la Resolución 2599 de 2016 que define el deber de la Dirección de Medidas Especiales para EPS y EA de aprobar los planes de trabajo presentados por las entidades en medida especial, durante la vigencia 2025 se han revisado y realizado seguimiento a los siguientes

planes de trabajo presentados por los interventores, como se evidencia en la siguiente tabla:

Tabla 64 Planes de trabajo EPS Intervenidas-DEAS

ENTIDAD	REPRESENTANTE LEGAL	Radicado
ASMET SALUD EPS S.A.S.	Lain Eduardo Lopez Martinez	20255800030038772
CAPRESOCA EPS	Betty Cecilia Anaya Nieto	20255500030005302
COOSALUD EPS	Alexander Mesa Romero	20259300430612422
EMSSANAR EPS SAS	Ilsen Ines Jaramillo Laserna	20263200200026951 aprobación
FAMISANAR EPS	German Dario Gallo Rojas	20263200200026801 aprobación
NUEVA EPS	Luis Oscar Galves Mateus	20263200200135351
S.O.S. EPS	Carlos Alberto Betancur Castañeda	20253200201439961
SAVIA SALUD EPS	William Humberto Salgado Gamboa	20259300430748182
CAJACOPI EPS	Roberto Solano Navarra	20253200201437451 aprobación
DUSAKAWI EPSI	Javier Clavijo Franco	20253200202677100

Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

Seguimiento en campo a las EPS en medida especial

Con el fin de verificar aspectos inherentes a los hallazgos que dieron origen a las medidas adoptadas y de monitorear en campo los avances en

los planes de trabajo presentados por los agentes interventores, durante la vigencia 2025 se efectuaron un total de 20 seguimientos en campo a las EPS como se relaciona a continuación:

Tabla 65 Seguimientos en campo a las EPS-DEAS

EPS	NO AUTO DE SEGUIMIENTO	FECHA DE SEGUIMIENTO
ASMET SALUD EPS S.A.S.	AUTO N° 2025320030001674-7	10 al 14 noviembre 2025
EMSSANAR EPS SAS	AUTO N° 2025320030000124-7	3 al 7 de febrero de 2025.
	AUTO N° 2025320030001567-7	27 al 31 de octubre de 2025
CAPRESOCA EPS	AUTO N° 2025320030000906-7	14 al 18 de julio de 2025
DUSAKAWI	AUTO N° 2025320030000158-7	10 al 14 de febrero de 2025
	AUTO N° 2025320030001676-7	18 al 21 de noviembre de 2025
FAMISANAR LTDA	AUTO N° 2025320030000755-7	16 y 17 de junio de 2025
NUEVA EPS	AUTO N° 2025320030000159-7 Resolución de 202520030006237- 6	10 al 14 de febrero de 2025 Seguimiento especial permanente desde el 31 de julio de 2025
SANITAS EPS	AUTO N° 2025320030000125-7	3 al 7 de febrero de 2025
	AUTO N. 2025320030000160-7	10 al 14 de febrero de 2025
SAVIA SALUD	AUTO N° 2025320000000228-7	17 al 21 de febrero de 2025
	AUTO N° 2025320030001236-7	1 al 5 de septiembre de 2025
COOSALUD EPSS	AUTO N° 2025300000000644-7	5 al 9 de mayo de 2025
	AUTO N° 2025320030001236-7	1 al 5 de septiembre de 2025
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS	AUTO N° 2025320000000123-7	4 al 7 de febrero de 2025
	AUTO N° 20253200000001525-7	20 al 24 de octubre de 2025
CAJACOPI EPS	AUTO N° 2025320030000709-7	3 al 5 junio de 2025
	AUTO N° 2025320030001568-7	27 al 31 de octubre de 2025
FAMISANAR LTDA	AUTO N° 2025320030000755-7	16 y 17 de junio de 2025

Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

Mesas de seguimiento a las EPS en medida

Las mesas de seguimiento a las entidades bajo medida se realizan cuando se requiere una revisión integral de la EPS, evaluar situaciones críticas identificadas o hacer seguimiento al avance de los planes de trabajo. Así las cosas, se citan por solicitud del equipo técnico de seguimiento de la superintendencia o por solicitud del vigilado, en estas mesas participan el grupo de profesionales que hace seguimiento a la medida desde la SNS, de requerir se citan a los profesionales de otras dependencias, el representante legal de la EPS y/o interventor y contralor con su equipo de trabajo.

Durante la vigencia 2025, el equipo técnico de la Dirección de Medidas Especiales para EPS y Entidades Adaptadas realizó un total de 73 mesas de seguimiento con los equipos de interventores y contralores de las EPS bajo medida especial con el fin de identificar alertas frente al cumplimiento de los planes de trabajo y la gestión de los interventores y contralores, como se puede evidenciar a continuación:

Tabla 66 Mesas de seguimiento adelantadas vigilados bajo medida especial-DEAS

ENTIDAD	Mesas técnicas de seguimiento 2025
NUEVA EPS	21
COOSALUD EPS S.A	9
SANITAS EPS	8
CAJACOPI EPS S.A.S.	8
SAVIA SALUD EPS	4
EMSSANAR EPS	4
ASMET SALUD	4

ENTIDAD	Mesas técnicas de seguimiento 2025
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	4
DUSAKAWI EPSI	4
CAPRESOCA EPS	3
FAMISANAR EPS	4
TOTAL	73

Fuente: Elaboración propia Delegatura para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

En la siguiente tabla se presenta los resultados de los indicadores de medición y seguimiento permanente a las entidades que se encuentran bajo medida especial por parte de la Superintendencia

Tabla 67 Resultados indicadores fénix EPS bajo medida -DEAS

EPS HABILITADAS EN AMBOS REGIMENES DE AFILIACIÓN					
INDICADORES	Meta	COOSALUD	FAMISANAR	SOS	NUEVA EPS
		Sep025	Nov025	Nov025	Oct 0 25
Técnico 0 científico					
Razón mortalidad materna a 42 días Régimen Contributivo	• Bueno: ≤ 32 •Aceptable: $\leq 41,40$ •Crítico: $> 41,40$	106,04	34,39	0	34,82
Razón mortalidad materna a 42 días Régimen Subsidiado	• Bueno: ≤ 32 •Aceptable: $\leq 41,40$ •Crítico: $> 41,40$	35,78	0	0	50,66
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición Régimen Contributivo	•Bueno: ≤ 5 •Aceptable: $\leq 6,0$ •Crítico: $> 6,0$	7,56	0	0	0
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición Régimen Subsidiado	•Bueno: ≤ 5 •Aceptable: $\leq 6,0$ •Crítico: $> 6,0$	2,85	2,60	0	8,37

EPS HABILITADAS EN AMBOS REGIMENES DE AFILIACIÓN					
INDICADORES	Meta	COOSALUD	FAMISANAR	SOS	NUEVA EPS
		Sep025	Nov025	Nov025	Oct 0 25
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) Régimen Contributivo	•Bueno: ≤ 3 •Aceptable: $\leq 4,50$ •Crítico: $> 4,50$	0	0	0	1,62
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) Régimen Subsidiado	•Bueno: ≤ 3 •Aceptable: $\leq 4,50$ •Crítico: $> 4,50$	1,71	2,60	0	4,50
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda (IRA) Régimen Contributivo	•Bueno: $\leq 6,7$ •Aceptable: $\leq 10,05$ •Crítico: $> 10,05$	0	9,28	0	5,42
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda (IRA) Régimen Subsidiado	•Bueno: $\leq 6,7$ •Aceptable: $\leq 10,05$ •Crítico: $> 10,05$	11,41	5,20	13,16	12,66
Porcentaje de medicamentos pendientes entregados en 48 horas Régimen Contributivo	100%	65,22%	3,47%	50,20%	2,27%
Porcentaje de medicamentos pendientes entregados en 48 horas Régimen Subsidiado	100%	71,18%	14,39%	48,16%	3,85%
Proporción de fórmulas medicas entregadas de manera completa régimen subsidiado	100%	65,35%	86,60%	92,51%	83,38%
Proporción de fórmulas medicas entregadas de manera completa régimen contributivo	100%	81,53%	79,41%	91,57%	68,98%
Estadificación temprana régimen contributivo	$\geq 80 \%$	57,14%	68,18%	35,71%	11,87%
Estadificación temprana régimen subsidiado	$\geq 80 \%$	54,54%	46,88%	47,06%	6,64%

EPS HABILITADAS EN AMBOS REGIMENES DE AFILIACIÓN					
INDICADORES	Meta	COOSALUD	FAMISANAR	SOS	NUEVA EPS
		Sep025	Nov025	Nov025	Oct 0 25
Proporción de CNR identificados en estadios tempranos. régimen contributivo	Alto: $\geq 19\%$ Medio: ≥ 15 a $< 19\%$ Bajo: $< 15\%$	42,85%	23,53%	10,53%	14,31%
Proporción de CNR identificados en estadios tempranos. régimen subsidiado	Alto: $\geq 19\%$ Medio: ≥ 15 a $< 19\%$ Bajo: $< 15\%$	35,55%	25,00%	12,50%	11,83%
Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó estadificación clínica, casos nuevos reportados (CNR). régimen contributivo	Alto: ≥ 90 Medio: $\% 80$ a $< 90\%$ Bajo: $< 80\%$	95,23%	89,43%	45,45%	67,12%
Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó estadificación clínica, casos nuevos reportados (CNR). régimen subsidiado	Alto: ≥ 90 Medio: $\% 80$ a $< 90\%$ Bajo: $< 80\%$	96,81%	67,39%	35,29%	58,09%
Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados en estadios tempranos al momento del diagnóstico Régimen Subsidiado	Alto: $\geq 50\%$ Medio: ≥ 42 y $< 50 \%$ Bajo: $< 42\%$	66,15%	39,73%	72,73%	43,82%
Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados en estadios tempranos al momento del diagnóstico. régimen contributivo	Alto: $\geq 50\%$ Medio: ≥ 42 y $< 50 \%$ Bajo: $< 42\%$	64,00%	63,55%	69,29%	53,37%
Proporción de pacientes con cáncer de próstata localizado (pacientes en estadio 0, I y II). régimen contributivo	Alto: $\geq 69\%$ Medio: ≥ 62 a $< 69 \%$ Bajo: $< 62\%$	58,33%	68,40%	53,85%	52,78%
Proporción de pacientes con cáncer de próstata localizado (pacientes en estadio 0, I y II). régimen subsidiado	Alto: $\geq 69\%$ Medio: ≥ 62 a $< 69 \%$ Bajo: $< 62\%$	43,82%	66,07%	78,57%	35,07%

EPS HABILITADAS EN AMBOS REGIMENES DE AFILIACIÓN					
INDICADORES	Meta	COOSALUD	FAMISANAR	SOS	NUEVA EPS
		Sep025	Nov025	Nov025	Oct 0 25
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento de cáncer de cuello uterino Régimen Contributivo	• Bueno: ≤ 30 días • Aceptable: > 30 a 45 días • Crítico: > 45 días	35,76	39,01	42,84	75,67
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento de cáncer de cuello uterino Régimen Subsidiado	• Bueno: ≤ 30 días • Aceptable: > 30 a 45 días • Crítico: > 45 días	26,42	59,36	60,33	76,17
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama Régimen Contributivo	• Bueno: ≤ 30 días • Aceptable: > 30 a 45 días • Crítico: > 45 días	28,12	50,95	63,42	77,38
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama Régimen Subsidiado	• Bueno: ≤ 30 días • Aceptable: > 30 a 45 días • Crítico: > 45 días	37,86	59,74	78,53	88,81
Cobertura de vacunación de tercera dosis de pentavalente en niños menores de un año Régimen Contributivo	$\geq 95\%$	75,63%	93,67%	93,52%	40,80%
Cobertura de vacunación de tercera dosis de pentavalente en niños menores de un año Régimen Subsidiado	$\geq 95\%$	66,06%	86,29%	90,99%	40,52%
Control de hipertensión arterial ($< 150/90$) Régimen Contributivo	• Bueno: $> 60\%$ • Aceptable: 40 a	47,26%	71,77%	67,15%	70,28%

EPS HABILITADAS EN AMBOS REGIMENES DE AFILIACIÓN					
INDICADORES	Meta	COOSALUD	FAMISANAR	SOS	NUEVA EPS
		Sep025	Nov025	Nov025	Oct 0 25
	60% •Crítico: <40%				
Control de hipertensión arterial (<150/90) Régimen Subsidiado	•Bueno: >60% •Aceptable: 40 a 60% •Crítico: <40%	51,44%	51,29%	58,56%	59,42%
Control de la presión arterial (<140/90) Régimen Contributivo	•Bueno: >60% •Aceptable: 40 a 60% •Crítico: <40%	36,42%	68,36%	63,70%	70,60%
Control de la presión arterial (<140/90) Régimen Subsidiado	•Bueno: >60% •Aceptable: 40 a 60% •Crítico: <40%	43,18%	50,81%	49,67%	54,01%
Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal (antes semana 10) Régimen Contributivo	≥80%	63,19%	85,81%	80,19%	72,39%
Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal (antes semana 10) Régimen Subsidiado	≥80%	60,71%	79,73%	80,19%	60,44%
Proporción de gestantes tamizadas para VIH Régimen Contributivo	•Bueno: ≥95% •Aceptable: 85 a 94% •Crítico: <85%	89,20%	98,34%	97,62%	97,06%
Proporción de gestantes tamizadas para VIH Régimen Subsidiado	•Bueno: ≥95% •Aceptable: 85 a 94% •Crítico: <85%	92,34%	95,67%	97,48%	95,18%
Proporción de mujeres con citología cervicouterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia Régimen Contributivo	≥80%	10,71%	82,15%	68,41%	60,69%

EPS HABILITADAS EN AMBOS REGIMENES DE AFILIACIÓN					
INDICADORES	Meta	COOSALUD	FAMISANAR	SOS	NUEVA EPS
		Sep025	Nov025	Nov025	Oct 0 25
Proporción de mujeres con citología cervicouterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia Régimen Subsidiado	≥80%	9,14%	70,20%	61,54%	40,93%
Proporción de mujeres entre 25 y 65 años que se realizan las pruebas de tamización para el cáncer de cuello uterino Régimen Contributivo	≥ 70%	63,01%	79,52%	66,00%	58,65%
Proporción de mujeres entre 25 y 65 años que se realizan las pruebas de tamización para el cáncer de cuello uterino Régimen Subsidiado	≥ 70%	62,68%	51,20%	46,55%	47,65%
Proporción de mujeres entre los 50 y 69 años con toma de mamografía en los últimos 2 años Régimen Contributivo	≥ 70%	61,91%	80,91%	65,88%	48,43%
Proporción de mujeres entre los 50 y 69 años con toma de mamografía en los últimos 2 años Régimen Subsidiado	≥ 70%	57,42%	61,92%	53,20%	31,48%
Proporción de pacientes diabéticos controlados Régimen Contributivo	• Bueno: >50% •Aceptable: 30 a 50% •Crítico: <30%	9,27%	43,26%	43,92%	37,25%
Proporción de pacientes diabéticos controlados Régimen Subsidiado	• Bueno: >50% •Aceptable: 30 a 50% •Crítico: <30%	12,94%	24,41%	37,01%	19,32%
Tasa de incidencia de Sífilis congénita Régimen Contributivo	•Bueno: ≤0,5 •Aceptable: ≤1,75 •Crítico: >1,75	1,05	0,51	0,64	1,27
Tasa de incidencia de Sífilis congénita Régimen Subsidiado	•Bueno: ≤0,5 •Aceptable:	4,26	2,24	2,13	2,43

EPS HABILITADAS EN AMBOS REGIMENES DE AFILIACIÓN					
INDICADORES	Meta	COOSALUD	FAMISANAR	SOS	NUEVA EPS
		Sep025	Nov025	Nov025	Oct 0 25
	≤1,75 •Crítico: >1,75				

INDICADORES	Meta	COOSALUD	FAMISANAR	SOS	NUEVA EPS
FINANCIEROS – ADMINISTRATIVOS					
Nivel de Endeudamiento	• Bueno: <0,70 • Aceptable: ≤ 1,0 • Crítico: > 1,0	1,74	3,94	4,35	1,37
Calidad del Activo 2 : Comportamiento de las Cuentas por Cobrar mayor a 180 días	• Bueno: <0,30 • Aceptable: ≤ 0,6 • Crítico: > 0,6	0,17	0,39	0,52	0,06
Rentabilidad: Margen Operacional	• Bueno: ≥4 • Aceptable: ≥ 1 • Crítico: < 1	029,65%	024,04%	011,66%	4,71%
Indicador de Capital: Endeudamiento Patrimonial	• Bueno: 0 0 1 • Aceptable: 1,01 0 7,96 • Crítico: < 0 0 >7,96	02,35	01,34	0 1,30	03,74
Liquidez 2: Comportamiento de las cuentas por pagar a prestadores y proveedores de servicios de salud mayor o igual a 180 días	• Bueno: <0,40 • Aceptable ≤ 0,7 • Crítico: > 0,7	0,54	0,21	0,39	0,16

JURIDICOS

EPS HABILITADAS EN AMBOS REGIMENES DE AFILIACIÓN					
INDICADORES	Meta	COOSALUD	FAMISANAR	SOS	NUEVA EPS
		Sep025	Nov025	Nov025	Oct 0 25
Porcentaje de fallos de tutela por servicios y tecnologías incluidas y NO incluidas en el plan de beneficios de salud, con prestación efectiva.	- Bueno: $\geq 100\%$ - Crítico: $< 100\%$	78,72%	59,00%	42,49%	45,76%
Porcentaje de incidentes de desacato por servicios y tecnologías incluidas y NO incluidas en el plan de beneficios de salud, con tramite efectivo	- Bueno: $\geq 100\%$ - Crítico: $< 100\%$	90,71%	70,00%	40,37%	44,49%

EPS REGIMEN SUBSIDIADO							
Indicador	Meta 2025	CAPRESOCA	SAVIA	ASMET SALUD	EMSSANAR	CAJACOPI	DUSAKAWI
		Nov 025	Nov 025	Nov025	Nov 025	Nov 025	Sep 025
TÉCNICO CIENTÍFICOS							
Razón de Mortalidad Materna a 42 días	• Bueno: ≤ 32 • Aceptable: ≤ 41,40 • Crítico: > 41,40	131,31	33,52	36,66	73,28	68,94	310,21
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición	• Bueno: ≤ 5 • Aceptable: ≤ 6,0 • Crítico: > 6,0	9,35	1,16	0	1,43	6,85	53,27
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	• Bueno: ≤ 3 • Aceptable: ≤ 4,50 • Crítico: > 4,50	0	0	1,11	1,43	2,28	11,22
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda (IRA)	• Bueno: ≤ 6,7 • Aceptable: ≤ 10,05 • Crítico: > 10,05	0	10,48	2,22	10,01	10,28	8,41
Porcentaje de medicamentos pendientes entregados en 48 horas	100%	6,67%	26,04%	17,33%	43%	93%	12,52%
Proporción de fórmulas medicas entregadas de manera completa	100%	96,83%	94,47%	91,72%	93,0%	99%	99,93%
Estadificación temprana	≥ 80 %	46,42%	26,79%	53,33%	60,8%	32%	75,00%
Proporción de CNR identificados en estadios tempranos.	Alto: ≥ 19% Medio: ≥ 15 a < 19% Bajo: < 15%	11,76%	15,49%	22,96%	19,70%	22%	0,00%
Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó estadificación clínica, casos nuevos reportados (CNR).	Alto: ≥ 90 Medio: % 80 a < 90% Bajo: < 80%	75,00%	92,16%	80,44%	83,50%	88%	100,00%
Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados en estadios tempranos al momento del diagnóstico.	Alto: ≥ 50% Medio: ≥ 42 y < 50 % Bajo: < 42%	40,00%	50,94%	49,35%	40,80%	25%	0,00%
Proporción de pacientes con cáncer de próstata localizado (pacientes en estadio 0, I y II).	Alto: ≥ 69% Medio: ≥ 62 a < 69 % Bajo: < 62%	25,00%	34,38%	53,37%	16,24%	41%	0,00%
Indicador	Meta 2025	CAPRESOCA	SAVIA	ASMET SALUD	EMSSANAR	CAJACOPI	DUSAKAWI

		Nov 025	Nov 025	Nov025	Nov 025	Nov 025	Sep 025
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento de cáncer de cuello uterino	• Bueno: ≤ 30 días • Aceptable: >30 a 45 días • Crítico: > 45 días	29,17	26,86	45,00	35,36	18	0
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama	• Bueno: ≤ 30 días • Aceptable: >30 a 45 días • Crítico: > 45 días	63,76	20,76	62,00	37,59	2	0
Cobertura de vacunación de tercera dosis de pentavalente en niños menores de un año	≥ 95%	92,25%	87,38%	89,06%	88,44%	72,55%	57%
Control de hipertensión arterial (<150/90)	• Bueno: >60% • Aceptable: 40 a 60% • Crítico: <40%	71,45%	58,98%	67,44%	61,39%	46,94%	70,92%
Control de la presión arterial (<140/90)	• Bueno: >60% • Aceptable: 40 a 60% • Crítico: <40%	63,03%	55,94%	61,43%	63,21%	46,17%	63,96%
Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal (antes semana 10)	≥ 80%	67,36%	84,80%	83,67%	69,61%	47,13%	46,51%
Proporción de gestantes tamizadas para VIH	• Bueno: ≥95% • Aceptable: 85 a 94% • Crítico: <85%	98,56%	97,55%	99,28%	98,47%	98,73%	94%
Proporción de mujeres con citología cervicouterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia	≥ 80%	69,64%	86,01%	61,14%	37,89%	48,48%	40%
Proporción de mujeres entre 25 y 65 años que se realizan las pruebas de tamización para el cáncer de cuello uterino	≥ 70%	60,51%	45,48%	64,00%	46,70%	68,48%	13%
Proporción de mujeres entre los 50 y 69 años con toma de mamografía en los últimos 2 años.	≥ 70%	35,47%	43,77%	41,09%	40,99%	29,23%	29%
Proporción de pacientes diabéticos controlados	• Bueno: >50% • Aceptable: 30 a 50% • Crítico: <30%	43,14%	32,58%	35,38%	52,50%	32,80%	24,95%
Tasa Incidencia de Sífilis Congénita	• Bueno: ≤ 0,5 • Aceptable: ≤ 1,75 • Crítico: >1,75	4,54	2,08	2,64	3,42	3,26	2,49
Indicador	Meta 2025	CAPRESOCA	SAVIA	ASMET SALUD	EMSSANAR	CAJACOPI	DUSAKAWI

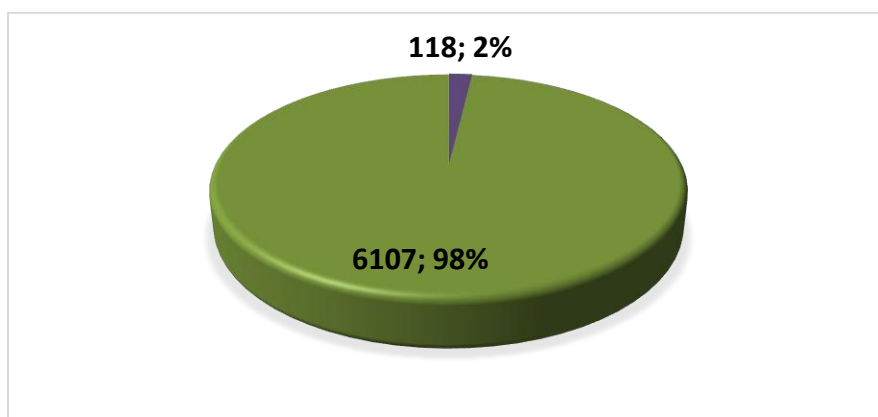
		Nov 025	Nov 025	Nov025	Nov 025	Nov 025	Sep 025
FINANCIEROS							
Nivel de Endeudamiento	- Bueno: <0,70 - Aceptable: ≤ 1,0 - Crítico: > 1,0	3,59	8,92	2,36	4,25	0,63	4,21
Calidad del Activo 2 : Comportamiento de las Cuentas por Cobrar mayor a 180 días	- Bueno: <0,30 - Aceptable: ≤ 0,6 - Crítico: > 0,6	0,86	0,35	0,23	0,39	0,18	0,14
Rentabilidad: Margen Operacional	- Bueno: ≥4 - Aceptable: ≥ 1 - Crítico: < 1	028,31%	017,93%	00,18%	016,11%	01,13%	041,14%
Indicador de Capital: Endeudamiento Patrimonial	- Bueno: 0 0 1 - Aceptable: 1,01 0 7,96 - Crítico: < 0 0 >7,96	01,39	01,13	01,73	01,31	1,74	01,31
Liquidez 2: Comportamiento de las cuentas por pagar a prestadores y proveedores de servicios de salud mayor o igual a 180 días	- Bueno: <0,40 - Aceptable: ≤ 0,7 - Crítico: > 0,7	0,31	0,49	0,41	0,26	0,14	0,03

EPS REGIMEN SUBSIDIADO Indicador	Meta 2025	CAPRESOCA	SAVIA	ASMET SALUD	EMSSANAR	CAJACOPI	DUSAKAWI
		Nov 025	Nov 025	Nov025	Nov 025	Nov 025	Sep 025
JURÍDICOS							
Porcentaje de fallos de tutela por servicios y tecnologías incluidas y NO incluidas en el plan de beneficios de salud, con prestación efectiva.	• Bueno: ≥100% • Crítico: <100%	86,32%	66,68%	45,90%	7,42%	62,72%	100,00%
Porcentaje de incidentes de desacato por servicios y tecnologías incluidas y NO incluidas en el plan de beneficios de salud, con tramite efectivo	• Bueno: ≥100% • Crítico: <100%	80,89%	100,00%	68,65%	10,65%	85,25%	100,00%

Gestión de PQRSD en SUPERARGO

Entre enero a diciembre de 2025 la Dirección de Medidas Especiales ha recibido en el sistema de gestión documental Superargo un total de 6.107 radicados para tramitar, de los cuales con corte a este informe se han gestionado un total de 118 con una efectividad del 98% quedando pendiente de gestión el 2 %. (ver grafica)

Ilustración 5 Estado solicitudes y requerimientos Dirección de medidas especiales para EPS y EA/ DEAS



Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

Logros

- Mayor resolutiveidad en la gestión de las EPS en medida especial para el pago de las cuentas por pagar a la RED pública: A través de la implementación de acciones de seguimiento y monitoreo a la depuración, conciliación y pago de las obligaciones con la red prestadora de servicios de salud.

- Fortalecimiento del seguimiento a partir de la formulación e implementación de acciones de monitoreo e indicadores de resultado a las EPS en Medida Especial, a través de la reorientación de las acciones e indicadores de los planes de trabajo propuestos por los agentes interventores y contralores hacia el logro de mejores resultados en los componentes técnico científico, jurídico y financiero con el fin de subsanar las situaciones que originaron la medida especial.
- Se adoptaron medidas cautelares y fortalecimiento de los procesos de validación para la distribución de recursos del SGSSS. Dentro de los procesos de control se impusieron medidas cautelares de cesación provisional de las acciones que ponen en riesgo la vida o la integridad física de los pacientes o el destino de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Estas medidas, propenden por el correcto flujo de recursos entre la EPS y sus prestadores y proveedores de servicios de salud. La medida no suspende, limita o prohíbe el giro de recursos por parte de la EPS, solo se adiciona un control a la postulación de giros que realizará la contralora designada.

Tanto la Superintendencia Nacional de Salud como los contralores designados en las EPS bajo medida, continúan desarrollando sus labores de inspección, vigilancia, control, verificación y auditorias al plan de trabajo y demás acciones de mejora implementadas por la EPS.

- En articulación con la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, se logró el restablecimiento para las EPS que se encuentran sujetas a medidas de cesación provisional de las acciones que ponen en riesgo la vida o la integridad física de los pacientes y el destino de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, definiendo como punto de control adicional el cargue de la postulación de giro directo a la red prestadora y proveedora de servicios y tecnologías en salud del régimen subsidiado a través del aplicativo PISIS del sistema de información SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social. Lo anterior, como un mecanismo adicional de validación de la distribución de recursos a la red, reduciendo el riesgo alteraciones en el giro de los recursos.

De igual forma, se logró tener usuarios de consulta al aplicativo PISIS para la Delegada de Entidades de Aseguramiento en Salud, a partir del cual se realiza un análisis de información previo a la postulación de recursos para las EPS sujetas a medida cautelar de control de recursos del SGSSS que permite advertir inconsistencias en la malla validadora de PISIS, donde algunas EPS reportan información inexacta sobre el detalle de facturación que soporta el giro a la red.

- Elaboración, ajuste e implementación de instrumentos de supervisión, con el fin de fortalecer el seguimiento de las entidades que se encuentran bajo medida.
- Se incrementó el número de seguimientos en campo a las entidades con medida de vigilancia especial e intervención forzosa administrativa para administrar (2 visitas al año por EPS).
- Se aumentaron las mesas técnicas de seguimiento a las EPS bajo medida con las cuales se busca identificar de manera preventiva situaciones particulares frente a la garantía en la prestación de servicios de salud, alertas y situaciones críticas identificadas por los equipos técnicos de seguimiento con el fin de reducir la materialización de riesgos financieros y en la prestación de servicios.
- Se impartieron órdenes a todas las entidades bajo medida a través de las cuales se logró mediante equipos básicos en salud, la implementación de un modelo de salud de corte preventivo, predictivo y resolutivo con enfoque de Atención Primaria en Salud – APS.
- Se avanzó en el proceso de derogatoria de la Resolución 2599 de 2016, con el objetivo de fortalecer el proceso de designación de Interventores, Liquidadores y Contralores, se realizó la publicación del proyecto para comentarios de la ciudadanía, los cuales se

encuentran en revisión y ajustes de documento y última revisión jurídica.

Retos

- Transformar el modelo de seguimiento y control de las entidades bajo medida especial hacia un sistema automatizado, integrado y analítico que permita consolidar la información proveniente de diferentes fuentes, estandarizar los reportes y hacer trazable cada una de las etapas del proceso desde la imposición de la medida hasta su cierre o levantamiento; retomando el proyecto “Metodología de seguimiento a las medidas especiales” con el fin de mejorar la eficiencia, trazabilidad y oportunidad en la gestión de la información.
- Culminar la automatización de los procesos de verificación de las medidas cautelares de control sobre recursos del SGSSS.
- Evolucionar del modelo actual de seguimiento manual y fragmentado a una plataforma integral de analítica y trazable, que unifique los procesos técnicos, jurídicos y financieros de las entidades bajo medida. Para ello, se plantea la implementación de un ecosistema digital de control que consolide la información proveniente de fuentes internas y externas (BDUA, ADRES, RUAF, Min Salud, Instituto nacional de Salud entre otras, permitiendo la

analítica predictiva y alertas tempranas sobre riesgos en la ejecución de las medidas.

- Transformar el sistema de gestión y control de medidas especiales Fénix con el fin de ampliar capacidad de recepción y análisis, de tal forma que permita generar reportes, alertas e informes de las EPS bajo medida.

Actualmente el sistema Fénix es una herramienta que permite recibir la información reportada por las EPS bajo medidas, correspondiente a un grupo de indicadores de los componente administrativo, financiero, técnico - científico y jurídico que son previamente definidos por esta superintendencia, sin embargo posee un límite de capacidad para cargar soportes, hecho que afecta el seguimiento, pues no es posible verificar la información reportada, no genera reporte acumulados de resultados ni comparativos entre las entidades, ni por territorio, y no permite la inclusión de otros indicadores del plan de trabajo de cada EPS.

- Implementar un análisis riguroso de la situación de las EPS de acuerdo con las ordenes de la Corte Constitucional establecidas en la SU – 277 de 2025, para la toma de decisiones frente a las medidas de control adoptadas por la SNS a las EPS.
- Definir de manera conjunta con el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio del Interior la adopción de otras medidas de

control a las EPS indígenas, donde se debe definir si se debe aplicar consulta previa para la imposición de medidas especiales diferentes a la medida de vigilancia especial.

Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades de Aseguramiento en Salud

La Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades de Aseguramiento en Salud realiza el seguimiento al comportamiento de las entidades bajo supervisión en los componentes técnico científico, jurídico y financiero, así como la evaluación de las solicitudes de autorización y modificación presentadas por las entidades de aseguramiento.

El enfoque de supervisión se orienta a la identificación, evaluación y mitigación de los riesgos del SGSSS, con el fin de garantizar el adecuado funcionamiento de las entidades vigiladas.

A continuación, se presentan las acciones adelantadas para la vigencia 2025.

Grupo financiero.

Condiciones Financieras y de Solvencia EPS

El Decreto 2702 de 2014, compilado en el Decreto 780 de 2016, estableció las condiciones financieras y de solvencia que deben cumplir las Entidades

Promotoras de Salud (EPS) para garantizar el apropiado manejo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), velar por la adecuada atención de los afiliados al sistema y respaldar el cubrimiento de las obligaciones con los prestadores de servicios de salud. Con este propósito en dicho decreto se definieron cuatro (4) indicadores de cumplimiento, a saber: i) Capital Mínimo, ii) Patrimonio Adecuado, iii) Reservas Técnicas y, iv) Régimen de Inversión de las Reservas Técnicas.

En tal sentido y en el marco de lo establecido en la Circular Externa 016 de 2016, de noviembre 2024 a diciembre de 2025, la Superintendencia Nacional de Salud, realizó publicación trimestral de los informes de evaluación de cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia de las EPS y en virtud de lo establecido en el Decreto 647 de 2022, la publicación mensual de los resultados de la evaluación del indicador de patrimonio adecuado.

Los informes antes referidos, se encuentra publicados en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud. A continuación, se relacionan

Tabla 68 Publicaciones Informes de Evaluación del Cumplimiento de los indicadores (CM, PA y RI)

Título	Fecha de Publicación
Informe de evaluación de incumplimiento del indicador de patrimonio adecuado - decreto 647 de 2022 y 489 de 2024 - Agosto de 2025.	19/11/2025
Informe de evaluación de incumplimiento del indicador de patrimonio adecuado - decreto 647 de 2022 y 489 de 2024 - Julio de 2025.	19/11/2025

Título	Fecha de Publicación
Informe de evaluación del cumplimiento de los indicadores de capital mínimo, patrimonio adecuado e inversión de las reservas técnicas – Junio de 2025.1	29/09/2025
Informe de evaluación de incumplimiento del indicador de patrimonio adecuado - decreto 647 de 2022 y 489 de 2024 - Mayo de 2025	23/07/2025
Informe de evaluación de incumplimiento del indicador de patrimonio adecuado - decreto 647 de 2022 y 489 de 2024 – Abril de 2025	03/07/2025
Informe de evaluación del cumplimiento de los indicadores de capital mínimo, patrimonio adecuado e inversión de las reservas técnicas – Marzo de 2025.	03/06/2025
Informe de evaluación de incumplimiento del indicador de patrimonio adecuado - decreto 647 de 2022 y 489 de 2024 – Febrero de 2025	02/05/2025
Informe de evaluación de incumplimiento del indicador de patrimonio adecuado - decreto 647 de 2022 y 489 de 2024 – Enero de 2025	26/03/2025
Informe de evaluación de los indicadores de CM, PA y RI - Diciembre_2024	26/03/2025
Informe de evaluación de cumplimiento del indicador de patrimonio adecuado - decreto 647 de 2022 y 489 de 2024 – Noviembre de 2024	24/01/2025
Informe de evaluación de cumplimiento del indicador de patrimonio adecuado - decreto 647 de 2022 y 489 de 2024 – Octubre de 2024.	09/01/2025
Informe de evaluación del cumplimiento de los indicadores de capital mínimo, patrimonio adecuado e inversión de las reservas técnicas – septiembre de 2024	14/11/2024
Informe de evaluación de cumplimiento del indicador de patrimonio adecuado - decreto 647 de 2022 y 489 de 2024 – Agosto de 2024	14/11/2024
Informe de evaluación de cumplimiento del indicador de patrimonio adecuado - decreto 647 de 2022 y 489 de 2024 – Julio de 2024	14/11/2024

Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

En relación con los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia”, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 1848 de 2017, por medio del cual se adiciona la Sección 2 al Capítulo 4 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 y de acuerdo con lo establecido en la Circular Externa 008 de 2018 y sus modificatorios, en cuanto a las condiciones de capacidad financiera para la EPS-I:

1. Patrimonio Mínimo.
2. Margen de Solvencia.
3. Reserva Técnica y registro de obligaciones.
4. Inversión de la Reserva Técnica y de las obligaciones sobre servicios cobrados.

Ahora bien, con base en lo anterior y en cumplimiento de las funciones de inspección y vigilancia, la Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud elaboró los informes de evaluación del cumplimiento de las condiciones de capacidad financiera de las entidades promotoras de salud indígenas – EPS-I, los cuales se pueden consultar en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud.

A continuación, se relacionan los informes publicados de noviembre 2024 a diciembre 2025:

Tabla 69 Publicaciones informes de evaluación de capacidad financiera de las EPS-I

Descripción	Fecha de Publicación
Informe de evaluación del cumplimiento de las condiciones de capacidad financiera de las entidades promotoras de salud indígenas – EPS-I a junio de 2025.	29/09/2025
Informe de evaluación del cumplimiento de las condiciones de capacidad financiera de las entidades promotoras de salud indígenas – EPS-I a marzo de 2025.	03/07/2025
Informe de evaluación de las condiciones de capacidad financiera de las entidades promotoras de salud indígenas – EPSI a diciembre de 2024.	03/06/2025
Informe de evaluación del cumplimiento de las condiciones de capacidad financiera de las entidades promotoras de salud indígenas – EPSI a septiembre de 2024	27/12/2024

Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

Requerimientos de calidad y consistencia de las EPS Y EPSI

En virtud de las funciones de Inspección y Vigilancia, la Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud evalúa la calidad, consistencia y razonabilidad de la información financiera que es reportada por las EPS y EPSI a través del sistema de recepción de información NRVCC y, de igual modo, remite requerimientos de información con destino a los sujetos vigilados cuando se identifican situaciones que son susceptibles de aclaración y/o ajuste por parte de estos.

En este sentido, se precisa que para la vigencia 2025 se han realizado 69 requerimientos de calidad y consistencia que fueron remitidos a las EPS y EPSI, relacionados con el archivo tipo FT001- Catalogo de Información financiera, FT011- Condiciones Financieras, FT004-Cuentas por pagar Acreedores, entre otros.

Traslados por no reporte de archivos tipo

Teniendo en cuenta el incumplimiento en reportes de información ante la Superintendencia Nacional de Salud por parte de NUEVA EPS, se realizó traslado a la Contraloría General de la República mediante radicado No 20243200102470291 con alcance No 20253200102226581, a la Procuraduría General de la Nación mediante radicado 20243200102454881 con alcance No 20253200102446681 y a la Delegada para Investigaciones Administrativas mediante radicado No 20243100200093163 con alcance No 20253100200012653.

Asimismo, y teniendo en cuenta el incumplimiento en el reporte de información por parte de PIJAOS SALUD EPS-I, se realizó traslado a la Contraloría General de la República mediante radicado No 20253100002312171, a la Procuraduría General de la Nación mediante radicado 20253100002312161 y a la Delegada para Investigaciones Administrativas mediante radicado No 20253100000103233.

PQRD financieras

El grupo financiero de la Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades de Aseguramiento en Salud realiza monitoreo continuo a las PQRD interpuestas por los prestadores de servicios y tecnologías en salud, asociaciones o veedurías, para así realizar el seguimiento a la asignación, aplicación y ejecución de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de obtener respuestas que presenten soluciones de fondo a los requerimientos que se efectúen. Para el período de enero a diciembre de 2025 se han gestionado 6984 PQRD como se relaciona a continuación:

Tabla 70 PQRD Grupo IV Financiero Tramitadas de enero a diciembre de 2025

EPS	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
AIC	16	26	24	16	13	30	17	13	14	12	15	6	202
ALIANSA SALUD	3	6	7	7	5	3	7	2	7	3	7	8	65
ANAS WAYUU	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	0	18
ASMET SALUD	26	38	30	23	41	36	49	37	36	18	51	35	420
CAJACOPI	16	39	26	20	16	47	37	34	45	38	51	35	404
CAPITAL SALUD	8	5	15	11	16	11	12	12	14	3	10	16	133
CAPRESOCA	10	12	6	12	8	10	18	8	23	12	13	6	138
COMFACHOCO	1	6	2	1	5	4	4	3	3	5	5	1	40
COMFAORIENTE	2	4	2	3	5	1	4	5	7	3	5	2	43

EPS	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
COMFENALCO VALLE	0	3	1	11	6	3	12	0	9	3	4	6	58
COMPENSAR	8	13	9	10	14	14	15	4	20	10	17	18	152
COOSALUD	52	85	71	62	59	77	82	57	98	72	65	46	826
DUSAKAWI	11	10	8	9	7	4	9	4	12	7	14	3	98
EMSSANAR	26	24	14	9	42	13	40	17	30	22	23	23	283
EPS FAMILIAR COLOMBIA	6	8	6	20	8	7	12	13	7	1	3	4	95
FAMISANAR	23	31	25	31	32	24	52	21	51	19	39	21	369
FERROCARRILES NACIONALES	4	2	3	2	6	0	5	3	7	3	2	2	39
MALLAMAS	7	10	6	6	5	12	22	6	23	4	13	4	118
MUTUAL SER	6	21	19	17	20	17	26	31	26	11	17	23	234
NUEVA EPS	96	111	79	57	192	70	176	140	251	152	201	195	1720
PIJAOS	5	7	9	4	10	8	14	10	16	8	16	13	120
SALUD BOLIVAR	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
SALUD MIA	0	1	3	1	1	3	3	0	2	0	1	0	15
SALUD TOTAL	11	18	4	37	19	22	82	17	47	19	22	7	305
SANITAS	25	41	34	33	47	39	61	19	51	32	51	35	468
SAVIA SALUD	7	12	9	9	32	10	33	16	30	13	18	9	198
SOS	15	17	19	20	24	6	19	10	29	17	20	17	213
SURA	13	14	15	2	26	17	27	16	20	14	22	21	207
Total	400	565	449	436	661	489	840	500	880	502	706	556	6984

Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

Requerimientos cumplimiento giro directo

Con los radicados que a continuación se relacionan, se requirieron a las EAPB para que den cumplimiento al giro directo, así:

Tabla 71 Relación requerimientos giro directo

Número de radicado	Entidad de Aseguramiento en Salud
20253100002089061	ALIANSA SALUD EPS S.A.
20253100002089091	EPS SANITAS S A S
20253100002089111	EPS SURAMERICANA S.A.
20253100002089131	EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.
20253100002089151	NUEVA EPS S.A.
20253100002089171	FUNDACION SALUD MIA EPS
20253100002089191	SALUD TOTAL EPS-S S.A.
20253100002089211	COMFENALCO VALLE EPS
20253100002089231	COOSALUD EPS S.A.
20253100002089251	CAJA COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

Número de radicado	Entidad de Aseguramiento en Salud
20253100002089271	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. SAVIA SALUD EPS
20253100002089291	CAPITAL SALUD EPS DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S.
20253100002089311	CAJACOPI EPS SAS
20253100002089331	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CHOCÓ
20253100002089351	CAPRESOCA E.P.S.
20253100002089371	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO COMFAORIENTE
20253100002089401	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA
20253100002089421	ASMET SALUD EPS S.A.S.
20253100002089441	EMSSANAR S.A.S.
20253100002089451	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EPS - MUTUAL SER EPS
20253100002089471	ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL CESAR Y GUAJIRA DUSAKAWI A.R.S.I.
20253100002089501	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA A.I.C. EPSI
20253100002089521	ANAS WAYUU EPSI
20253100002089531	MALLAMAS EPSI
20253100002089541	PIJAOS SALUD EPSI

Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

Circular conjunta 030 de 2013

Se llevaron a cabo mesas de trabajo con la participación de la Delegatura para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en las cuales se definieron las competencias de cada Delegada en relación con la Circular Conjunta 030 de 2013.

Ante lo expuesto, la Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud, utilizará la herramienta que consolida la matriz de seguimiento de la mencionada Circular, la cual servirá de consulta para las actividades de inspección, vigilancia y control sobre los sujetos vigilados.

Así mismo, la delegada interviene en las mesas de trabajo para la modificación de la Circular 030, lideradas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las demás delegadas de la Superintendencia Nacional de Salud, con el propósito de fortalecer los lineamientos normativos y operativos del sector mediante un trabajo articulado y técnico.

Circular externa No. 2025151000000007-5 del 31 de julio de 2025

La Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud participó activamente en la construcción de la Circular, mediante la cual la Superintendencia Nacional de Salud impartió instrucciones para el proceso de conciliación, depuración y saneamiento de las cuentas por pagar entre las ERP y las EBP, con el fin de fortalecer la transparencia y el equilibrio financiero del sistema de salud.

Mesas flujo de recursos

Durante la vigencia 2025, se llevaron a cabo las siguientes mesas de flujo de recursos:

Tabla 72 Acuerdos de pago mesas de flujo de recursos - Cifras expresadas en millones de pesos-DEAS\$

No	Departamentos	Total acuerdos de pago
1	Chocó	1.896
2	Meta	10.884

No	Departamentos	Total acuerdos de pago
3	Cauca	53.714
4	Caldas, Risaralda y Quindío	4.722
5	Huila	23.480
6	Cesar	8.532
7	Norte de Santander	20.264
8	Bogotá D.C.	134.076
9	Putumayo	12.248
10	Amazonas, Arauca, Vaupés, Vichada, Guainía, Guaviare, Putumayo y Caquetá	7.601
11	Cundinamarca	3.470
Total		280.887

Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

Adicionalmente, la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de las funciones de inspección y vigilancia, del 12 de agosto hasta el 23 de octubre de 2025, llevó a cabo a nivel nacional doce (12) mesas flujo de recursos, con el fin de avanzar en los procesos de conciliación, depuración, saneamiento y pago de cartera entre las partes.

Estas mesas se adelantaron en las 8 regionales, nivel central Bogotá (2), Córdoba y Santander, con el siguiente resultado:

Tabla 73 Resumen acuerdos de pago con acompañamiento de la Procuraduría - Cifras expresadas en millones de pesos-DEAS

Zona	Departamentos	Total acuerdos de pago	Participación por Zona	Radicado de traslado a la Procuraduría General de la Nación
Córdoba	Córdoba	18.727	5%	20253100202261481
Santander	Santander	27.750	7%	20253100202265611
Dirección Regional Nororiental	Boyacá, Norte de Santander	44.759	12%	20253100202037301
Dirección Regional Occidental	Cauca, Nariño, Valle del Cauca	50.715	13%	20253100402089681
Dirección Regional Chocó	Chocó	3.783	1%	20253100202123181

Zona	Departamentos	Total acuerdos de pago	Participación por Zona	Radicado de traslado a la Procuraduría General de la Nación
Dirección Regional Norte	Atlántico, Bolívar, Córdoba, Sucre	14.688	4%	20253100202261501
Dirección Regional Caribe	Cesar, La Guajira, Magdalena	11.400	3%	20253100202204591
Dirección Regional Andina	Antioquia, Caldas, Quindío y Risaralda	43.259	11%	20253100202241141
Dirección IV	Subredes Bogotá D.C.	47.068	12%	20253100202214661
Dirección Regional Orinoquía	Arauca, Casanare, Guainía, Guaviare, Meta, Vichada, Vaupés	50.363	13%	20253100002211451
Dirección Regional Sur	Caquetá, Huila, Putumayo, Tolima	35.316	9%	20253100202266561
Nivel Central	Amazonas, Bogotá D.C., Cundinamarca, San Andrés	36.022	9%	20253100202267351
Total		383.851	100%	

Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

El total de los acuerdos de pago corresponde a \$661.266 millones. Ahora bien, respecto al seguimiento de los compromisos suscritos en las mesas de flujo de recursos, se realizará a través de las direcciones regionales con acompañamiento de la DIV – EAS.

Otros requerimientos frente al pago por parte de las EPS

En adición a lo anterior, se informa que desde el Grupo Jurídico de la Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades de Aseguramiento en Salud, se remitió un comunicado general para todas las EPS, relacionado con el flujo de recursos y dentro del que se reiteraron las funciones de inspección, vigilancia y control sobre los distintos actores del sistema, con el propósito de proteger el derecho fundamental a la salud y velar por la adecuada gestión y destinación de los recursos públicos, incluyendo pronunciamiento frente al pago de cartera de vigencias anteriores con la UPC:

“Al respecto, esta Superintendencia se pronunció mediante radicación No. 20241600102436691 de 31 de octubre de 2024, indicando que no existe una norma presupuestal que prohíba el uso de la UPC para el pago de deudas, así:

“(…) Se podría concluir entonces que la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se concibe como una especie de prima de seguro cuyo propósito es asumir la gestión del riesgo en salud de cada afiliado durante el año. Aunque no existe una norma presupuestal que prohíba el uso de la UPC para el pago de deudas, su adecuada administración por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes contributivo y subsidiado debe centrarse en la correcta gestión de los recursos parafiscales de la salud. Esto incluye la creación de reservas para obligaciones pendientes, con el fin de garantizar que las deudas

contraídas puedan ser pagadas oportunamente. No obstante, en la práctica, el incumplimiento de estas obligaciones ha llevado a la acumulación de deudas con los prestadores de servicios de salud, deudas que, según la normativa vigente, deben ser cubiertas por las EPS. (...)” (subrayado fuera del texto).”

Dentro del precitado comunicado, se solicitó información relacionada con las obligaciones pendientes de gestión por parte de las EPS, información que se tomó como insumo para el desarrollo de las mesas de flujo de recursos. A continuación, se relacionan los radicados relacionados con esta gestión:

Tabla 74 Radicados – Oficio flujo de recursos-DEAS

Registro	Radicado	Nombre
1	20253000001723451	ALIANSA SALUD EPS S.A
2	20253000001723471	ANAS WAYUU EPSI
3	20253000001723491	ASOCIACIÓN INDIGENA DEL CAUCA A.I.C. EPSI
4	20253000001723511	CAPITAL SALUD EPS
5	20253000001723531	COMFACHOCO EPS
6	20253000001723551	COMFAORIENTE EPS
7	20253000001723571	COMFENALCO VALLE EPS
8	20253000001723591	COMPENSAR EPS
9	20253000001723611	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA
10	20253000001723631	EPS SURAMERICANA S.A.
11	20253000001723641	FUNDACION SALUD MIA EPS
12	20253000001723651	MALLAMAS EPSI
13	20253000001723661	MUTUAL SER EPS
14	20253000001723671	PIJAOS SALUD EPSI
15	20253000001723681	SALUD BOLIVAR EPS
16	20253000001723691	SALUD TOTAL EPS

Registro	Radicado	Nombre
17	20253000001723701	ASMET SALUD EPS
18	20253000001723711	CAJACOPI EPS
19	20253000001723721	CAPRESOCA EPS
20	20253000001723731	COOSALUD EPS
21	20253000001723741	DUSAKAWI EPSI
22	20253000001723751	EMMSANAR EPS
23	20253000001723761	NUEVA EPS S.A.
24	20253000001723771	S.O.S EPS
25	20253000001723781	SANITAS EPS
26	20253000001723791	SAVIA SALUD EPS

Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

• Auditorías

La Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades de Aseguramiento en Salud en cumplimiento de las funciones que le otorga el Decreto 1080 de 2021, mediante priorización de entidades vigiladas realizó entre el 01 de enero al 31 de diciembre del 2025 treinta y nueve (39) auditorías con un enfoque integral y específico que comprenden los ámbitos jurídico, financiero, técnico científico, actuarial y sistemas de información.

Logrando así una evaluación, monitoreo y seguimiento frente a la garantía en la prestación de los servicios de salud, el cumplimiento a las normas del Sistema de Seguridad Social en Salud y el goce efectivo del derecho a la salud de la población afiliada.

A continuación, se relacionan las auditorías realizadas entre el 01 de enero al 31 de diciembre del 2025:

Tabla 75 Auditorías periodo enero a diciembre de 2025

No	Fecha	NIT	Nombre Del Vigilado	Nº Acto Administrativo	Departamento	Ciudad / Municipio
1	Enero	901.543.211-6	Entidad Promotora De Salud Cajacopi	202530000000013-7	Atlántico	Barranquilla
2	Enero	901.543.211-6	Entidad Promotora De Salud Cajacopi.	202531000000012-7	Meta	Villavicencio
3	Enero	901.543.211-6	Entidad Promotora De Salud Cajacopi	202531000000011-7	Boyacá	Tunja
4	Febrero	806008394-7	Asociación Mutual Ser Empresa Solidaria De Salud EPS	2025310040000285-7	Bolivar	Cartagena
5	Marzo	860.525.148-5	Fondo Nacional De Prestaciones Sociales Del Magisterio – FOMAG	2025310040000356-7	Bogotá D.C	Bogotá D.C
6	Marzo	800.130.907-4	Salud Total EPS.	2025310060000437-7	Boyacá	Tunja
7	Abril	860.525.148-5	Fiduciaria La Previsora S.A. - Fiduprevisora S.A., Como Vocera Del Fondo Patrimonio Autónomo Fondo De Atención En Salud PPL	2025310040000517-7	Cundinamarca	Bogotá D.C
8	Abril	890.500.675-6	Caja De Compensación Familiar Del Oriente Colombiano "Comfaorient"	2025310040000553-7	Norte De Santander	Cucuta
9	Abril	837000084	Mallas EPSI	2025310000000552-7	Vaupés	Mitú
10	Abril	800.106.339-1	Colmédica Medicina Prepagada S. A.	2025310010000621-7	Cundinamarca	Bogotá D.C.
11	Abril	900156264-2	Nueva EPS	2025310000000551-7	Vaupés	Mitú
12	Abril	811007601-0	Empresa De Medicina Integral Emi S.A.S. - Servicio De Ambulancia Prepagada - Grupo Emi S.A.S.	2025310010000499-7	Antioquía	Medellín
13	Mayo	900604350-0	Alianza Medellín Antioquía EPS – Savia Salud EPS	2025310020000672-7	Antioquia	Medellin
14	Mayo	900156264-2	Nueva EPS	2025310000000655-7	Guainía	Inírida
15	Mayo	860078828	Compañía De Medicina Prepagada Colsanitas S.A	2025310040000687-7	Bogotá D.C	Bogotá D.C
16	Mayo	802.016.407-3	Regional De Aseguramiento En Salud No. 8 Policía Nacional	2025310010000688-7	Atlántico	Soledad
17	Junio	899999068-1	Ecopetrol	20253100400007607	Bogotá	Bogotá
18	Junio	830003564-7	Famisanar S.A.S - EPS	2025320030000755-7	Cundinamarca	Bogotá
19	Junio	800251440-6	Sanitas EPS	2025310000000754-7	Archipiélago De San Andrés Providencia Y Santa Catalina	Archipiélago De San Andrés Providencia Y Santa Catalina
20	Junio	900156264-2	Nueva EPS	2025310000000753-7	Archipiélago De San	Archipiélago De San

No	Fecha	NIT	Nombre Del Vigilado	Nº Acto Administrativo	Departamento	Ciudad / Municipio
					Andrés Providencia Y Santa Catalina	Andrés Providencia Y Santa Catalina
21	Junio	800130907 - 4	Salud Total EPS	2025300000000788-7	Bogotá D.C.	Bogotá D.C.
22	Junio	800012036-6	Unidad De Salud De La Universidad Del Atlántico	2025310020000817-7	Atlántico	Barranquilla
23	Julio	809008362-2	Pijaos Salud EPSI	2025310040001006-7	Tolima	Ibagué
24	Julio	800088702	EPS Suramericana	2025310060000905-7	Antioquia	Medellín
25	Agosto	891.600.091-8	La Caja De Compensación Familiar De Chocó-Comfachoco	2025300000001087-7	Choco	Quibdó
26	Agosto	800112806 - 2	Fondo De Pasivo Social De Ferrocarriles Nacionales De Colombia	2025310010001192-7	Bogotá D.C.	Bogotá D.C.
27	Agosto	900.914.254-1	Fundación Salud Mía EPS	2025310040001162-7	Santander	Bucaramanga
28	Septiembre	837000084-5	EPSI Mallamas	2025310000001296-7	Nariño	Ipiates
29	Septiembre	830.039.670-5	Dirección General De Sanidad Militar	2025310060001382-7	Bogotá D.C.	Bogotá D.C.
30	Septiembre	891.856.000	Caja De Previsión Social Del Casanare - Capresoca EPS	2025310000001342-7	Casanare	Yopal
31	Octubre	900935126-7	Asmet Salud EPS	2025310040001526-7	Cauca	Popayán
32	Octubre	830.041.314-4	Dirección De Sanidad De La Policía Nacional	2025310060001437-7	Bogotá D.C.	Bogotá D.C.
33	Octubre	800118954 - 1	Fondo De Seguridad Social En Salud De La Universidad De Nariño	2025310020001445-7	Nariño	Pasto
34	Octubre	901543761-5	EPS Familiar De Colombia	2025310040001569-7	Atlántico	Barranquilla
35	Noviembre	805.001.157-2	EPS Servicio Occidental De Salud SOS	2025310040001727-7	Valle Del Cauca	Cali
36	Noviembre	900226715-3	Coosalud EPS	2025310060001787-7	Bolívar	Cartagena
37	Noviembre	900178724-3	Medplus Medicina Prepagada	2025310060001791-7	Bogotá D.C.	Bogotá D.C.
38	Diciembre	830039670-5	Dirección De Sanidad Fuerzas Militares Regional 2	2025310040001863-7	Santander	Bucaramanga
39	Diciembre	900156264-2	Nueva Empresa Promotora De Salud S.A. - En Intervención Bajo La Medida De Toma De Posesión	2025310040001852-7	Valle Del Cauca	Cali

Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

Asimismo, los resultados de las auditorías fueron remitidos a la Delegada de Investigaciones Administrativas y se requirió a las entidades elaborar planes de mejoramiento para corregir las irregularidades identificadas. Estas acciones están siendo evaluadas por los equipos auditores, quienes

definirán su aprobación o la necesidad de realizar ajustes por parte de las entidades.

En la siguiente tabla se pueden observar las entidades que a la fecha han sido trasladadas a la Delegada de Investigaciones Administrativas del periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2025, derivado de las acciones de Inspección y Vigilancia adelantadas por la Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades de Aseguramiento en Salud

Tabla 76 traslados dirección de investigaciones administrativas – Traslados a Investigaciones Administrativas

No	Nombre del Vigilado	Número de radicado traslado a la DIA
1	Entidad Promotora De Salud Cajacopi EPS	20253100400055763
2	Entidad Promotora De Salud Cajacopi EPS	20253100600039863
3	Colmédica Medicina Prepagada	20253100100103463
4	Nueva EPS	20253100400109373
5	Empresa De Medicina Integral Emi S.A.S.	20253100100077023
6	Regional De Aseguramiento En Salud No. 8 Policia Nacional	20253100100085023
7	La Caja De Compensación Familiar De Chocó - Comfachoco	20253100200121673
8	Asmet Salud EPS	20253100100057213

Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

Así mismo, en cumplimiento de las acciones de Inspección y Vigilancia asignadas a esta dirección, durante la vigencia 2025 se realizó evaluación y cierre del 100% de los planes de mejoramiento derivados de las auditorías realizadas a las EPS para verificación de los criterios y estándares de habilitación y permanencia establecidos en la Resolución

497 de 2021; a continuación, el resultado a la ejecución de los planes de mejoramiento por EPS:

Tabla 77 Avance Planes de Mejoramiento – Resolución 497 de 2021-DEAS

EPS	RESULTADO (% DE CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS Y ESTÁNDARES)	PLAN DE MEJORAMIENTO APROBADO SI/NO	RADICADO DE TRASLADO A LA DIA EN CASO DE NO APROBACIÓN DEL PM	% DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES 1ER SEGUIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES 2DO SEGUIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES 3ER SEGUIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES CIERRE PM
ASMET SALUD	21 %	SI	N/A	4%	8%	8%	26%
EMSSANAR	46%	SI	N/A	32%	32%	48%	64%
CAJACOPI	37%	SI	N/A	38%	62%	81%	86%
COMFAORIENTE	38%	SI	N/A	19%	41%	67%	83%
CAPITAL SALUD	46%	SI	N/A	15%	30%	45%	90%
SOS	31%	SI	N/A	11%	50%	74%	91%
CAPRESOC A EPS	7.5%	NO	20233100400056943	N/A	N/A	N/A	N/A
COMFACHOCO	23%	SI	N/A	0%	3%	11%	22%
MUTUAL SER	83%	SI	N/A	45%	64%	71%	100%
COMFENALCO VALLE	39%	SI	NA	62%	66%	69%	96%
NUEVA EPS	38%	SI	N/A	0%	0%	15%	19%
SANITAS EPS	58%	SI	N/A	0%	3%	3%	89%
SURA	78%	SI	N/A	24%	38%	89%	100%
SALUDMIA EPS	36%	SI	N/A	N/A	N/A	N/A	96%
SAVIA SALUD	60%	NO	20253100400034263	N/A	N/A	N/A	N/A
FAMILIAR DE COLOMBIA	38%	SI	N/A	35%	47%	65%	Cierre programado para el 27 al 31/10/2025
FAMISANAR	50%	SI	N/A	19%	31%	47%	92%
ALIANSA LUD	94%	SI	N/A	10%	10%	94%	94%
COMPENSAR	71%	SI	N/A	35%	44%	53%	96%
COOSALUD	35%	SI		2%	6%	34%	42%

EPS	RESULTADO (% DE CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS Y ESTANDARES)	PLAN DE MEJORAMIENTO APROBADO SI/NO	RADICADO DE TRASLADO A LA DIA EN CASO DE NO APROBACIÓN DEL PM	% DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES 1ER SEGUIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES 2DO SEGUIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES 3ER SEGUIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES CIERRE PM
SALUD TOTAL	53%	SI	N/A	16%	18%	18%	
FERROCARILES	7%	NO	20253100401603001 del 16/07/2025	N/A	N/A	N/A	N/A
EPM	25%	NO	20243100302746363 del 10/12/2024	N/A	N/A	N/A	N/A

Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

• Mesas técnicas y de acompañamiento

La Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades de Aseguramiento en Salud en el marco de las funciones de vigilancia, y en relación con la estrategia del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual está orientada a abordar las problemáticas de salud con un enfoque territorial ha desarrollado y acompañado diversas mesas de intervención en diferentes regiones del país las cuales se relacionan a continuación:

Tabla 78 Mesas técnicas de IV-DEAS

No.	Tipo de mesa	Sujeto vigilado	Fecha de la mesa	Departamento
1	Mesa Técnica de Inspección y Vigilancia Eje Cafetero	Vigilados que hacen presencia en el territorio: Dirección de Sanidad Policía Nacional, EPS régimen contributivo, subsidiado, EPSI y FOMAG	Febrero	Risaralda
2	Garantía de la prestación de los servicios de salud PPL	Vigilados que hacen presencia en el territorio: Dirección de Sanidad Policía Nacional, EPS régimen contributivo y subsidiado y FOMAG	Marzo	Bogotá

No.	Tipo de mesa	Sujeto vigilado	Fecha de la mesa	Departamento
3	Garantía de la prestación de los servicios de salud	Aseguradoras Planes Voluntarios de Salud	Abril	Bogotá
4	Mesas Inter delegadas Gestores Farmacéuticos Dirección Regional Andina	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y los Gestores farmacéuticos de las 9 regionales de la Superintendencia Nacional de Salud (Andina, Caribe, Chocó, Nororiental, Norte, Occidental, Orinoquía y Sur.	Mayo	Antioquia Caldas Quindío Risaralda
5	Situación Caja de Previsión Social de la Universidad de Cartagena	Red de controladores	Junio	Bolívar
6	Mesas Inter delegadas Gestores Farmacéuticos Dirección Regional Caribe	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y los Gestores farmacéuticos de las 9 regionales de la Superintendencia Nacional de Salud (Andina, Caribe, Chocó, Nororiental, Norte, Occidental, Orinoquía y Sur.	Junio	Cesar La Guajira Magdalena
7	Mesas Inter delegadas Gestores Farmacéuticos Dirección Regional Chocó	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y los Gestores farmacéuticos de las 9 regionales de la Superintendencia Nacional de Salud (Andina, Caribe, Chocó, Nororiental, Norte, Occidental, Orinoquía y Sur.	Junio	Chocó
8	Mesas Inter delegadas Gestores Farmacéuticos Dirección Regional Nororiental	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y los Gestores farmacéuticos de las 9 regionales de la Superintendencia Nacional de Salud (Andina, Caribe, Chocó, Nororiental, Norte, Occidental, Orinoquía y Sur.	Julio	Boyacá Norte de Santander Santander
9	Mesas Inter delegadas Gestores Farmacéuticos Dirección Regional Norte	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y los Gestores farmacéuticos de las 9 regionales de la Superintendencia Nacional de Salud (Andina, Caribe, Chocó, Nororiental, Norte, Occidental, Orinoquía y Sur.	Julio	Atlántico Bolívar Córdoba Sucre
10	Siniestros VIALES aseguradoras SOAT	Aseguradoras SOAT	Agosto	Bogotá
11	Mesas Inter delegadas Gestores Farmacéuticos Dirección Regional Occidental	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y los Gestores farmacéuticos de las 9 regionales de la Superintendencia Nacional de Salud (Andina, Caribe, Chocó, Nororiental, Norte, Occidental, Orinoquía y Sur.	Agosto	Cauca Nariño Valle del Cauca

No.	Tipo de mesa	Sujeto vigilado	Fecha de la mesa	Departamento
12	Mesas Inter delegadas Gestores Farmacéuticos Dirección Regional Orinoquía	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y los Gestores farmacéuticos de las 9 regionales de la Superintendencia Nacional de Salud (Andina, Caribe, Chocó, Nororiental, Norte, Occidental, Orinoquía y Sur.	Agosto	Arauca Casanare Guainía Guaviare Meta Vichada Vaupés
13	Mesas Inter delegadas Gestores Farmacéuticos Dirección Regional Sur	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y los Gestores farmacéuticos de las 9 regionales de la Superintendencia Nacional de Salud (Andina, Caribe, Chocó, Nororiental, Norte, Occidental, Orinoquía y Sur.	Agosto	Caquetá Huila Putumayo Tolima
14	Seguimiento ordenes Resolución 2023310000003893-6 de 10 - 06 - 2023	EPS Familiar de Colombia Nueva EPS Sanitas EPS Salud Total Cajacopi EPS Anas Wayuu EPSI	Septiembre	La Guajira
15	Mesas RIAS Dirección Regional Nororiental	Comfaoriental EPS Nueva EPS Sanitas EPS Coosalud EPS Famisanar EPS Fundación Salud Mia	Octubre	Boyacá Norte de Santander Santander
16	Mesas RIAS Dirección Regional Occidental	Asmet Salud EPS Sura EPS Emssanar EPS Nueva EPS Sanitas EPS AIC EPSI Mallamas EPSI SOS EPS	Octubre	Cauca Nariño Valle del Cauca
17	Mesas RIAS Dirección Regional Chocó	Nueva EPS Sanitas EPS Comfachoco EPS	Octubre	Chocó
18	Mesas RIAS Dirección Regional Norte	Coosalud EPS Nueva EPS Salud Total EPS Mutual Ser EPS	Octubre	Atlántico Bolívar Córdoba Sucre
19	Mesas RIAS Dirección Regional Caribe	Coosalud EPS Nueva EPS Salud Total EPS Mutual Ser EPS Cajacopi EPS Anas Wayuu EPSI	Octubre	Cesar La Guajira Magdalena

No.	Tipo de mesa	Sujeto vigilado	Fecha de la mesa	Departamento
20	Mesas RIAS Dirección Regional Andina	Coosalud EPS Sura EPS Nueva EPS Salud Total EPS Savia Salud EPS Asmet Salud EPS	Noviembre	Antioquia Caldas Quindío Risaralda
21	Mesas RIAS Dirección Regional Orinoquía	Coosalud EPS Nueva EPS Salud Total EPS Sanitas EPS Cajacopi EPS Capital Salud EPS Capresoca EPS Mallamas EPSI	Noviembre	Arauca Casanare Guainía Guaviare Meta Vichada Vaupés
22	Mesas RIAS Dirección Regional Sur	Nueva EPS Salud Total EPS Sanitas EPS Asmet Salud EPS Mallamas EPSI Emssanar EPS	Noviembre	Caquetá Huila Putumayo Tolima
23	Mesas RIAS Nivel Central	Compensar EPS Famisanar EPS Nueva EPS Salud Total EPS Sanitas EPS Mallamas EPSI	Noviembre	Amazonas Bogotá Cundinamarca San Andrés, Providencia y Santa Catalina

Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

La Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades de Aseguramiento, logró fortalecer las acciones de seguimiento, auditorías, mesas, entre otros frente a los vigilados de esta Dirección.

Por lo anterior para la vigencia 2026, se ha priorizado el seguimiento preventivo y diferenciado a las Entidades de Aseguramiento en Salud, enfocado en la Supervisión Basada en Riesgos, articulando la territorialización del aseguramiento con herramientas estandarizadas de supervisión y fortaleciendo el talento humano del grupo interno de trabajo con actualización permanente del mismo. Asimismo, la actualización de

procesos, con el fin de identificar con oportunidad: riesgos, reducir la reincidencia de incumplimientos, garantizando así una vigilancia más efectiva y oportuna.

Para el ejercicio de la mesa de inspección y vigilancia, se requirió la presencia de los referentes operativos de calidad, RIAS, prestación de servicios, contratación, tutelas, seguimiento a la red de prestadores y flujo de recursos, así como personal directivo relacionado con las áreas antes mencionadas que cuenten con poder de decisión.

Desde el componente jurídico, se evidenció una alta recurrencia de PQR y acciones de tutela: por formación deficiente en ruta de eutanasia, inoportunidad en la entrega de medicamentos, asignación de citas y de autorización de servicios; inoportunidad en el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas.

Además, se identificó por parte de las EAS convocadas que, la red de prestación de servicios de mediana y alta complejidad para referencia y contrarreferencia era insuficiente. Los acuerdos de voluntades se encontraban en etapa de negociación o sin legalizar.

- **Decreto 719 de 2024**

La Superintendencia Nacional de Salud, en uso de las facultades conferidas por los numerales 5, 7 y 10 del artículo 4 del Decreto 1080 de 2021, emitió cuatro resoluciones mediante las cuales AIC EPSI y

Compensar EPS fueron objeto de revocatoria parcial de la autorización de funcionamiento, mientras que Coosalud EPS y Salud Bolívar EPS solicitaron y obtuvieron el retiro voluntario; en consecuencia, el Ministerio de Salud y Protección Social siguiendo el procedimiento establecido en el artículo 3 del Decreto 719 de 2024, que modificó el artículo 2.1.11.3 del Decreto 780 de 2016, asignó la población que se encontraba asegurada en la EPS objeto de medida a EPS receptoras.

Por lo tanto, y en cumplimiento al numeral 1 del artículo 7 del Decreto 719 de 2024, desde la Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades de Aseguramiento en Salud, se planearon, coordinaron y ejecutaron mesas de contratación en cada uno de los departamentos afectados por las medidas citadas, estableciendo un cronograma específico por territorio, que permitió convocar a las EPS receptoras con mayor volumen de población asignada, junto con la Red Pública correspondiente y los prestadores privados priorizados, según la complejidad de los servicios habilitados, las cuales fueron desarrolladas entre el 29 de abril de 2025 al 19 de junio de 2025, y en las que tuvieron participación los componente técnico científico y jurídico de la dirección, con acompañamiento de las Direcciones Regionales y las entidades territoriales.

Para adelantar la mesa, en primer lugar, se realizó el seguimiento de la organización y legalización de la red de prestación de servicios de salud y, segundo, se establecían los compromisos frente a la legalización de los acuerdos de voluntades.

Tabla 79 Detalle mesas de contratación Decreto 719 de 2024-DEAS

Departamento	EPS	No. Afiliados
Boyacá	COOSALUD EPS	25.447
29 y 30 de abril de 2025	NUEVA EPS	8.428
	SALUD TOTAL EPS	25.800
Meta	COOSALUD EPS	5710
05 y 06 de mayo de 2025	SALUD TOTAL EPS	11580
Norte de Santander	COOSALUD EPS	43.311
07 y 08 de mayo de 2025	NUEVA EPS	3.505
	SALUD TOTAL EPS	2.091
	COMFAORIENTE	14.996
Putumayo	NUEVA EPS	2.217
08 y 09 de mayo de 2025	EMSSANAR S	21.444
	MALLAMAS EPSI	22.159
	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	5.540
Valle del Cauca	COOSALUD EPS	17.183
12 y 13 de mayo de 2025	NUEVA EPS	6.442
	SALUD TOTAL EPS	9.023
	EMSSANAR S	8.234
Cauca	COOSALUD EPS	2.731
12 y 13 de mayo de 2025	NUEVA EPS	66
	SALUD TOTAL EPS	11
	EMSSANAR S	55
Huila	COOSALUD EPS	1.178
13 y 14 de mayo de 2025	NUEVA EPS	51.247
	SALUD TOTAL EPS	1.314
	MALLAMAS EPSI	594
	ASMET SALUD	1.665
	SANITAS EPS	193
Tolima	NUEVA EPS	348
13 y 14 de mayo de 2025	SALUD TOTAL EPS	786
Antioquia	COOSALUD EPS	26.118
15 y 16 de mayo de 2025	NUEVA EPS	264
	SALUD TOTAL EPS	3.260
	SAVIA SALUD EPS	5.350
Caldas	NUEVA EPS	3.921
15 y 16 de mayo de 2025	SALUD TOTAL EPS	318
Risaralda	COOSALUD EPS	2.751
15 y 16 de mayo de 2025	NUEVA EPS	7
	SALUD TOTAL EPS	1.304
La Guajira	NUEVA EPS	4.186

Departamento	EPS	No. Afiliados
19 y 20 de mayo de 2025	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	9.967
	COMFAORIENTE	-
	ANAS WAYUU EPSI	10.050
Bolívar	COOSALUD EPS	2.184
22 y 23 de mayo de 2025	SALUD TOTAL EPS	610
	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	369
Atlántico	COOSALUD EPS	680
22 y 23 de mayo de 2025	SALUD TOTAL EPS	1641
	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	73
Bogotá	COOSALUD EPS	465
19 de junio de 2025	NUEVA EPS	106
	SALUD TOTAL EPS	3.161
Cundinamarca	COOSALUD EPS	74
19 de junio de 2025	NUEVA EPS	16
	SALUD TOTAL EPS	367

Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

En el marco de las mesas de contratación relacionadas, se evidenció de manera general que, las EPS receptoras no tienen el 100% de la red contratada y dentro de las situaciones que afectan la organización y legalización de la red, se encuentran:

- Demoras en proceso de negociación de tarifas, actualización de la UPC y nuevos servicios.
- Falta de caracterización de la población afiliada.
- Ajuste de notas técnicas.
- Mesa de liquidación y de celebración de nuevo contrato concurrente.
- Falta de actualización de la ficha técnica proceso de autogestión y autorizaciones de servicios.
- En otros casos, la cartera pendiente impide que los prestadores formalicen los acuerdos de voluntad.

- Revisión de la capacidad instalada del prestador de servicios por arte de la secretaria de salud
- Por mora en los pagos, IPS no tienen interés de celebrar ningún acuerdo de voluntad.
- Rotación de personal impide la continuidad de los procesos administrativos.
- Fallas en los canales de atención al usuario y entre prestadores y la EPS.
- Pendiente análisis de distribución poblacional.
- Revisión de códigos CUPS trazadores.

Asimismo, se advirtió la necesidad de que las EPS receptoras en su territorio, dispongan de operadores farmacéuticos que garanticen la dispensación total y oportuna de medicamentos a su población afiliada.

Adicionalmente, aquellas EPS que tuvieron una baja asignación de usuarios en algunos territorios, en aplicación al principio de planeación y economía en la función administrativa, no fueron citadas a dichas mesas; sin embargo, se les requirió para que informaran la Red de prestación de servicios legalizada por la EPS mediante la cual se garantizaría la prestación de los servicios de salud a la población asignada, conforme a la estructura definida en la matriz adjunta denominada: "Red_Asegurador EPS_Receptora".

Acción Integral en Territorio

Finalmente, desde la Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades de Aseguramiento, se apoyó el desarrollo de las Acciones Integrales en el territorio liderado por el Superintendente Delgado para Entidades Territoriales con la participación de representantes de la Secretaría de Salud Departamental de Cundinamarca, Entidades Territoriales Municipales, EPS y ESEs.

Para el efecto, se desarrollaron las siguientes:

Tabla 79 Detalle mesas en Territorio-DEAS

Lugar y fecha	Objeto
Pacho 25, 26 y 27 de agosto del 2025	Fortalecer las competencias de los vigilados, verificar el cumplimiento de las responsabilidades y suscribir plan de acción que dé solución a las problemáticas identificadas en la Provincia de Rionegro - Cundinamarca (Pacho, El Peñón, La Palma, Paima, San Cayetano, Topaipí, Villagómez y Yacopí) y contribuir con la garantía del derecho a la salud de la población del territorio."
Girardot 6, 7 y 8 de octubre de 2025	Fortalecer las competencias de las entidades vigiladas, verificar el cumplimiento de sus responsabilidades y suscribir un plan de acción para solucionar las problemáticas identificadas en la Provincia de Alto Magdalena (Girardot, Agua de Dios, Guataquí, Jerusalén, Nariño, Nilo, Ricaurte y Tocaima).

Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

Medidas Cautelares Impuestas

Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio

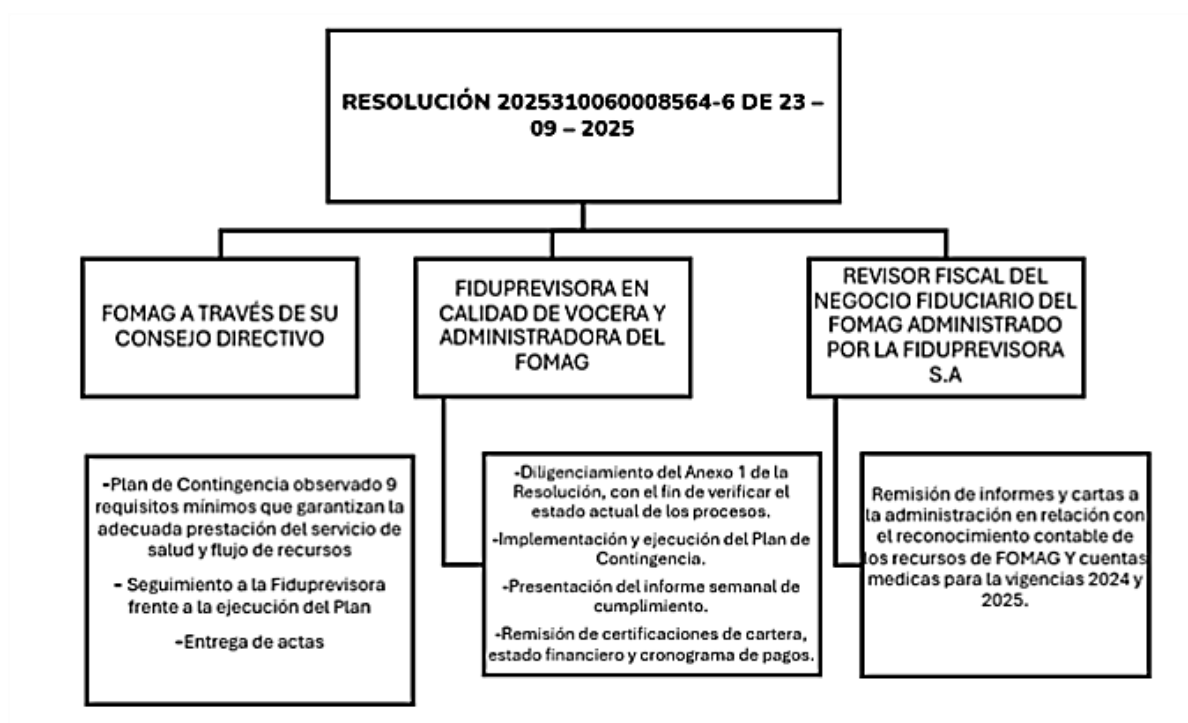
Con fundamento en la Resolución 2021160000015409-6 del 8 de noviembre de 2021 y en el artículo 125 de la Ley 1438 de 2011, la Superintendencia Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud ordenó la medida cautelar de cesación provisional de todas las acciones que ponen en riesgo la vida e integridad física de los afiliados al FOMAG, así como la adecuada administración e inversión de los recursos destinados a la prestación de los servicios de salud. Si bien el citado artículo limita la procedencia de la medida a los usuarios y recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tras un análisis constitucional y legal se determinó procedente inaplicar el segmento normativo “el Sistema General de Seguridad Social en Salud”, mediante la excepción de inconstitucionalidad, con fundamento en el artículo 4 de la Constitución Política, los artículos 2 y 6 de la Ley 1751 de 2015 y la jurisprudencia de la Corte Constitucional.

En consecuencia, y ante el reiterado incumplimiento frente a la implementación del modelo de atención en salud del magisterio y bajo el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control, y en defensa de los derechos y recursos destinados a la prestación de los servicios de salud de los afiliados al FOMAG, se expidió la Resolución No. 2025310060008564-6 del 23 de septiembre de 2025, mediante la cual se impartieron órdenes al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio – FOMAG, a través de la FIDUPREVISORA S.A. y del Consejo Directivo del Fondo, para implementar acciones efectivas, verificables,

medibles y de cumplimiento inmediato que garanticen la adecuada prestación del servicio de salud conforme a su modelo de atención.

En tal sentido, la Resolución No. 2025310060008564-6 del 23 de septiembre de 2025 emitió las siguientes órdenes a los actores involucrados en la garantía de la prestación del servicio de salud:

Ilustración 6 Ordenes emitidas garantía prestación del servicio de salud Resolución No. 2025310060008564-6-DEAS



Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

- **Acciones de inspección y vigilancia en el marco de la resolución 2025310060008564-6 de 23 – 09 – 2025:**

En cumplimiento a las competencias establecidas en el numeral 121.1 del artículo 121 de la Ley 1438 de 2011, y en concordancia con lo previsto en el párrafo 1 del artículo 3 del Decreto 1080 de 2021 y de conformidad con los numerales 1, 4 y 12 del artículo 22 del Decreto 1080 de 2021, así como en el artículo 5 de la Resolución 2025310060008564-6 de 23 – 09 – 2025, la Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades en Aseguramiento de Salud viene desarrollando las siguientes acciones:

Seguimiento especial, presencial y permanente, con el propósito de verificar en tiempo real el cumplimiento de la medida y órdenes

Con el propósito de verificar en tiempo real el cumplimiento de la medida y de las órdenes impartidas, se dispuso en las instalaciones del FOMAG y de la FIDUPREVISORA un equipo de profesionales especializados de los componentes jurídico, técnico-científico, financiero y de sistemas, encargado de supervisar y constatar el cumplimiento de las disposiciones establecidas.

Mesas de Trabajo con funcionarios de FOMAG/Fiduprevisora

El equipo designado para el seguimiento permanente al FOMAG y Fiduprevisora como vocera y administradora de los recursos del FOMAG, llevó a cabo mesas de trabajo en los diferentes componentes técnico científico, financiero y jurídico, en el marco de las órdenes de la

Resolución, en donde se identificaron las primeras alertas, a partir de la información suministrada. Así mismo, se solicitó el acompañamiento de la Superintendencia Financiera, para que en el marco de sus funciones realizará las acciones de inspección y vigilancia correspondientes a la fiduciaria.

Identificación de alertas

Producto del seguimiento permanente que ha incluido la realización de mesas y revisión de documentación en los diferentes componentes se han logrado evidenciar las siguientes alertas:

Jurídicas

- Contrato de fiducia mercantil sin modificación (Se mide cumplimiento de obligaciones con modelo de salud anterior).
- Falta de legalización de la contratación - No tiene red de prestadores.
- Contratos de vigencias anteriores sin liquidar.

Técnico científicas

- No soporta el cumplimiento de las acciones previstas para la conformación y coordinación con la Red de Prestadores.
- Incumplimiento en la entrega o completitud de la información, lo cual dificulta realizar el seguimiento a la garantía en la prestación de servicios.

Financieras

- Información entregada a la Superintendencia incompleta o imprecisa de la cartera
- Incumplimiento de los términos del proceso de auditoría de cuentas (Excede términos).
- Se realizó traslado de recursos del Fondo de Pensiones a la fuente del sector salud.

Administrativas

- Dificultades en la comunicación con el Consejo Directivo del Fondo.
- Presunto desconocimiento de los miembros del Consejo Directivo del FOMAG frente a sus funciones
- Falta de articulación al interior de la fiduciaria
- Falta de socialización de procesos y procedimientos a las regionales

Gestión y coordinación interinstitucional para que se acompañe el cumplimiento de la medida cautelar. - red de controladores y superintendencia financiera.

Se ha coordinado y gestionado un acompañamiento interinstitucional mediante la realización de diversas mesas de trabajo, que han permitido articular acciones de inspección, vigilancia y control por parte de distintos organismos, en el marco de sus competencias, para el seguimiento conjunto de la medida. En este espacio, de la red de controladores han participado: el Ministerio de Trabajo, Ministerio de Hacienda, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, Defensoría

del Pueblo, Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República, Invima, FECODE, Instituto Nacional de Salud, Superintendencia Financiera de Colombia y las Delegadas de Aseguramiento y Entidades Territoriales de la Superintendencia Nacional de Salud.

Así mismo, se han realizado mesas técnicas de trabajo con la Superintendencia Financiera, en el marco de lo establecido en la Ley 1966 de 2019, que establece que "(...) La Superintendencia Financiera podrá servir de asesor técnico, brindar capacitación, emitir conceptos, transferencia de conocimiento, y mejores prácticas para el fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud" y como ente de inspección, vigilancia y control de la fiduciaria.

Se precisa que la Resolución 2025310060008564-6 del 23 de septiembre de 2025 finalizó el 23 de diciembre de 2025, con evidencia de incumplimiento de las órdenes generadas; en este sentido mediante Resolución 2025310060012285-6 de 23 de diciembre de 2025 se prorroga el seguimiento de la medida hasta el 23 de diciembre de 2026 ó hasta que se superen las causas que originaron la medida.

- **Reporte de embargos**

La DEAS coadyuvó la construcción de la Circular No. 032 de 2025, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se reiteró el principio de inembargabilidad de los recursos del SGSSS, dada su

naturaleza pública y parafiscal, su destinación específica y su protección constitucional y se indicó que cualquier desviación de estos recursos comprometería el derecho fundamental a la salud y pondría en riesgo la vida de los ciudadanos.

Dicha circular previene a todos los actores del sistema sobre la necesidad de abstenerse de aplicar medidas cautelares que afecten la circulación de estos recursos, salvo en las excepciones expresamente reconocidas por la Corte Constitucional, como lo son las obligaciones laborales judicialmente reconocidas. Asimismo, se exhorta al uso de mecanismos de conciliación y coordinación para prevenir conflictos y garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud.

Adicionalmente, señaló que, aunque se reconocen excepciones limitadas, estas deben aplicarse bajo condiciones estrictas y no pueden interpretarse de manera extensiva, y que los jueces, autoridades administrativas y demás actores del sistema tienen la responsabilidad de priorizar mecanismos que aseguren la sostenibilidad del sistema.

En ese sentido y el marco de las competencias que le han sido asignadas a la Superintendencia Nacional de Salud, en el Decreto 1080 de 2021 y demás normas concordantes, y conforme con las múltiples comunicaciones enviadas desde diferentes entidades de aseguramiento en salud a la Superintendencia Nacional de Salud, desde este ente de control se realizaron múltiples requerimientos a las EPS con el objetivo de que remitieran un informe detallado sobre los embargos que a la fecha

pesan sobre las cuentas de la entidad, relacionadas con prestación de servicios de salud así:

Tabla 80 Requerimientos a las EPS

NOMBRE DEL DESTINATARIO	N° RADICADO 1er MASIVO	N° RADICADO 2do MASIVO
Aliansalud Eps SA	20253000002252931	
Entidad Promotora de Salud Sanitas SAS	20253000002252941	
EPS Suramericana SA	20253000002252951	
Entidad Promotora de Salud Servicio Occidental de Salud S.A. S.O.S	20253000002252961	
Nueva EPS S.A.	20253000002252971	20253000002278041
Fundación Salud Mia EPS	20253000002252981	20253000002278051
Salud Total EPS-S S.A.	20253000002252991	
Salud Bolivar EPS	20253000002253001	
Comfenalco Valle	20253000002253011	
Coosalud S.A	20253000002253021	
Asociación Mutua Ser Empresa Solidaria de Salud Entidad Promotora de Salud - Mutua Ser EPS	20253000002253031	20253000002278071
Caja Compensación Familiar - COMPENSAR	20253000002253041	
Alianza Medellín Antioquia Eps S.A.S. Savia Salud EPS	20253000002253051	20253000002278081
Capital Salud Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado S.A.S	20253000002253061	20253000002278091
Cajacopi EPS S.A.S	20253000002253071	
Caja de Compensación Familiar del Choco	20253000002253081	
Capresoca EPS	20253000002253091	
Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano - Comfaoriente	20253000002253101	
Asmet Salud EPS S.A.S	20253000002253111	20253000002278121
Emmsanar S.A.S	20253000002253121	
Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar Y Guajira DUSAKAWI EPSI	20253000002253131	20253000002278141
Asociación Indígena Del Cauca A.I.C. EPSI	20253000002253141	

NOMBRE DEL DESTINATARIO	Nº RADICADO 1er MASIVO	Nº RADICADO 2do MASIVO
Empresa Promotora de Salud Indígena Anas Wayuu EPSI	20253000002253151	20253000002278161
Empresa Promotora De Salud Indígena Mallamas EPSI	20253000002253161	
Pijaos Salud EPSI	20253000002253171	
Eps Familiar de Colombia	20253000002253181	20253000002278171
EPS Famisanar SAS	20253000002252131	20253000002278211

Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

De la información reportada, se evidenció que las EPS con mayor cantidad de recursos embargados son EMSSANAR EPS SAS, ASOCIACIÓN INDIGENA DEL CAUCA, EPS SOS, ASMET SALUD EPS y NUEVA EPS, conforme se detalla a continuación:

Tabla 81 Valor afectado por medida cautelar vs EPS

ENTIDAD	VALOR AFECTADO CON LA MEDIDA CAUTELAR
FAMILIAR DE COLOMBIA EPS	
FUNDACION SALUD MIA EPS	
EPS COMFENALCO VALLE	9.289.227
CAPRESOCA EPS	22.604.767
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	69.018.702
ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.S. - SAVIA SALUD EPS	475.000.000
SALUDTOTAL EPS-S S.A	540.589.490
EPS FAMISANAR	3.195.130.875
MALLAMAS EPS I	3.472.880.317
EPS SURA	4.417.250.926
DUSAKAWI EPSI	6.056.728.120
(EN BLANCO)	6.476.037.601
PIJAOS SALUD EPS-I	7.758.117.316
CAPITAL SALUD EPS-S SAS	8.750.000.000
MUTUALSER EPS	8.846.193.027

ENTIDAD	VALOR AFECTADO CON LA MEDIDA CAUTELAR
EPS SANITAS	14.122.355.045
CAJACOPI EPS S.A.S.	17.194.861.673
COOSALUD EPS	31.235.867.376
EMSSANAR EPS SAS	36.324.586.267
ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC-EPSI	69.611.440.076
EPS SOS S.A.	140.984.046.113
ASMET SALUD EPS SAS	218.636.377.520
NUEVA EPS S.A	1.446.688.656.255
(EN BLANCO)	2.024.887.030.694
TOTAL	4.049.774.061.387

Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

Grupo de autorizaciones y modificaciones

El grupo interno de trabajo de autorizaciones y modificaciones de la Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades de Aseguramiento en Salud tiene como principal función, resolver las solicitudes presentadas por las Entidades de Aseguramiento en Salud de acuerdo con las competencias establecidas en el Decreto 1080 de 2021 y la Resolución 2022910010000903-6 de 2022, como se muestra en la siguiente gráfica:



En cumplimiento de estas funciones a continuación se detallan las acciones adelantadas durante el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2025:

- **Gestión de trámites**

Estado de los trámites recibidos: Al inicio de la vigencia de 2025 se encontraban 34 solicitudes en proceso de gestión, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 82 Trámites recibidos (Corte 31/12/2024)-DEAS

Tipo de Solicitud	Vigencia 2023	Vigencia 2024	Total
Ampliación de Cobertura - SAP (AC-SAP)	1		1
Aprobación Compromiso Destinación Utilidades (ACDU)		1	1
Autorización de Funcionamiento - EMP (AF-EMP)	1		1
Autorización de Funcionamiento EPS - Nuevo Régimen (AF-EPS-NR)	1	3	4
Capitalización y/o Cambio de Composición Accionaria (CCCA)		4	4
Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen Previo (MCA-EPS-RP)		1	1
Plan Voluntario de Salud - Modificación Minuta (PVS-MM)		2	2
Plan Voluntario de Salud - Modificación Plan (PVS-MP)		1	1
Plan Voluntario de Salud - Nuevo Plan (PVS-NP)	2	10	12
Reforma Estatutaria (RE)		2	2
Retiro Voluntario - Parcial (RVP)	1	2	3
Retiro Voluntario - Total (RVT)	1	1	2
Total	7	27	34

Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

Como se observa, de los 34 trámites, siete (7) fueron radicadas en la vigencia 2023 y veintisiete (27) ingresaron en el año 2024. Gracias al trabajo coordinado del grupo y articulado con la Dirección, se logró avanzar en la gestión correspondiente de análisis y evaluación, resolviendo durante la vigencia 2025 el total de estas solicitudes.

Trámites gestionados: Durante el año 2025 se finalizaron en total 54 solicitudes de trámites presentadas por las Entidades de Aseguramiento en Salud, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 83 Solicitudes de Trámites Finalizados -DEAS

Tipo de Solicitud	Primer Trimestre	Segundo Trimestre	Tercer Trimestre	Cuarto Trimestre
Ampliación de Cobertura - SAP (AC-SAP)		1	1	
Aprobación Compromiso Destinación Utilidades (ACDU)	1		1	
Autorización de Funcionamiento - EMP (AF-EMP)	1			
Autorización de Funcionamiento EPS - Nuevo Régimen (AF-EPS-NR)	3	1		
Capitalización y/o Cambio de Composición Accionaria (CCCA)	1	1	3	
Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)		3		
Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)		1		
Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)		1		
Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen Previo (MCA-EPS-RP)		1		
Plan Reorganización Institucional				1
Plan Voluntario de Salud - Modificación Minuta (PVS-MM)	1		1	2
Plan Voluntario de Salud - Modificación Minuta (PVS-MM)			1	
Plan Voluntario de Salud - Modificación Plan (PVS-MP)			1	
Plan Voluntario de Salud - Nuevo Plan (PVS-NP)	5	2	7	1
Plan Voluntario de Salud - Nuevo Plan (PVS-NP) Depósitos			1	
Reforma Estatutaria (RE)	1	1	1	1
Reforma Estatutaria (RE)			1	
Modificación artículo 51 de los estatutos				
Reforma Estatutaria (RE)			1	
Modificación artículo 6, 7, 74 de los estatutos				
Retiro Voluntario - Parcial (RVP)	1	1	1	
Retiro Voluntario - Total (RVT)		1	1	
Total	14	14	21	5

Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

Trámites que terminaron en desistimiento o no procedieron:

Durante la vigencia se presentaron quince (15) solicitudes de trámites que culminaron en desistimiento, ya sea tácito o expreso, o que no procedieron, debido a que no cumplían con los requisitos o aspectos mínimos exigidos para ser considerados como trámites, asó:

Tabla 84 Trámites que terminaron en desistimientos -DEAS

Tipo de solicitud	Estado Actual del Trámite	Cantidad
Autorización de Funcionamiento - SAP (AF-SAP)	Desistimiento tácito	1
Retiro Voluntario - Parcial (RVP)	Desistimiento tácito	1
Plan Voluntario de Salud - Nuevo Plan (PVS-NP)	Desistimiento expreso	2
Retiro Voluntario - Parcial (RVP)	No cumple requisitos	5
Capitalización y/o Cambio de Composición Accionaria (CCCA)	No cumplió requisitos	2
Plan Voluntario de Salud - Nuevo Plan (PVS-NP)	No cumplió requisitos	4
Total		15

Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

Trámites en Gestión: Al 31 de diciembre de 2025 se encontraban en gestión y evaluación 17 solicitudes radicadas por los vigilados, precisando que todos se encuentran dentro de los tiempos previstos en el proceso de gestión de trámites:

Tabla 85 Trámites en gestión (Corte 31/12/2025)-DEAS

Entidad	Tipo de solicitud	Descripción	Fecha solicitud	Estado
COMPENSAR	Retiro Voluntario - Parcial (RVP)	Retiro especial Régimen Subsidiado	26/06/2025	En elaboración de la recomendación

Entidad	Tipo de solicitud	Descripción	Fecha solicitud	Estado
				dirigida al Superintendente
ALIANSA SALUD EPS	Retiro Voluntario - Parcial (RVP)	Retiro especial Régimen Subsidiado	27/06/2025	En elaboración de la recomendación dirigida al Superintendente
EPS S.O.S.	Capitalización y/o Cambio de Composición Accionaria (CCCA)	Capitalización COMFANDI \$2,330,033,600	19/07/2025	Proyecto de resolución en revisión por parte de la DJ
AMI SAP	Ampliación de Cobertura - SAP (AC-SAP)	Ampliación cobertura en Pereira	29/07/2025	Elaboración estudio de viabilidad
COLMEDICA	Plan Voluntario de Salud - Nuevo Plan (PVS-NP)	Deposito plan básico	29/10/2025	En espera de respuesta de la entidad solicitante en relación con el componente actuarial.
SALUD TOTAL	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Modificación a la capacidad de afiliación en 358 municipios	12/11/2025	En espera de respuesta de la entidad solicitante
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA SAS	Capitalización y/o Cambio de Composición Accionaria (CCCA)	Cambio de composición accionaria por la salida del socio COMFASUCRE y en ingreso de nuevo socios.	1/12/2025	En espera de respuesta de la entidad solicitante a LCH
SALUD TOTAL	Retiro Voluntario - Parcial (RVP)	Solicitud de retiro voluntario parcial de Salud Total y reporte de modificación de la capacidad de afiliación	4/12/2025	En espera de respuesta de la entidad solicitante a LCH

Entidad	Tipo de solicitud	Descripción	Fecha solicitud	Estado
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA SAS	Retiro Voluntario - Parcial (RVP)	Solicitud de retiro Voluntario parcial de los departamentos de Cundinamarca, Caquetá, Cauca, Nariño, Putumayo, Valle del Cauca	4/12/2025	En espera de respuesta de la entidad solicitante a LCH
REAL SALUD EPS-I	Habilitación EPS-I (H-EPSI)	Solicitud de habilitación como EPS Indígena	25/11/2025	En proceso de elaboración de lista de chequeo
NUEVA EPS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Modificación de la capacidad autorizada para 296 municipios régimen subsidiado y 305 régimen contributivo	12/12/2025	En espera de respuesta de la entidad solicitante a LCH
COMPENSAR	Plan Voluntario de Salud - Modificación Plan (PVS-MP)	Solicitud modificación Plan Ideal	15/12/2025	En espera de respuesta de la entidad solicitante a LCH
COMPENSAR	Plan Voluntario de Salud - Modificación Plan (PVS-MP)	Solicitud modificación Plan Vital	19/12/2025	En proceso de elaboración de lista de chequeo
EPS SURA	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Solicitud de modificación de la capacidad autorizada para 10 municipio	23/12/2025	En espera de respuesta de la entidad solicitante a LCH
ALIANSA SALUD EPS	Capitalización y/o Cambio de Composición Accionaria (CCCA)	solicitud de autorización de adquisición indirecta de participación Aliansalud 75,25%	30/12/2025	En proceso de elaboración de lista de chequeo
MEDPLUS	Ampliación de Cobertura - EMP (AC-EMP)	Solicitud Ampliación Geográfica del Plan Azul Plus	22/12/2025	En proceso de elaboración de lista de chequeo

Entidad	Tipo de solicitud	Descripción	Fecha solicitud	Estado
		para operar en la ciudad de Villavicencio		
EMERMEDICA	Ampliación de Cobertura - SAP (AC-SAP)	Solicitud Ampliación de cobertura Cundinamarca	18/12/2025	En proceso de elaboración de lista de chequeo

Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud – Base Gestión de Trámites

Durante el año 2025, el indicador de gestión de trámites se cumplió satisfactoriamente en todos los periodos, con excepción del segundo trimestre. Al respecto, es importante destacar que, como parte de las acciones de mejora implementadas, se establecieron metas para la gestión de trámites vencidos que, por diversas razones, no habían sido gestionados oportunamente. Gracias a esta estrategia, se logró gestionar exitosamente todos los trámites vencidos, lo cual representa un avance significativo en la eficiencia administrativa y el compromiso con la mejora continua de los procesos.

- **Apoyos técnicos recursos de reposición**

Apoyos técnicos solicitados por la Dirección Jurídica para responder los recursos interpuestos por los vigilados frente a los actos administrativos que resuelven las solicitudes de las EAS:

Tabla 86 Apoyo técnico recursos de reposición DEAS

Memorando	Fecha	Asunto
'202531001000158 33	18/02/20 25	Respuesta Solicitud Apoyo técnico Recurso de reposición en contra de la Resolución 2024310000015683-6 del 9 de diciembre de 2024 "Por la cual se resuelve una solicitud de medida preventiva de toma de posesión denominada "Programa de desmonte progresivo" presentada por la Entidad Promotora de Salud Suramericana S.A. identificada con NIT 800.088.702-2".
2025310010002624 3	13/03/20 25	Respuesta Solicitud Apoyo técnico Recurso de reposición en contra de la Resolución 2025310010000017-6 del 6 de enero de 2025 "Por la cual se resuelve una solicitud de autorización de funcionamiento del programa de medicina prepagada a la Caja de Compensación Familiar Compensar, identificada con NIT 860.066.942-7"
2025310010003499 3	4/04/202 5	Respuesta solicitud apoyo técnico recurso de reposición en contra de la Resolución 2025300000001332-6 del 6 de marzo de 2025 "Por la cual se resuelve una solicitud de autorización de funcionamiento de nuevo régimen presentada por COMFENALCO Valle Entidad Promotora de Salud de la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca identificada con el NIT. 890.303.093-5"
2025310010003494 3	4/04/202 5	Respuesta Solicitud Apoyo técnico Recurso de reposición en contra de la Resolución 2025310010001333-6 del 6 de marzo de 2025, presentado por SALUD TOTAL EPS-S S.A. "Por la cual se resuelve la solicitud de autorización previa para operar un nuevo régimen presentado por SALUD TOTAL EPS-S S.A, identificada con NIT 800.130.907-4"
2025310010006885 3	13/07/20 25	Respuesta a solicitud Apoyo técnico Recurso de reposición en contra de la Resolución 2025310010004115-6 del 30 de mayo de 2025 por la cual se niega solicitud de funcionamiento para operar el régimen contributivo presentado por la entidad EPS FAMILIAR DE COLOMBIA S.A.S, NIT 901543761-5 Referenciado: 20251500000066283
2025310010009170 3	18/09/20 25	Respuesta a solicitud Apoyo técnico para resolver recurso de reposición interpuesto contra la Resolución No. 20255500020234212, "Por la cual se resuelve la solicitud de autorización previa del cambio de composición de la propiedad presentada

Memorando	Fecha	Asunto
		por EMSSANAR EPS S.A.S., identificada con NIT 901021565-8"

Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

- **Autorización especial régimen subsidiado**

Con ocasión de la expedición del Decreto 527 de 2025 por medio del cual se modifica el artículo 2.5.2.3.1.3, se adiciona el artículo 2.5.2.3.5.6 y se derogan los artículos 2.1.7.20, 2.1.7.21 y 2.1.11.4 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones de autorización especial para las EPS del régimen contributivo con afiliados en el régimen subsidiado, se expidieron los siguientes actos administrativos:

Tabla 87 Actos Administrativos autorización especial régimen subsidiado-DEAS

Entidad	Número de Resolución
ALIANSAUD	2025310010004104-6 del 29/05/2025
SALUD TOTAL	2025310010004116-6 del 30/05/2025
EPS SOS	2025310010004140-6 del 30/05/2025
COMPESAR	2025310010004142-6 del 30/05/2025
SANITAS	2025310010004143-6 del 30/05/2025
COMFENALCO VALLE	2025310010004144-6 del 30/05/2025
SURA	2025310060004141-6 del 30/05/2025
FAMISANAR	2025310060004145-6 del 30/05/2025

Fuente: Elaboración propia Delegatura Entidades Aseguramiento en Salud

Dichos actos administrativos se emitieron bajo los siguientes parámetros:

- La autorización especial del régimen subsidiado inició para todas las ocho (8) EPS el 1 de junio de 2025.
- El ámbito territorial se definió conforme a la operación del régimen contributivo exceptuando portabilidad.
- Se limitó la capacidad para realizar nuevas afiliaciones, aceptar y recibir afiliados del régimen subsidiado a las 8 EPS.

De otra parte, mediante la Resolución 2025310010001334-6 del 6 de marzo de 2025, la SNS autorizó a la Fundación Salud Mía EPS, para operar en el régimen subsidiado, en el marco del artículo 2.5.2.3.2.8. del Decreto 780 de 2016.

Al cierre de la vigencia 2025, se encuentran en evaluación dos solicitudes de retiro especial del régimen subsidiado, correspondientes a **COMPENSAR EPS y ALIANSALUD EPS.**

- **Actualización del certificado de autorización de funcionamiento**

Teniendo en cuenta que el parágrafo del artículo 2.5.2.3.2.7 del Decreto 780 de 2016, específica que aquellas entidades que se encuentren con alguna medida administrativa especial impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud, se les actualizará el acto administrativo de autorización de su funcionamiento en las condiciones y plazos que establezca esta entidad, se expedieron los siguientes actos administrativos, en donde entre otros aspectos, se precisó que la vigencia de la actualización de la

autorización de funcionamiento, estará sujeta al término de la vigencia de la medida de intervención forzosa administrativa para administrar de la que es objeto la entidad o el de las que se ordenen en ejercicio de las competencias del eje de acciones y medidas especiales de esta Superintendencia.

Tabla 88 Actos Administrativos actualización autorización de funcionamiento EPS intervenidas DEAS

Entidad	Número de Resolución
EMSSANAR	2025310010012356-6 del 26/12/2025
CAPRESOCA	2025310010012355-6 del 26/12/2025
ASMET SALUD	2025310010012358-6 del 26/12/2025
SAVIA SALUD	2025310010012358-6 del 26/12/2025
EPS SOS	2025310010012357-6 del 26/12/2025

Fuente: Superargo

- **Base de Capacidad Autorizada de las EPS**

La Base de Datos de Capacidad Autorizada RC y RS contiene el registro de la capacidad de afiliación de una Entidad Promotora de Salud por cada régimen de afiliación y territorio. Esta base refleja la capacidad definida mediante acto administrativo, las modificaciones notificadas por las EPS bajo el régimen de autorización general, o las modificaciones autorizadas por la Superintendencia bajo el régimen de autorización previo, según corresponda a cada EPS. Así mismo, refleja las revocatorias, liquidaciones ordenadas o retiros autorizados por esta Superintendencia.

En cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 17 de la Resolución 768 de 2018, la Superintendencia Nacional de Salud reporta la información de

la cobertura de habilitación de las EPS actualizada en el Sistema de Afiliación Transaccional – SAT, dispuesto por el Ministerio de Salud y protección Social, realizando el cargue de las Bases de Capacidad Autorizada Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado.

En el año 2055, se efectuó el cargue de las Bases de Capacidad Autorizada Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado con corte al mes de, enero, marzo, mayo, junio y agosto de 2025, teniendo en cuenta las diferentes modificaciones efectuadas en el aseguramiento.

- **Participación en proceso de asignación de afiliados**

En el año 2025 se efectuaron 6 procesos de asignación de afiliados, en el marco del Decreto 719 de 2024. La Superintendencia Nacional de Salud remitió relación de posibles receptoras al Ministerio de Salud y Protección Social y asistió a las reuniones de asignación de afiliados. A continuación, se listan los procesos de asignación de afiliados efectuados en ese periodo:

- Revocatoria parcial Asociación indígena del cauca AIC –EPSI
- Retiro voluntario parcial Entidad promotora de salud Coosalud EPS S.A
- Revocatoria Parcial Caja de Compensación Familiar - Compensar EPS
- Operación SISPI Asociación indígena del cauca AIC –EPSI
- Retiro voluntario Total Salud Bolívar EPS

- Retiro voluntario Parcial Cajacopi EPS SAS

- **Nuevo Belén de Bajirá**

Mediante el Decreto 0284 del 26 de diciembre de 2023, y de la Ordenanza 180 del 27 de junio de 2023 de la Asamblea Departamental del Chocó, se creó el municipio de Nuevo Belén de Bajirá, estableciéndolo como el municipio número treinta y uno (31) del territorio chocoano.

Teniendo en cuenta el inicio de operación de un municipio nuevo en el territorio colombiano, para la garantía del aseguramiento en salud de la población del municipio Nuevo Belén de Bajirá, la Superintendencia Nacional de Salud adelantó diferentes acciones:

- 1 La Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades de Aseguramiento en Salud de esta Superintendencia, remitió invitaciones a la Caja de Compensación Familiar del Chocó – Comfachocó EPS y Nueva EPS, con el fin de que manifestaran su voluntad para operar el aseguramiento en salud en este municipio. En respuesta a las invitaciones, Comfachocó EPS manifestó su voluntad y remitiendo los soportes para modificación de la capacidad de afiliación en el nuevo municipio.
- 2 Validados los requisitos, se efectuó modificación de la capacidad de afiliación en el municipio para Comfachocó EPS en el régimen subsidiado. Así mismo, se efectuó respectivo cargue de la Base de

Capacidad Autorizada en la plataforma del Sistema de Afiliación Transaccional SAT del Ministerio de Salud y Protección Social el día 12 de junio de 2025.

- 3 La Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud exhortó a la Alcaldía de Nuevo Belén de Bajirá – Coordinación de Salud, para que en el marco de sus funciones y competencias adelante las gestiones correspondientes para ampliar la oferta de Entidades de Aseguramiento en Salud en el régimen contributivo.

En ese orden, el municipio Nuevo Belén de Bajirá fue incluido en el Sistema de Afiliación Transaccional, identificado con el código Dane 27493, con la capacidad de afiliación de la Caja de Compensación Familiar del Chocó – Comfachocó EPS en el régimen subsidiado y actualmente se encuentra operando el aseguramiento en el nuevo municipio.

- **Actualización base única de planes voluntarios de salud – BUPVS**

Conforme lo contemplan los artículos 2.1.1.2.1.3 y 2.1.2.1.1.5 de la Circular Externa 2022151000000051-52 del 3 de agosto de 2022, la Dirección de IV para EAS registra los nuevos Planes Voluntarios de Salud o la modificación de los existentes, en la Base Única de Planes Voluntarios de Salud – BUPVS, cada vez que se da una de estas situaciones y realiza

su publicación en el micrositio de Datos Abiertos en la página web de la SNS.

Al cierre de diciembre de 2025, se encuentran activos 158 planes voluntarios autorizados y comercializados por las Entidades de Medicina Prepagada, Servicios de Ambulancia Prepagada y las EPS que manejan Planes de Atención Complementaria (PAC). Asimismo, durante esta vigencia fueron aprobadas y registradas en la BUVPS las siguientes solicitudes:

- Modificaciones de planes voluntarios de salud: **22**
- Depósito de nuevos planes: **8**
- Ampliación cobertura geográfica de SAP: **1**
- Autorización de funcionamiento de EMP: **1**
- **Participación en mesas de trabajo para actualización normativa externas e internas**

Decreto 527 de 2025 autorización especial régimen subsidiado: Se realizó acompañamiento técnico al Ministerio de Salud y Protección Social en la construcción del proyecto de decreto que modifica el Decreto 780 de 2016, el cual regula la habilitación especial en el régimen subsidiado para las EPS que actualmente se encuentran habilitadas en el régimen contributivo.

Actualización de criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las EPS Resolución 2161 de 2025:

Participación en mesas técnicas con el Ministerio de Salud y Protección Social para construcción y ajuste del proyecto de resolución para la actualización de criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las EPS en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo Decreto 858

de 2025: Participación en mesas técnicas con el Ministerio de Salud y Protección Social para construcción y ajuste de los proyectos relacionados con el Decreto 858 de 2025 en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo

Modificación Circular Externa 005 de 2017 – Planes de Reorganización Institucional:

Con el propósito de incorporar las disposiciones establecidas en el Decreto 1600 de 2022, se han realizado diversas mesas de trabajo con la Dirección de Innovación y Desarrollo para revisión de comentarios y observaciones sobre el proyecto de Circular propuesto desde la Dirección de IV para EAS.

Mesas de Trabajo – Marco Integral de Supervisión: participación en reuniones agendadas por la Dirección de Innovación y Desarrollo para la construcción del Modelo Específico de Supervisión de DEAS.

Desarrollo de la estrategia de racionalización de trámites propuesta por la Oficina Asesora de Planeación: Con el propósito de implementar acciones de mejora para fortalecer la racionalización de los tramites en la SNS, se adelantó una revisión de los requisitos definidos en las Listas de Chequeo para cada uno de los trámites reglamentados en las normas vigentes, asimismo, se está participando en diferentes mesas de trabajo con la Oficina de Planeación para la automatización del trámite de reforma estatutaria como prueba piloto en el portal de trámites – AuraPortal.

Apoyo RILCO- Registro Especial de Interventores, Liquidadores y Controladores: Durante el periodo reportado, se avanzó significativamente en la actualización normativa relacionada con los agentes interventores, liquidadores y contralores de entidades sujetas a medidas especiales de toma de posesión e intervención forzosa administrativa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Esta actualización responde a la necesidad de adecuar los procedimientos y perfiles de estos agentes a la realidad del sector salud, garantizando una gestión más eficiente y alineada con el derecho fundamental a la salud. En este contexto, se revisaron y consolidaron las modificaciones realizadas a la Resolución 2599 de 2016 mediante 12 actos administrativos expedidos entre 2017 y 2025. Además, se tuvo en cuenta el impacto del Decreto 1080 de 2021, que modificó la estructura de la Superintendencia y evidenció la necesidad de ajustar los parámetros definidos por el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y el Decreto 2555 de 2010.

Para ello, se conformó un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de las Delegadas para Prestadores de Servicios de Salud y Entidades de Aseguramiento en Salud, la Oficina de Liquidaciones, la Dirección de Innovación y Desarrollo, y la Dirección Jurídica. Este grupo elaboró el proyecto de acto administrativo que reforma y mejora los procedimientos de inscripción, designación, posesión, seguimiento y demás aspectos relacionados con los agentes mencionados. Es de la Dirección de Inspección y Vigilancia para EAS se participó directamente en dichas actividades.

El proyecto fue sometido a consulta ciudadana, cuyas observaciones fueron estudiadas y parcialmente acogidas. Adicionalmente, se participó el proyecto del Manual de Ética para agentes interventores, liquidadores y contralores.

Logros

- Se expide la Circular Interna 2025500000000007-4 DE 2025 mediante la cual se imparten instrucciones para mejorar la capacidad resolutive de las direcciones regionales de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Se intensificó el seguimiento al flujo de recursos, a través de mesas en territorio para la depuración y pago de cartera entre EPS (EAS) y la red prestadora (pública y privada).

- Se expide la Circular Externa 0019 de 2025 conjunta con el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la cual se advirtió sobre la prohibición de intermediación del usuario en el trámite administrativo de autorización para el acceso a los servicios de salud y tecnologías en salud.
- Se realizó seguimiento y cierre de los planes de mejoramiento derivados de las condiciones de habilitación y permanencia de las EPS (Contributivo, subsidiadas y adaptadas).
- Se realizó acompañamiento mediante mesas de contratación en cada uno de los territorios a las EPS receptoras de los usuarios que fueron objeto de la revocatoria de AIC, Compensar y Coosalud. Así mismo, frente al retiro voluntario total de Salud Bolívar EPS.
- Durante este periodo se resolvieron 54 solicitudes de trámites radicados por las EAPB, de las cuales 7 correspondían a la vigencia 2023 y 27 fueron radicadas en el 2024. Asimismo, se gestionaron 15 solicitudes que culminaron en desistimiento, ya sea tácito o expreso, o que no procedieron, debido a que no cumplieron con los requisitos mínimos para considerarse y gestionarse como un trámite. Al cierre de la vigencia 2025, se cuenta con 17 trámites en gestión.
- En el marco de las acciones de Inspección y Vigilancia se identificaron alertas frente a la falta de garantía en la prestación de

servicios de salud a los afiliados del FOMAG, por lo que se impuso Medida Cautelar mediante Resolución 2025310060008564-6 de 23 - 09 - 2025, la cual fue prorrogada mediante Resolución 2025310060012285-6 de 23 de diciembre de 2025 con el fin de efectuar el seguimiento de la medida hasta el 23 de diciembre de 2026 ó hasta que se superen las causas que la originaron.

- En el marco de las acciones de inspección y vigilancia in situ con la verificación de base de pendientes de entrega de medicamentos se establecen compromisos de entrega INMEDIATA a tres (3) días. Así mismo, se focaliza el seguimiento a la entrega de medicamentos en Cohortes de riesgo.
 - Se participó activamente en el seguimiento a los vigilados para el cumplimiento de los lineamientos emitidos por el MSPS, como situación de la crisis en la región del Catatumbo y fiebre amarilla.
 - Se realizó autorización especial para ocho (8) EPS del régimen contributivo para la operación del régimen subsidiado en el marco del Decreto 527 de 2025.
 - Se intensificó la presencia en territorio efectuando acciones como auditorías, mesas de trabajo (flujo de recursos, contratación y RIAS) y seguimiento a las EAPB fortaleciendo la atención en salud en el territorio nacional con énfasis especial en zonas vulnerables.
- Con respecto a las entidades de aseguramiento en salud

pertenecientes a los regímenes de excepción, especial, planes voluntarios de salud, Fondo Nacional de Salud para la PPL.

Retos

- Generar acciones de IV para evaluar el cumplimiento por parte de las EPS del incremento de la UPC en la contratación establecido en la normatividad emitida por el MSPS anualmente.
- En articulación con la Dirección de Innovación y Desarrollo consolidar instrumentos y metodologías que permitan realizar el seguimiento a procesos financieros, técnicos científicos y jurídicos, como por ejemplo análisis de red, integración vertical, procesos jurídicos, conciliación, depuración y pagos.
- Implementar mecanismos para la verificación y cumplimiento de lo previsto en el artículo 15 de la Ley 1122/2007 en virtud de que las EPS no podrán contratar más del 30% con su propia red o con participación directa o indirecta

3.3. Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud

La Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud de la Superintendencia Nacional de Salud tiene como propósito dirigir, evaluar y controlar las actividades de inspección, vigilancia y control sobre los prestadores de servicios de salud, en relación con la gestión de los riesgos inherentes al sistema y el cumplimiento de la normativa que regula el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En cumplimiento de esta misión, la Delegatura realiza seguimiento permanente al comportamiento de los prestadores, con el fin de identificar, prevenir y corregir posibles incumplimientos, así como de fortalecer los procesos institucionales que contribuyen a garantizar el derecho fundamental a la salud de la población.

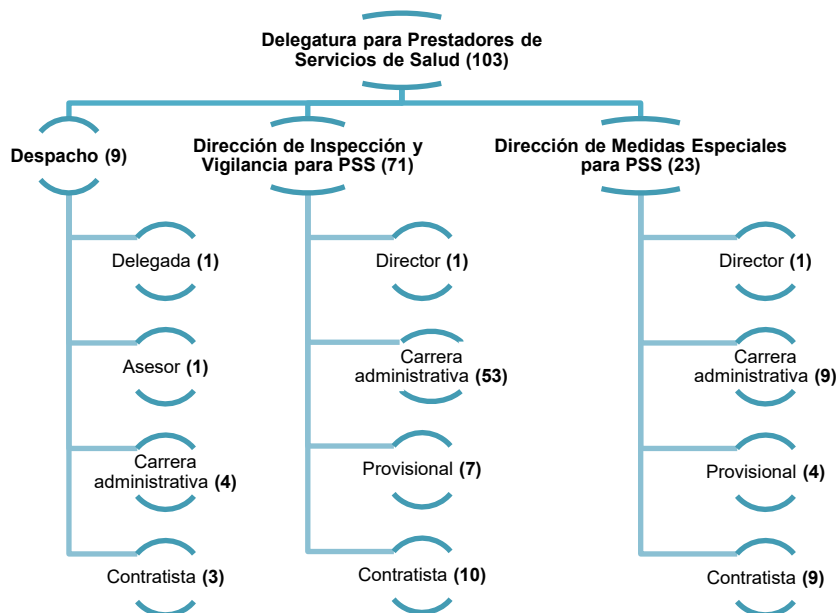
A corte de 31 de diciembre de 2025, se supervisa a **60.648** sujetos vigilados, según la información registrada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). Estos se clasifican de la siguiente manera:

- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS): **10.927** entidades responsables de la atención directa a los usuarios en los diferentes niveles de complejidad, incluyendo las distintas sedes habilitadas correspondientes a cada prestador.

- Profesionales independientes: **47.796** personas naturales habilitadas para prestar servicios individuales de salud en el territorio nacional.
- Entidades con objeto social diferente: **1.431** organizaciones que, sin tener como objeto social principal la prestación de servicios de salud, desarrollan actividades relacionadas con dicha prestación.
- Empresas de transporte especial de pacientes: **494** entidades encargadas de garantizar el traslado seguro de pacientes, conforme a los estándares establecidos por la normativa vigente.

En concordancia con lo dispuesto en el Decreto 1080 de 2021, la Delegatura cuenta con dos direcciones: la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud y la Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud. Ambas desarrollan acciones complementarias y articuladas, orientadas al fortalecimiento del ejercicio de inspección, vigilancia y control, en el marco de las competencias asignadas por la normativa vigente.

7Ilustración 8 Estructura Organizacional-Talento humano de la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud (Diciembre 31 de 2025)



Fuente: Elaboración propia Delegatura Prestadores de Servicios en Salud

3.3.1. Modelo de Supervisión para Prestadores de Servicios de Salud

La Superintendencia Nacional de Salud, mediante un convenio suscrito con la Universidad de Antioquia, lideró la formulación de un modelo integral de supervisión orientado a fortalecer los procesos de inspección y vigilancia. Este modelo está diseñado para las dependencias misionales del organismo y se adapta a las acciones que cada una desarrolla frente a sus vigilados, garantizando flexibilidad y coherencia en su aplicación.

En el caso de la **delegada para Prestadores de Servicios de Salud**, se construyó inicialmente un modelo para ejecutar actividades de supervisión en un tipo de prestador dentro del ámbito de competencias: las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS. Este modelo cuenta con la flexibilidad necesaria para ajustarse y aplicarse en instituciones o profesionales con distinta naturaleza jurídica.

Aunque la supervisión del convenio está a cargo de la Dirección de Innovación y Desarrollo, con el apoyo de profesionales adscritos al despacho de esta delegada, se incorporaron al documento final los siguientes aspectos clave:

- Caracterización de los vigilados
- Criterios de priorización para el desarrollo de las acciones de supervisión
- Propuesta de indicadores claves de seguimiento
- Instrumentos y metodologías de supervisión
- Seguimiento y evaluación

Con base en este primer modelo y las oportunidades de mejora que se identifiquen, se establecerán las bases para la formulación de modelos dirigidos a otros tipos de prestadores, en armonía con los ajustes que se realicen a la ficha de caracterización.

3.3.2. Fichas de caracterización Prestadores de Servicios de Salud

La ficha de caracterización es una herramienta utilizada por la delegada para Prestadores de Servicios de Salud (DPSS) para ejecutar sus acciones de supervisión. Este instrumento recopila información detallada sobre aspectos generales y la situación del vigilado, con el objetivo de planificar de manera más eficiente las actividades a desarrollar respecto al prestador de servicios y priorizar el tipo de intervención, en el marco de las competencias de la Supersalud.

Si bien es cierto, ya existe una ficha de caracterización en DPSS, la misma al constituirse en un instrumento de planeación, debe ser objeto de ajuste para adaptarla a la normatividad vigente y a los nuevos desafíos que en materia de inspección y vigilancia debe implementar esta delegada.

Actualmente el documento se encuentra en proceso de reorganización, con el objetivo de mejorar su estructura, incluir información útil que ayude a la toma de decisiones, e incorporar asuntos relacionados con el avance en el nivel de implementación del sistema integral de gestión de riesgos en las instituciones obligadas conforme a su grupo de clasificación.

Los principales ajustes realizados a la fecha son los siguientes:

- Modificación del objetivo general del documento para que refleje el verdadero propósito de este.

- Inclusión de variables en los datos de identificación del prestador y exclusión de las que no se consideran pertinentes.
- Propuesta de inclusión de resultados de la autoevaluación del Sistema Integral de gestión de riesgos.
- Inclusión de reportes de información que no figuran en la ficha original y a los que se encuentran obligados un grupo de prestadores.
- Adaptar el apartado correspondiente a oferta de servicios de salud a lo previsto en la resolución 3100 de 2019, en algunos aspectos se encontraban disposiciones de la resolución 2003 de 2014, ya derogada.
- Contemplar indicadores de monitoreo de acuerdo con el evento a vigilar y el grado de complejidad de las instituciones.
- Desagregación de la información extraída de los estados financieros y la aplicación de los estados contables en la cuenta a la que pertenece.

Si bien actualmente existe una ficha de caracterización en la delegada para Prestadores de Servicios de Salud (DPSS), este instrumento, al constituirse en una herramienta de planeación, requiere ajustes para adaptarse a la normatividad vigente y responder a los nuevos desafíos en materia de inspección y vigilancia.

En este momento, el documento se encuentra en proceso de reorganización con el objetivo de:

- Mejorar su estructura.
- Incluir información útil que facilite la toma de decisiones.
- Incorporar elementos relacionados con el avance en la implementación del **Sistema Integral de Gestión de Riesgos** en las instituciones obligadas, conforme a su grupo de clasificación.

Para la próxima vigencia, se continuará avanzando en la actualización de este documento en coordinación con las Direcciones de Innovación y Desarrollo y de Inspección y Vigilancia de esta delegatura. Se aspira que, a más tardar en el primer trimestre de 2026, se presente una propuesta de ficha de caracterización que:

- Responda a las necesidades de la Supersalud en el ejercicio de su misionalidad.
- Agrupe diferentes fuentes de información confiables y pertinentes.
- Sea de fácil consulta e interpretación para todos los usuarios que la utilicen.

3.3.3. Proceso de Auditorias

El objetivo del Proceso de Auditoría es desarrollar acciones de inspección que permitan verificar el cumplimiento de la normatividad vigente frente a la garantía de los derechos en salud y a la protección de los recursos por parte de los vigilados, a través de auditorías que permitan la toma de decisiones, promoviendo la mejora continua del sistema de salud en el marco de la supervisión basada en riesgos.

Este proceso pertenece al grupo de procesos misionales y está conformado por las siguientes delegaturas:

1. Delegada para la Protección al Usuario – DPU.
2. Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud – DEAS.
3. Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – DETGRAR.
4. Delegada para Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos – DOLTS – GF.
5. Delegada para Prestadores de Servicios de Salud – DPSS – Líder del proceso.

El rol de la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud como líder del proceso de auditoría se enmarca en la Resolución 2021160000017173-6 de 2021.

Al inicio de la presente vigencia, la Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud identificó brechas respecto de la gestión del proceso de Auditorías las cuales fueron resultado de:

- Auditoría interna al proceso
- Planes de mejoramiento
- Solicitudes de la alta dirección
- Análisis interno del proceso

En cuanto a las Auditorías Internas, Control Interno formuló 10 hallazgos, para lo cual se diseñaron 10 Planes de Mejora con sus respectivas actividades a desarrollar en la vigencia 2025.

3.3.4. Avances y transformaciones

Como oportunidades de mejora y a la vez en cumplimiento de planes de mejoramiento se realizó la actualización y creación de los siguientes documentos y formatos:

- ATPD01 - Procedimiento - Formular la planeación del proceso.
- ATPD02 - Procedimiento - Planear y ejecutar la auditoría.
- ATPD03 - Procedimiento - Realizar seguimiento al programa de auditorías.
- ATMN01- Manual - Manual de auditoría – V3.
- ATMN02- Manual - Manual Cadena de Custodia - V1.
- ATFT09 - Formato - Autorización de extracción de información digital.
- ATFT10 - Formato - Bitácora control de acceso a espacios restringidos.
- ATFT11 - Formato - Control de evidencias en cadena de custodia.
- ATFT12 - Formato - Rótulo cadena de custodia.
- ATFT13 - Formato - Registro cadena de custodia.
- ATFT14 - Formato - Activación de cadena de custodia.
- SEFT15 - Formato - Encuesta Mejora Institucional Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud.

Tabla 89 Línea documental actualizada

Proceso	Caracterización	Procedimientos (Actividades Clave De Éxito)	Manual	Formatos	Total general
1	1	3	2	7	14

Fuente: SIG- Proceso de Auditorías

El proceso de Auditoría como proceso misional es un pilar esencial y en el desarrollo de sus actividades continúa garantizando la calidad y oportunidad centrados en los derechos de los usuarios, verificando el cumplimiento de la normatividad vigente por parte de los vigilados, protegiendo los recursos del sistema, identificando fallas en la gestión, y promoviendo la mejora continua y la transparencia, fortaleciendo la inspección, vigilancia y control.

Con la gestión y cierre efectivo de los planes de mejora se fortaleció el proceso de Auditorías, así como el liderazgo de la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud en las actividades que desarrollan las Delegaturas de la Superintendencia Nacional de Salud responsables de la inspección y vigilancia de los sujetos vigilados.

Desafíos

Dentro de los aspectos a fortalecer en el proceso se consideran los siguientes:

- ✓ Prevenir la recurrencia de desviaciones detectadas en auditorías internas realizadas anteriormente y que ya fueron objeto de plan de mejora.
- ✓ Capacitación permanente a los equipos auditores teniendo en cuenta la actualización constante de la normatividad y la alta renovación de personal en la Superintendencia por motivo del concurso de méritos.
- ✓ Cumplimiento de los tiempos establecidos para la elaboración, revisión, aprobación y envío del Informe de Auditoría al vigilado.
- ✓ Actualización documental del proceso de Auditoría en el marco del nuevo mapa de procesos institucional
- ✓ Articulación del Proceso de Auditoría con el Modelo Integral de Supervisión con enfoque preventivo.

3.3.5. Gestión de los requerimientos realizados por los ciudadanos y grupos de valor

Con el propósito de garantizar respuestas claras, oportunas y precisas a las Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias (PQRD) derivadas de las actuaciones de los vigilados —Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), profesionales independientes, empresas con objeto social diferente y servicios de traslado especial de pacientes—, la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud adelantó durante la vigencia 2025 las gestiones necesarias para atender integralmente cada uno de los requerimientos recibidos.

Para ello, se implementaron acciones de inspección y vigilancia orientadas a:

- El análisis detallado de la información.
- La mejora continua de los procesos institucionales.
- La definición de controles que aseguren la calidad y pertinencia de las respuestas emitidas.

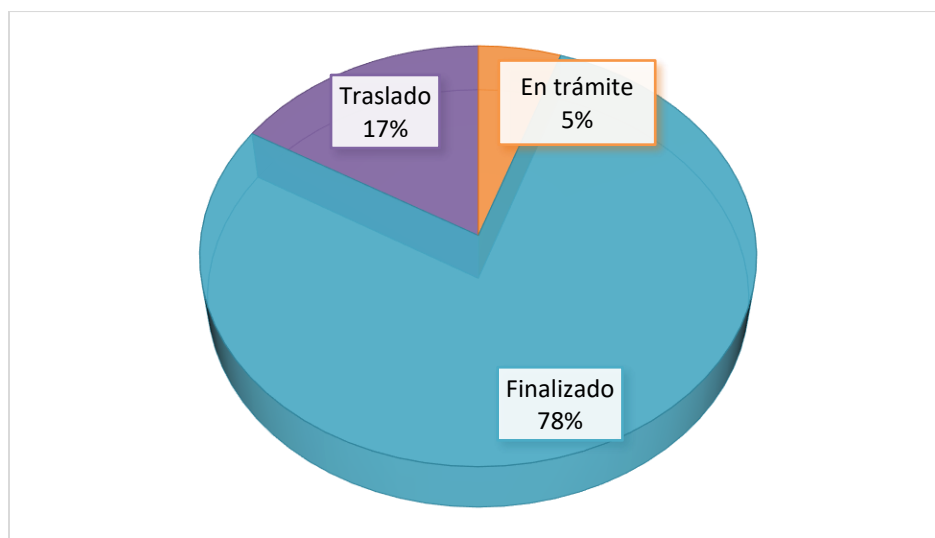
Estas acciones contribuyen a la transparencia frente a la ciudadanía y se enmarcan en el cumplimiento de los principios de eficacia, eficiencia y responsabilidad que rigen la función pública.

Las gestiones realizadas en relación con las PQRD evidencian el compromiso institucional con la garantía de los derechos de los usuarios. Asimismo, permiten identificar oportunidades de mejora en los procedimientos internos e implementar acciones para fortalecer la prestación de los servicios de salud, contribuyendo a una atención más eficiente, transparente y orientada a la satisfacción ciudadana, así como a consolidar una administración más cercana, confiable y efectiva para sus grupos de valor.

Avances y transformaciones

A partir de la gestión de las PQRD recibidas por parte de la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud, se lograron los siguientes avances:

Ilustración 9 Gestión de PQRDs 2025 (enero a diciembre)



Fuente: El gráfico presenta un resumen de la gestión de PQRDs recibidas por la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud. Tomado de superargo (2025).

Durante la Vigencia 2025, la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud recibió un total de 18.948, las cuales se encuentran en el siguiente estado:

- 14.834 (78%) finalizaron su trámite
- 3.113 (16%) se trasladaron a otras áreas por competencia una vez verificadas.

- 1001 (5%) continúan en trámite adelantando las gestiones correspondientes para brindar una respuesta definitiva al peticionario.

Por lo tanto, se puede concluir que el 95% de las PQRDs recibidas durante la vigencia 2025, se encuentran en estado finalizado o trasladado y un 5% en trámite.

Asimismo, se evidenció que las PQRDs recibidas se relacionan principalmente con gestiones de carácter financiero, de salud y jurídico, manifestadas tanto por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) como por otros actores respecto a los vigilados a cargo de la Delegada para prestadores de Servicios de salud, por lo que a continuación se muestra la distribución conforme a la competencia de cada grupo de trabajo.

Tabla 90 Distribución de PQRDs por grupo de trabajo 2025

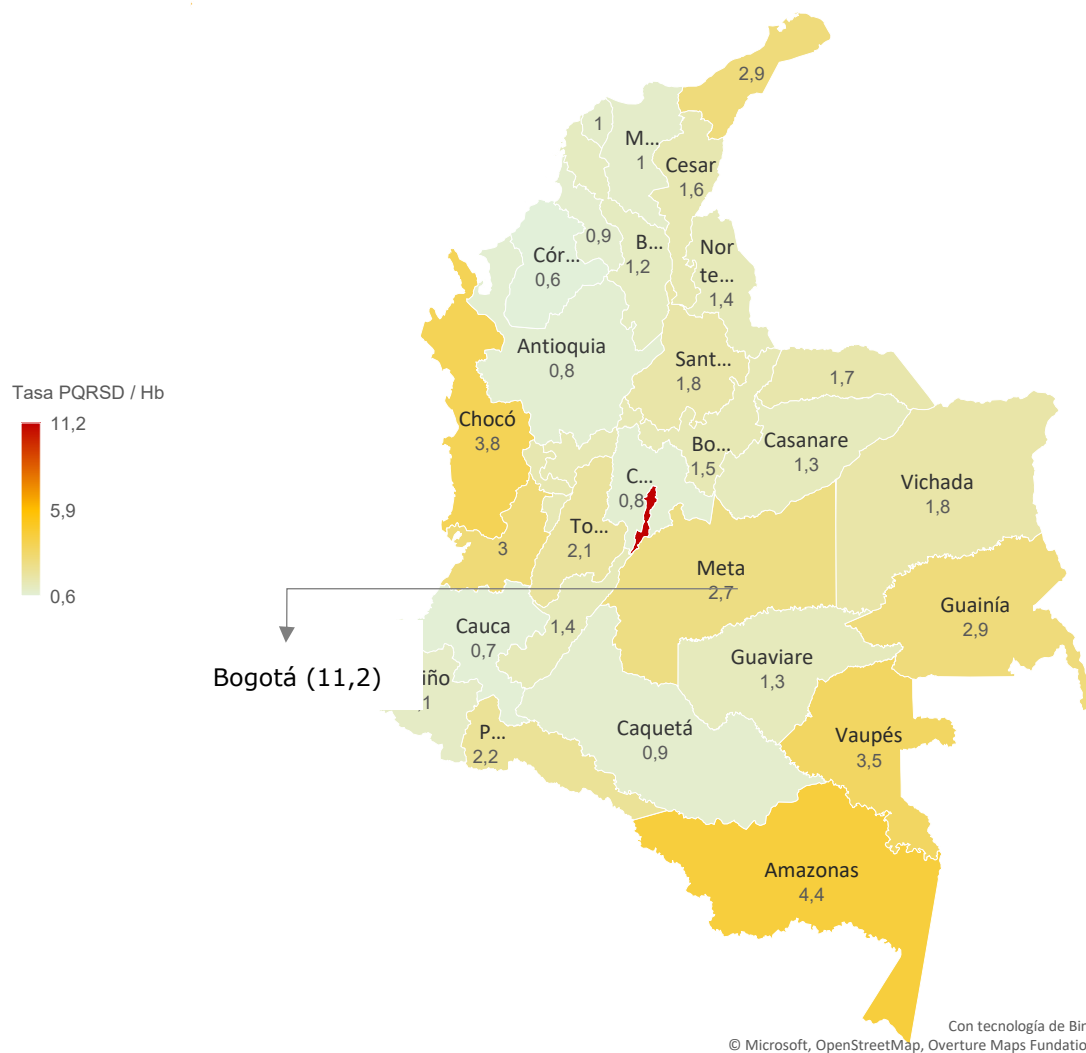
Grupo asignado conforme al tema	PQRDS				
	En Trámite	Finalizados	Trasladados	Total	% de participación
Despacho Delegada PSS	16	451	403	870	4,6%
Dirección IV	950	12916	2646	16.512	87,1%
Despacho Dirección IV	57	721	2.283	3.061	18,5%
Grupo Financiero	261	5.207	184	5.652	34,2%
Grupo Jurídico	278	1.665	67	2.010	12,2%
Grupo Mejoramiento	120	1.285	18	1.423	8,6%
Grupo Salud	234	4.038	94	4.366	26,4%
Dirección ME	35	1.467	64	1.566	8,3%
Total	1001	14.834	3.113	18.948	100%

Fuente: La tabla muestra la distribución de PQRDs a cada grupo de trabajo conforme a su asunto. Tomado de Superargo (2025).

A partir de lo anterior, se evidencia que la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud fue la de mayor participación en la gestión de PQRDs, con una representación del 87,1%, seguida de la Dirección de Medidas Especiales (8,3%) y del Despacho de la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud (4,6%).

Por su parte, con el fin de identificar los territorios con mayores dificultades, es decir, aquellos de donde proviene la mayor cantidad de PQRDs e implementar planes de acciones para contrarrestar dichas situaciones, se realizó análisis cuyos resultados muestran que los requerimientos se distribuyeron a nivel nacional. Así:

Ilustración 10 Tasa de PQRDs por Departamento a partir de su población (por cada 10.000 habitantes) 2025



Fuente: el gráfico muestra la proporción de las PQRDs radicadas ante la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud, distribuidas por departamento en relación con su población. Elaboración propia a partir de información tomada de Superargo (2025).

En la gráfica, se observa que el mayor nivel de participación se evidenció en Bogotá D.C., donde por cada 10.000 habitantes se registraron 11,2 PQRDs, seguido del Archipiélago de San Andrés islas y Providencia con una tasa de 6,7; Amazonas con 4,4; Chocó con 3,8 y Vaupés con 3,5.

Tabla 91 Participación PQRDs a nivel departamental por cada 10.000 habitantes 2025 (enero a diciembre)

No	Departamento	No. de quejas ene - dic 2025	No. de habitantes (10.000)	Tasa PQRSD / Hab
1	Bogotá D.C	8981	803,4	11,2
2	Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	42	6,2	6,7
3	Amazonas	38	8,6	4,4
4	Chocó	231	60,5	3,8
5	Vaupés	17	4,7	3,5
6	Valle del cauca	1385	464,7	3
7	Guainía	17	5,7	2,9
8	La guajira	303	105,7	2,9
9	Meta	311	114,5	2,7
10	Putumayo	85	38,8	2,2

Fuente: La tabla muestra los diez (10) Departamentos con mayor tasa de PQRDs a nivel nacional. Tomado de Superargo (2025).

Aportes al cumplimiento de la misión

Las PQRDs constituyen una herramienta esencial para la Superintendencia Nacional de Salud, en tanto permiten medir el nivel de satisfacción e identificar las necesidades y las problemáticas que enfrentan los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Los resultados derivados de su análisis representan un desafío permanente para la delegada, al evidenciar la necesidad de fortalecer e implementar mecanismos de inspección, vigilancia y control en los territorios con mayor incidencia relativa.

De esta manera, la gestión de las PQRDs se convierte en un instrumento estratégico para fortalecer la confianza ciudadana en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, garantizar la protección de los derechos de los usuarios, eliminar barreras de acceso que limitan la atención integral y consolidar un sistema de salud más transparente, eficiente y cercano a las necesidades de la población en coherencia con la misión institucional de “Proteger los derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la inspección, vigilancia, control y el ejercicio de la función jurisdiccional y de conciliación, de manera transparente y oportuna”.

Desafíos

Como parte de la mejora continua que el proceso requiere se considera fundamental tener en cuenta las siguientes acciones.

- **Identificar causas raíz y generar espacios de diálogo:** Analizar las problemáticas que enfrentan las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y promover la conformación de mesas de trabajo con los actores involucrados, orientadas a la construcción de acuerdos que permitan contrarrestar las dificultades detectadas y dar mayor fluidez al proceso.

- **Priorizar acciones de inspección, vigilancia y control:** Enfocar esfuerzos en aquellas IPS donde se evidencien dificultades en la prestación del servicio y el cumplimiento normativo, orientando las acciones hacia la prevención de riesgos, corrección de fallas y fortalecimiento de la calidad de la atención.
- **Incorporar mecanismos de seguimiento y evaluación periódica:** Establecer indicadores que permitan medir el impacto de las acciones implementadas y ajustar oportunamente las estrategias de mejora continua.

Promover capacitación y sensibilización del personal: Generar lineamientos para la formación en atención al usuario, normatividad vigente y buenas prácticas de gestión, con el fin de reducir la recurrencia de PQRD y fortalecer la confianza ciudadana.

3.3.6. Autoevaluación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de los Prestadores de Servicios de Salud.

La delegada para Prestadores de Servicios de Salud, en el marco de sus funciones de inspección, vigilancia y control, establecidas en el Decreto 1080 de 2021 y sus modificaciones, ha implementado un proceso continuo de acompañamiento y orientación técnica dirigido a las entidades bajo su supervisión.

Este proceso tiene como objetivo fortalecer la gestión institucional frente al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, y se desarrolla en

cumplimiento de las disposiciones establecidas en las siguientes circulares externas expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud:

- ❖ **Circular Externa 009 de 2016**, modificada por la Circular Externa 2021170000005-5 de 2021: Establece instrucciones para la implementación del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT/FPADM) en las entidades vigiladas.
- ❖ **Circular Externa 016 de 2016**: Define los lineamientos para el reporte de información financiera con fines de supervisión, incluyendo modificaciones a la Circular 047 de 2007, en el marco de la convergencia hacia las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).
- ❖ **Circular Externa 003 de 2018**: Imparta instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales, incluyendo el Código de Conducta y de Buen Gobierno en las IPS de los grupos C1 y C2.
- ❖ **Circular Externa 2021170000005-5 de 2021**: Actualiza los criterios de clasificación de las IPS y modifica las circulares 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018, fortaleciendo el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).

- ❖ **Circular Externa 2021170000004-5 de 2021:** Establece instrucciones generales sobre el Código de Conducta y Buen Gobierno Organizacional, el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus subsistemas, aplicables de forma obligatoria a las IPS de los grupos B, C1, C2 y D1.
- ❖ **Circular Externa 2022151000000053-5 de 2022:** Define los lineamientos para la adopción del Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE), como medida de control frente a los riesgos de soborno, corrupción, opacidad y fraude, modificando las circulares 007 de 2017 y 003 de 2018.

El objetivo de estas acciones ha sido evaluar el avance en el cumplimiento de la normativa vigente, fortalecer la capacidad institucional de los vigilados y promover el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de salud.

En respuesta a la necesidad de evaluar el estado de implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR) en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), y considerando los distintos plazos de vencimiento establecidos para cada tipo de riesgo —como el riesgo de corrupción, opacidad y fraude (septiembre de 2022); riesgo en salud y riesgo operacional (marzo de 2023); programa de ética y transparencia empresarial (agosto de 2023); y riesgos actuarial, de crédito, de liquidez, de mercado de capitales y de grupo (septiembre de 2023) — La Delegada para Prestadores de Servicios de Salud diseñó una

estrategia transversal dirigida a todas las entidades vigiladas, y en el marco de esta, aplicó dos instrumentos de autodiagnóstico en el año 2023.

Para la vigencia 2025, durante los meses de septiembre y octubre del año en mención, se aplicaron dos nuevos formularios de autoevaluación con el objetivo de identificar el nivel de implementación y cumplimiento de los lineamientos impartidos por la Superintendencia Nacional de Salud frente a los riesgos inherentes priorizados en las IPS clasificadas en los grupos C1, C2 y D1 en los términos de la circular 5-5 de 2021.

Este segundo ejercicio fue ajustado con base en las observaciones y recomendaciones realizadas por los prestadores, posteriores a la publicación de los resultados del primer autodiagnóstico. Dichas sugerencias permitieron reducir el número de preguntas y reformular el cuestionario conforme al ciclo de gestión de riesgos, lo que facilitó una evaluación más precisa, eficiente y alineada con las capacidades operativas de las IPS.

Para validar la estructura y el contenido de la nueva versión de los formularios, se seleccionaron algunas IPS que participaron en una prueba piloto, brindando observaciones que contribuyeron al perfeccionamiento del instrumento.

Como resultado de este proceso, el instrumento de autoevaluación para monitorear los avances correspondientes a la vigencia 2024 quedó conformado por dos formularios en línea, diseñados en Microsoft Forms:

- ❖ Formulario de Lineamientos Generales: el cual contiene - 49 preguntas.
- ❖ Formulario de Lineamientos Específicos: el cual contiene - 120 preguntas distribuidas en los 9 subsistemas evaluados.

Los subsistemas de gestión de riesgos objeto de autoevaluación para las IPS clasificadas en los grupos C1, C2 y D1, fueron los siguientes:

- i. Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación al Terrorismo - (SARLAFT)
- ii. Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).
- iii. Sistema de Administración del Riesgo Operativo (SARO).
- iv. Sistema de Administración del Riesgo de Liquidez (SARL).
- v. Sistema de Administración del Riesgo de Crédito (SARC).
- vi. Sistema de Administración del Riesgo de Mercado de Capitales (SARM)
- vii. Sistema de Administración de Riesgos en Salud.
- viii. Sistema de Administración del Riesgo Actuarial.
- ix. Sistema de Administración del Riesgo de Grupo.

La siguiente tabla presenta la estructura, el número de preguntas por formulario y la etapa evaluada, ya sea de manera general o en relación con el ciclo de gestión de riesgos:

Tabla 92 Estructura cuestionarios autoevaluación SIGR

LINEAMIENTOS	CATEGORIA / ETAPA	NRO. PREGUNTAS
GENERALES	Información General	8
	Generalidades e Identificación	11
	Evaluación y Medición	1
	Control y Tratamiento	5
	Seguimiento y Monitoreo	10
	Oficial de Cumplimiento	14
	SUBTOTAL	49
ESPECÍFICOS (Las preguntas se distribuyen en los diferentes subsistemas de gestión de riesgos)	Información General	6
	LA/FT	15
	SICOF	16
	SALUD	17
	SARO	8
	GRUPO	9
	SARL	13
	SARC	13
	SARM	13
	ACTUARIAL	10
	SUBTOTAL	120
TOTAL		169

Fuente: Elaboración propia DPSS 2025.

De un universo de 896 IPS clasificadas en los grupos obligados a su diligenciamiento, 780 respondieron el cuestionario de lineamientos

generales y 759 el de lineamientos específicos, desarrollándose posteriormente las acciones que describiremos a continuación:

Análisis de la información recolectada, incluye:

- Descargar de la plataforma Forms de los archivos que dan cuenta de los formularios diligenciados e instituciones reportantes.
- Verificar la integridad y consistencia de los datos y acuñar bajo la denominación de “casos especiales” las situaciones encontradas que impidan analizar la información allegada por un prestador.

Cálculo para obtener el resultado de las IPS participantes en el ejercicio de autoevaluación, cruzando la calificación de cada criterio por la ponderación asignada.

A diciembre de 2025, resta:

- El análisis comparativo de las variables que se estime conveniente, para la detección de patrones comunes, brechas críticas y buenas prácticas.
- Presentación de resultados, mediante el uso de las herramientas interactivas definidas.
- Comunicación de resultados a las IPS participantes en el ejercicio de autoevaluación. Tareas que se deben cumplir a más tardar a 28 de febrero de 2026.

Es preciso señalar que, se creó una guía metodológica para el proceso de autoevaluación del sistema integral de gestión de riesgos, cuyo alcance comprende desde la estructuración del instrumento para medir el nivel de implementación del Sistema integral de gestión de riesgos (SIGR) en las IPS vigiladas, culminando con la recolección, análisis y presentación de los resultados obtenidos por cada uno de los participantes.

3.3.7. Herramienta de priorización de Prestadores de Servicios de Salud vigencia 2026

En el marco del Decreto 1080 de 2021, se asignan funciones a la delegada para Prestadores de Servicios de Salud (DPSS), entre las cuales se incluyen la inspección y vigilancia a los prestadores de servicios de salud, así como el monitoreo de riesgos asociados a estos.

No obstante, debido al alto volumen de sujetos vigilados —entre ellos más de 10.000 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)—, desde el año 2022 se identificó la necesidad de contar con una herramienta que permitiera, de manera objetiva, seleccionar aquellas IPS que, por sus características y desempeño en dimensiones como la financiera, técnico-científica, legal y de reporte de información a fuentes internas y externas, fueran candidatas para focalizar las acciones de inspección y vigilancia.

Esta herramienta permite identificar los prestadores con las calificaciones más bajas dentro del universo evaluado en cada departamento del territorio nacional, y con base en estos resultados, apoyar la toma de decisiones para definir cuáles serán objeto de las diferentes acciones de

inspección y vigilancia (IV) por parte de la Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud.

Las fuentes a través de las cuales se obtiene la información son las siguientes:

- **REPS** - Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

Es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud y los servicios que estos habilitan.

- **Grupo IPS - Datos de contacto y clasificación**

A partir de este archivo dispuesto en el *reporting services* por la DID para la DPSS, se descargan los datos del grupo de clasificación de la IPS (de acuerdo con la Circular 20211700000005-5 de 2021). Esta información es dinámica por lo tanto se debe descargar previo al inicio de cada ejercicio de priorización. Esta variable es informativa.

- **Municipios PDET (Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial) y ZOMAC (Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado)**

En estos municipios y zonas se busca estabilizar y transformar los territorios más afectados por la violencia, la pobreza, las economías ilícitas y la debilidad institucional, y así lograr el desarrollo rural.

- **IPS Bajo Medida Especial**

En archivo Excel remitido por la Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud – DMEPSS, se obtiene la variable que determina si los PSS -ESE, se encuentran bajo una medida especial por parte de la SNS y el tipo de medida. Esta variable es informativa, dado que a estas IPS se le realiza seguimiento a la medida y no auditoria.

- **Servicios Priorizados – REPS**

Teniendo en cuenta el criterio de los expertos de la Dirección de IV para PSS, se identifican las sedes que cuenten con alguno O varios de los servicios priorizados para una vigencia.

- **IPS Priorizadas Guajira**

Según sentencia T-302 de 2017, las siguientes IPS serán priorizadas para acciones de Inspección y Vigilancia en 2025: IPSI Sol Wayuu, Anashiwaya, IPSI Wayuu Anashii, Unidad Materno Infantil Talapuin S.A.S y Unidad Médica Wayuu Anouta Wuakuaipa IPSI, independiente de los demás resultados registrados en la priorización.

- **IPS con Plan de Mejoramiento**

Se identifican si las IPS se encuentran en plan de mejoramiento durante el periodo que decidan las directivas de la DPSS y de acuerdo con el estado o resultado del Plan de mejoramiento las IPS obtiene su calificación para esta variable.

- **Acciones de IV realizadas por la SNS**

Se identifican si las IPS han sido objeto de algún tipo de auditoria por parte de la SNS durante el periodo que decidan las directivas de la DPSS.

- **Medidas Cautelares**

Las medidas cautelares buscan prevenir la ocurrencia de sucesos indeseables, en el caso de la salud, buscan prevenir que los afiliados se queden sin acceso al servicio de salud, estas medidas preventivas, también, están orientadas a evitar la pérdida de confianza en el sistema o la afectación en el servicio de salud. Para la priorización se asigna un valor a aquellas IPS a las que les fue impuesta medida cautelar.

- **PQRD Interpuestas SNS**

A partir de las PQRD interpuestas por los usuarios ante la SNS y que se encuentran relacionadas con un prestador de servicios de salud, se definen los rangos a asignar a cada IPS según número de quejas acumuladas; esta información se descarga del reporte dispuesto por DPU a la DPSS, el conteo se realiza a partir del código de habilitación de la IPS.

- **Sistema de Vigilancia Epidemiológica - SIVIGILA**

Mediante convenio con el Instituto Nacional de Salud - INS, la SNS a través de la DID, recibe mensualmente el reporte de algunos eventos de interés en salud pública. Para la priorización cada sede obtiene una clasificación de acuerdo con el número de reportes por cada evento (1 a 5) posteriormente se promedian los valores de los eventos evaluados como resultado para tener en cuenta en la ponderación establecida para la variable.

- **Red de Prestadores FOMAG**

Se incluyen entidades que han celebrado contratos con esta EAPB para la atención de su población afiliada o en su defecto que para el periodo objeto de análisis hayan suscrito cartas de intención.

- **Ranquin de vulneración del derecho a la salud por parte de las IPS**

A partir de la evaluación de las prácticas vulneradoras del derecho a la salud que realiza el MSPS y la SNS y ordenada por la Corte Constitucional, los resultados anuales de esta medición se incluyen en la priorización de PSS y su puntaje se obtiene a partir de las categorías sin vulneración, aceptable, alarma, crítico o sin dato.

- **REPORTE RESOLUCIÓN 256**

Dicha resolución regula Uno de los componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, el sistema de información para la calidad. Para efectos de la priorización se otorga un puntaje de acuerdo con las categorías carga total, carga parcial no cargó.

- **Metodología CAMEL - Capital, Asset, Management, Earning y Liquidity por sus siglas en inglés.**

La evaluación se realiza a partir de un conjunto de indicadores que miden la suficiencia de capital, solvencia, calidad de activos, administración eficiente del activo, nivel y estabilidad de la rentabilidad y el manejo de la liquidez. El resultado del indicador determina que entre más alto el resultado final mejor desempeño financiero para la IPS, por lo tanto y teniendo en cuenta que en las demás variables de la priorización los

mayores valores corresponden a peores resultados (mayor riesgo), es necesario invertir el valor de la calificación para esta variable.

- **Metodología SOAT**

La Dirección de Innovación y desarrollo – DID, remite anualmente los resultados de esta metodología, en ella las IPS y ETP son evaluadas frente a un conjunto de indicadores relacionados con la atención a accidentes de tránsito y como resultado se obtiene indicador de riesgo, a partir de esta información, se asigna una categoría al Prestador de servicios de salud.

- **Presuntos Omisos**

A través de archivo de Excel, la Dirección de Inspección y Vigilancia para PSS - DIVPSS remite información de las IPS que han reportado el archivo tipo FT001 para 4 años de seguimiento (2020 –BAja 2023) y de acuerdo con el número de años sin reportar se asigna una calificación al prestador.

- **REPORTES a la UIAF SARLAFT**

Los resultados de este reporte se generan únicamente para las IPS clasificadas en los grupos C1, C2 y D1, evaluando si la IPS reportó mensualmente las Operaciones Sospechosas (ROS) y las Transacciones en Efectivo. El seguimiento se realiza mensualmente y a partir de este se obtiene una calificación anual, este dato es calculado por la DPSS y se integra a la priorización.

Una vez se otorgue una ponderación a cada variable y se realicen los cálculos respectivos se obtienen las siguientes categorías de priorización:

- Baja
- Media
- Media Alta
- Alta

Siendo los prestadores clasificados en media alta y alta sobre quienes debe centrarse las acciones de supervisión.

Las tablas número 5 y 6, nos indican las categorías de priorización en las que quedaron ubicadas las IPS por sede y las empresas de transporte especial de pacientes para 2026 respectivamente:

Tabla 93 Priorización IPS 2026-DPSS

Nivel	Mayor o igual	Menor	Sedes
BAJA	-	1,29382	10.529
MEDIA	1,29382	1,60852	5.843
MEDIA ALTA	1,60852	1,92321	2.430
ALTA	1,92321		672

Fuente: Elaboración propia DPSS 2025.

Tabla 94 Priorización Transporte Especial de pacientes 2026-DPSS

Nivel	Mayor o igual	Menor	Sedes
BAJA	-	1,35588	135
MEDIA	1,35588	1,53078	100
MEDIA ALTA	1,53078	1,70567	266
ALTA	1,70567		143

Fuente: Elaboración propia DPSS 2025.

Esta priorización ha permitido desplegar acciones en atención a dos procesos vigentes de la Superintendencia Nacional de Salud: el proceso de auditoría y el proceso de seguimiento y evaluación al vigilado, fortaleciendo así la capacidad institucional para intervenir de manera oportuna y eficiente frente a los riesgos identificados en los prestadores de servicios de salud.

3.3.8. Supervisión de Prestadores de Servicios de Salud en el marco de la gestión del Riesgo de LA/FT/FPADM

El lavado de activos, la financiación del terrorismo y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva (LA/FT / FPADM) se han consolidado como factores críticos que amenazan la seguridad nacional e internacional, la integridad del sistema financiero y la gobernanza institucional. En respuesta, la comunidad internacional a través de convenciones y del Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI), ha establecido un marco de estándares globales orientado a combatir la economía ilegal promoviendo prácticas más seguras y transparentes en las operaciones financieras.

En esta misma línea, el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 16: Paz, justicia e instituciones sólidas, busca que la arquitectura financiera se sustente en instituciones fuertes, transparentes y responsables contribuyendo de manera integral a la seguridad y estabilidad mundial.

En este sentido, a nivel regional, el Grupo de Acción Financiera de Latinoamérica (GAFILAT) y, en el caso de Colombia la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF), promueven la aplicación de las recomendaciones de la lucha contra el LA/ FT/ FPADM. Para lo cual, se han implementado, entre otras medidas, el reporte de información desde diferentes actores de la economía.

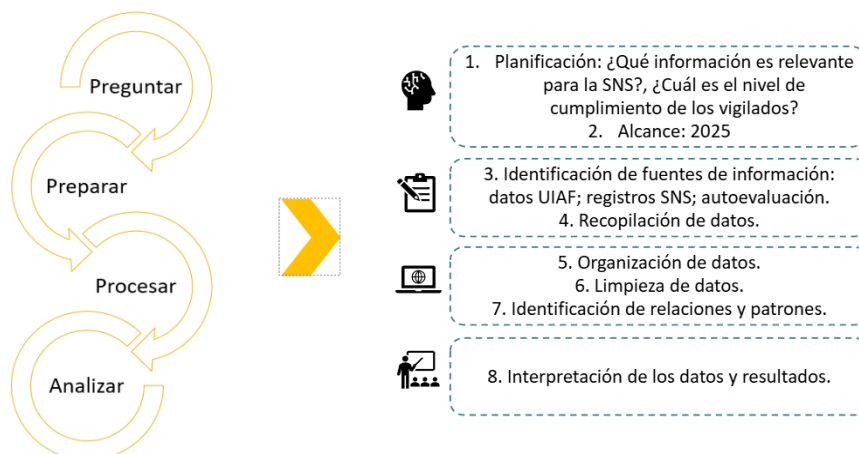
Para el sector salud, particularmente para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), se exige el reporte de operaciones sospechosas (ROS), así como el de transacciones individuales en efectivo y múltiples operaciones en efectivo.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud, como institución supervisora de las IPS de los grupos clasificados dentro de las categorías de supervisión C1, C2 y D1, en virtud de lo establecido en la Circular Externa 009 de 2016, modificada por la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, y a través de las funciones asignadas a la Delegatura para los Prestadores de Servicios de Salud, busca asegurar el cumplimiento de las instrucciones relativas al Sistema de Administración de los Riesgos de Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT / FPADM), mediante los procesos de inspección, vigilancia y control, así como, el monitoreo de los reportes de información a la UIAF, las auditorías y los seguimientos en campo.

En este contexto, el presente informe presenta los resultados derivados del análisis de los reportes obligatorios ante la UIAF (Unidad de Información y Análisis Financiero) efectuados por los vigilados del sector salud, específicamente las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), en el marco del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT). Así como, la mención de los resultados asociados con la respuesta a la Autoevaluación de Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR).

Ahora bien, para el desarrollo de estas acciones la Delegatura usó herramientas de análisis de datos para identificar patrones, analizar comportamientos e identificar resultados frente a los reportes presentados por las IPS vigiladas. El resumen de la metodología usada se puede visualizar a continuación:

Ilustración 11 Metodología usada para el análisis de datos UIAF



Fuente: El gráfico presenta un resumen de la metodología usada para el análisis de datos a partir de la información UIAF disponible. Tomado de la SNS (2025).

Avances y transformaciones

En desarrollo de los procesos de inspección, vigilancia y control para la vigencia 2025 con el componente del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), se adelantaron 21 auditorías, 4 análisis, 7 visitas in situ y 27 informes individuales sobre reporte UIAF.

En cuanto al monitoreo de los reportes de información a la UIAF presentados por las IPS vigiladas, para el periodo enero a diciembre de 2025 se identificaron los siguientes resultados relevantes:

¿Cuántos reportes se hicieron entre enero y octubre de 2025?

Ilustración 12 Total de reportes ante la UIA por IPS obligadas

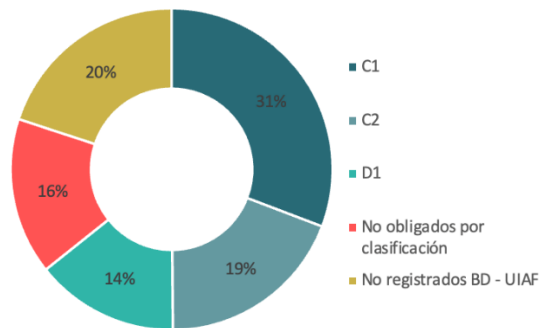


Fuente: El gráfico presenta información sobre el número de reportes UIAF por estado presentados por las IPS clasificadas en C1, C2 y D1. Tomado de la SNS (2025).

¿Cuántas IPS vigiladas realizaron reportes?

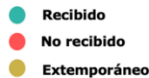
Ilustración 13 Total de IPS Vigiladas vs Datos UIAF

TOTAL DE VIGILADOS (DATOS UIAF)	
VIGILADOS	
Clasificación	Total vigilados
C1	361
C2	224
D1	169
No obligados por clasificación	185
No registrados BD - UIAF	234
Total	1.173



Fuente: El gráfico presenta información sobre el número de IPS clasificadas en C1, C2 y D1 vs los datos UIAF disponibles para 2025. Tomado de la SNS (2025).

Ilustración 14 Estado de reportes UIAF por tipo de vigilado



El grupo de vigilados **C1** **presentó un mayor porcentaje de reporte oportuno** comparado con los grupos C2 y D1. Así mismo, el grupo de vigilados **D1** **cuenta con un menor grado de oportunidad** en los reportes frente a los demás vigilados.

Fuente: el gráfico presenta información sobre el estado de reportes UIAF por estado presentados por las IPS clasificadas en C1, C2 y D1. Tomado de la SNS (2025).

Cumplimiento de las IPS con Medidas Especiales

Ilustración 15 Estado de reportes UIAF con situaciones presentadas por IPS con medidas especiales

Nit	Razon Social	Clasificación	Recibido	No recibido	Extemporáneo
890000600	Empresa Social Del Estado Hospital La Misericordia IPS	D1	10	0	26
900136865	Empresa Social Del Estado Hospital Regional Del Magdalena Medio	C2	5	0	31
892115347	Ese Hospital De Nazareth	C2	0	0	0
901536799	Empresa Social Del Estado Universitaria Del Atlántico	C1	25	2	9
901108114	Nueva Empresa Social Del Estado Hospital Departamental San Francisco De Asís	C2	0	36	0
835000972	Hospital Luis Ablanque De La Plata Empresa Social Del Estado	C1	30	0	6
890701718	Hospital Regional Alfonso Jaramillo Salazar Empresa Social Del Estado	C1	36	0	0
838000096	E.S.E. Hospital San Rafael De Leticia	C1	27	0	9
892399994	Hospital Rosario Pumarejo De Lopez - Empresa Social Del Estado	C1	36	0	0
892120115	Ese Hospital San José De Maicao	C1	36	0	0
809003590	Unidad De Salud De Ibagué Empresa Social Del Estado	C1	36	0	0

Fuente: el gráfico presenta información sobre el estado de reportes UIAF por estado presentados por las IPS clasificadas en C1, C2 y D1 que cuentan con medidas especiales. Elaboración propia SNS a partir de reportes UIAF (2026).

Durante el proceso de análisis se evidenció respecto a las IPS con medidas especiales de vigilancia lo siguiente:

- Cuatro (4) IPS** presentaron la totalidad de reportes ante UIAF oportunamente durante la vigencia 2025: *a. E.S.E. Hospital Alfonso Jaramillo Salazar, b. E.S.E. Hospital Rosario Pumarejo de López, c. E.S.E. Hospital San José de Maicao y d. E.S.E. Unidad de Salud de Ibagué.*

2. Los hospitales de La Misericordia y del Magdalena Medio aplicaron medidas correctivas a partir de la alerta realizada por la DPSS en el mes de noviembre, presentando de manera extemporánea los no reportados con anterioridad y, junto con los hospitales de Luis Ablanque de la Plata y San Rafael de Leticia, presentaron el 100 % de reportes (entre recibidos oportunos y extemporáneos).
3. **Tres (3) IPS** no presentaron al menos un reporte ante UIAF durante 2025: a. *ESE Universitaria del Atlántico*, b. *ESE Hospital San Francisco de Asís* y c. *ESE Hospital de Nazareth (no registrado)*.

Acciones adelantadas por el Despacho para PSS

En el mes de noviembre, el equipo del Despacho de la DPSS realizó un análisis de la oportunidad de reporte durante los primeros diez meses de la vigencia, para lo cual, se adelantaron las siguientes acciones:

- El 24/11/25 se envió una comunicación masiva alertando el incumplimiento de reporte a 102 IPS identificadas como omisas o extemporáneas en uno o varios períodos del año. De igual manera, el 15/12/25 se envió un segundo grupo de comunicaciones masiva alertando el incumplimiento de reporte a 161 IPS identificadas como omisas o extemporáneas en uno o varios períodos del año.

A continuación, se presentan los resultados de estas actuaciones:

- Se recibieron respuestas de 41 IPS y se emitieron comunicaciones de acuse entre el 11/12/2025 y el 13/01/2026.

- En seguimiento del reporte UIAF y como producto de las comunicaciones masivas, se evidenció que para el período evaluado (enero – octubre de 2025) se registró una disminución del 4 %² en los reportes no recibidos después del envío de los oficios masivos, donde diferentes vigilados presentaron sus reportes de forma extemporánea (+ 785), subsanando aquellos que no habían sido radicados oportunamente dentro del mismo período:
- De igual manera, se emitieron:
 - (3) memorandos a la Dirección de ME,
 - (1) memorando la Dirección de IV con los resultados consolidados a octubre de 2025
 - memorando a la Dirección de innovación y Desarrollo (DID), donde se exponen las situaciones identificadas en la clasificación de los vigilados en UIAF.
- Finalmente, se emitió (1) oficio a la UIAF por situaciones identificadas con la clasificación de los vigilados.

Aprendizajes y aportes al cumplimiento de la misión institucional

Durante el periodo de gestión, se implementaron acciones orientadas a fortalecer las capacidades de la Superintendencia Nacional de Salud en el

² Comparando aquellas IPS obligadas coincidentes entre las bases de datos de la SNS y la UIAF.

análisis de información asociada con los reportes sobre lavado de activos, financiación del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva (LA/FT/FPADM).

Acciones que incluyeron la documentación de lineamientos internos de trabajo y el uso de herramientas de análisis e interpretación de datos, contribuyendo a la protección de la integridad del Sistema General de salud.

Como resultado, se consolidaron mecanismos de supervisión más robustos diseñados para prevenir y mitigar riesgos que podrían afectar la sostenibilidad financiera, promoviendo al mismo tiempo un uso eficiente de sus recursos.

Asimismo, a través de las actividades de vigilancia realizadas en el marco de la supervisión, se fomenta la mejora en el reporte periódico de información por parte de los vigilados ante la UIAF, fortaleciendo la transparencia y la confianza en el Sistema de Salud.

En este contexto, se destacan las lecciones aprendidas como parte del proceso durante el período de gestión:

- Coordinación interinstitucional: La supervisión efectiva del SARLAFT/FPADM requiere de coordinación constante entre la Supersalud y la UIAF. Esta articulación mejora la trazabilidad de la información y fortalecer la capacidad de respuesta ante riesgos emergentes que enfrenta el sistema.

- Gestión de riesgos: Se identificó que los riesgos en el sector salud evolucionan con rapidez, lo que exige revisiones periódicas y ajustes en los lineamientos que permitan mantener la efectividad del sistema.
- Uso de herramientas analíticas: El uso de herramientas analíticas para identificar patrones y comportamientos inusuales se consolida como una práctica indispensable para la toma de decisiones basada en la evidencia.
- Autoevaluación de los vigilados: La aplicación de mecanismos complementarios, como la autoevaluación realizada por los vigilados, permite enriquecer el análisis al identificar relaciones y patrones desde la perspectiva de las IPS, fortaleciendo la interpretación de los reportes obligatorios ante la UIAF y mejorando la calidad del análisis.
- Identificación de alertas: La elaboración y remisión de alertas individuales a las IPS vigiladas sobre la identificación de situaciones atípicas frente al reporte de información UIAF, buscar aportar a la mejora en el reporte de información por parte de los obligados.
- Consolidación de informes: La consolidación y remisión de informe sobre las situaciones identificadas en el reporte de la UIAF a la Dirección de Medidas Especiales para PSS y la Dirección de Innovación y Desarrollo, contribuye a la articulación interna y toma de decisiones basada en evidencia.

Retos y desafíos

En la lucha contra el flagelo del lavado de activos y los delitos fuente se presentan actualmente desafíos para la supervisión de los prestadores de servicios de salud frente a las instrucciones emitidas por la SNS para la gestión de estos riesgos, tales como: Fortalecer las competencias y destrezas de los funcionarios para desarrollar eficientes acciones de IV, exigir la actualización de las circulares que rigen la materia, implementar nuevos métodos para transitar a una supervisión basada en riesgos, exigir Oficiales de cumplimiento con el lleno de requisitos y cumplimiento de sus funciones en las IPS bajo ámbito de aplicación, aumentar los análisis de debida diligencia y frente a los resultados establecer los canales adecuados y oportunos con la UIAF para lo de su competencia y asistencias a los vigilados. En tal sentido, esto permitirá mostrar que la DPSS refleje el compromiso de cara a la Evaluación Nacional de Riesgos.

Evaluación Nacional del Riesgos

Actualmente, la Superintendencia se encuentra participando en las mesas de trabajo con la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF para la realización de la Evaluación Nacional de Riesgo – ENR, la cual es efectuada periódicamente por el Grupo de Acción Financiera de Latinoamérica (GAFILAT) [1]. En este ejercicio, 5ta ronda de evaluación, se busca atender las recomendaciones de GAFI e informar sobre las actuaciones que se adelantan frente al SARLAFT/FPADM, para identificar su efectividad.

En este contexto, y buscando impactar con las acciones de inspección, vigilancia en la efectividad de las acciones para el SARLAFT/FPADM, la DPSS buscará desarrollar instrumento de evaluación para los vigilados, procurando su participación en la etapa de evaluación y consolidando los resultados como insumo de la Superintendencia para la ronda de evaluación.

Retos identificados a partir de la experiencia actual

- Contar con acceso a la lista de beneficiarios finales de la DIAN, con el propósito de identificar los actores relacionados con los PSS y la aplicación de acciones de que permitan identificar alertas de riesgos de LA/FT y COFS contribuyendo a que los actores del SGSSS les den buen manejo a los recursos públicos.
- Participar en la revisión y actualización a las tipologías en LAFT/FPADM para el sector salud.
- Realizar seguimiento a las necesidades planteadas a la UIAF para lograr mayor efectividad de los resultados obtenidos de las acciones de IV.
- Articular con la DID los resultados del análisis con el objetivo de desarrollar orientaciones.
- Definir los mecanismos de seguimiento sobre oficiales de cumplimiento, en procura de la efectividad de su labor.
- Fortalecer los equipos de trabajo, de modo que se puedan especializar en mejorar los instrumentos actuales de supervisión.

- Integrar la información resultante del análisis de la información UIAF al Modelo de Supervisión para los Prestadores de Servicios de Salud.
- Armonizar las bases de datos de la Supersalud y la UIAF para las IPS obligadas a reportar periódicamente, garantizando la consistencia de la información según su clasificación en los grupos C1, C2 y D1.

3.3.9. Retransmisión de información de Prestadores de Servicios de Salud

En virtud de lo establecido en la Circular Externa 2021151000000007-5 del 2021, el proceso de seguimiento y evaluación al vigilado y el “Procedimiento para el monitoreo del reporte de información por parte de los sujetos vigilados”, en el cual se incorpora el tratamiento institucional para las retransmisiones, la Delegada de Prestadores de Servicios de Salud, en cumplimiento de su función frente a los sistemas de información y el suministro de información con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia, ejecuta acciones para el fortalecimiento de sus capacidades, entre otros, mediante una mejora en el proceso de retransmisión de información y con ello en la supervisión.

Avances y transformaciones

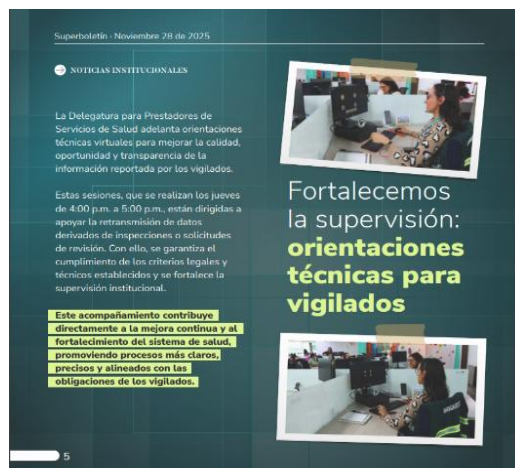
- ❖ Principales logros alcanzados durante la vigencia.

En la vigencia 2025 la Delegada ha ordenado la retransmisión de información de 71 IPS, para las cuales realizó procesos de retroalimentación escritos y virtuales.

Dentro de los logros, y como innovación y mejoras implementadas en la vigencia, se encuentra la realización de 9 jornadas de orientación técnica virtual, entre los meses de septiembre y diciembre, las cuales dirigieron a las IPS en su proceso para la presentación de justificaciones y documentación soporte ante el proceso de retransmisión.

A continuación, se presenta pieza de comunicaciones sobre la actividad adelantada:

Ilustración 16 Pieza comunicativa de orientaciones técnicas virtuales de retransmisión



Fuente: Elaboración DPSS- Oficina Asesora de Comunicaciones 2025.

Esta actividad permitió una disminución en el número de devoluciones de los estudios de retransmisión, pasando de un promedio de seis interacciones escritas a tres, sin embargo, existen casos con vigilados que requieren una verificación con mayor frecuencia.

Por otro lado, un avance para la vigencia corresponde a la participación de la Delegada en la construcción del proceso de retransmisiones de la Superintendencia, incorporado en el procedimiento “Monitoreo del reporte de información por parte de los sujetos vigilados” del proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”. Para este proceso se desarrollaron adicionalmente el formato “Oficio de retransmisión” y “Control de Requerimientos y Retransmisión de Archivos”.

Desafíos

Teniendo en cuenta las limitaciones de los vigilados para realizar el reporte de información con atributos de calidad y consistencia, debido entre otras situaciones, a la alta rotación del personal administrativo que se encarga de la remisión de datos a la Superintendencia, y que generan las solicitudes de verificación para el estudio de una orden de retransmisión, se identifica como desafío, llegar a los vigilados mediante estrategias de sensibilización y recordatorios para el reporte, de manera permanente.

Atender este reto tiene como propósito final contar con datos pertinentes para el monitoreo y evaluación de la Delegada, así como, para la priorización de las acciones de IVC y su impacto en la prestación de servicios de los vigilados.

3.3.10. Planes de mejoramiento producto de las auditorías internas o externas referentes a la delegatura

Auditorías internas

Los planes de mejoramiento derivados de las auditorías internas durante la vigencia 2025, tienen como objetivo principal fortalecer los procesos misionales de la Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud, garantizando el cumplimiento de los lineamientos normativos aplicables.

En el marco del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), los lineamientos institucionales de la Superintendencia Nacional de Salud y la normativa vigente, la ejecución de los planes de mejoramiento se fundamenta en los informes de auditoría interna realizados por la Oficina de Control Interno o la Oficina Asesora de Planeación, así mismo, para el desarrollo de las acciones se utilizaron metodologías institucionales, mesas técnicas, capacitaciones, documentos, manuales y herramientas de seguimiento y control.

Avances y transformaciones

Durante la vigencia 2025, la Delegatura gestionó once (11) planes de mejoramiento derivados de auditorías internas, de los cuales nueve (9) fueron cerrados de manera efectiva con un avance del 100% y dos (2) se encuentran en ejecución.

Entre los principales logros se destaca el fortalecimiento de los controles del proceso de Auditorías, la estandarización de actividades y la capacitación continua del equipo auditor.

Estos avances reflejan mejoras significativas en la planeación y ejecución del proceso de Auditorías, evidenciado cumplimiento del 100% en la mayoría de los planes gestionados.

El estado de los planes se presenta de la siguiente manera:

- **Plan de Mejoramiento No. 1698**

Actividades: - Realizar mesas técnicas para modificar el proceso respecto a la posibilidad de requerir ejecutar auditorías no priorizadas por alguna contingencia o lineamiento, así como ajustar el programa de auditoría, siempre y cuando esté debidamente justificado. La actividad culminará con la aprobación del ajuste al proceso, seguido de su respectiva publicación y socialización.

Fecha de inicio y de terminación: Del 20 de enero al 31 de mayo de 2025.

Estado: Cerrado- efectivo, avance del 100% con registro del último seguimiento el 29 de mayo de 2025, por lo cual se da cumplimiento al tiempo de ejecución del plan de mejoramiento.

- **Plan de Mejoramiento No. 1699**

Actividades: - Llevar a cabo mesas técnicas para establecer una excepción dentro del proceso en relación con la fase de aprobación del programa de auditoría.

- Remitir oportunamente el Programa de Auditoría al Superintendente.

Fecha de inicio y de terminación: Del 20 de enero al 31 de mayo de 2025.

Estado: Cerrado- efectivo, avance del 100% con registro del último seguimiento el 29 de mayo de 2025, por lo cual se da cumplimiento al tiempo de ejecución del plan de mejoramiento.

- **Plan de Mejoramiento No. 1700**

Actividades: - Realizar mesas técnicas para definir una excepción en la fase de aprobación del programa de auditorías.

Fecha de inicio y de terminación: Del 20 de enero al 31 de mayo de 2025.

Estado: Cerrado- efectivo, avance del 100% con registro del último seguimiento el 29 de mayo de 2025, por lo cual se da cumplimiento al tiempo de ejecución del plan de mejoramiento.

- **Plan de mejoramiento No. 1701**

Actividades: -Realizar mesas técnicas para robustecer la actividad Revisar y aprobar el informe de auditoría y oficio, de la fase 2. Planear y ejecutar la auditoría.

-Llevar a cabo capacitaciones a los profesionales de la sede central de la Delegada para Entidades Territoriales y generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, sobre la revisión de los informes de auditoría.

Fecha de inicio y de terminación: Del 20 de enero al 15 de diciembre de 2025.

Estado: Cerrado- efectivo, avance del 100% con registro del último seguimiento el 5 de noviembre de 2025, por lo cual se da cumplimiento al tiempo de ejecución del plan de mejoramiento.

- **Plan de mejoramiento No. 1702**

Actividades: -Impartir 3 capacitaciones al equipo auditor de la SNS durante la vigencia 2025 relacionadas con la evaluación de los planes de mejoramiento.

-Enviar un memorando semestral a las delegaturas misionales y a las regionales, reiterando la importancia del autocontrol y el seguimiento de los tiempos establecidos para esta actividad.

Fecha de inicio y de terminación: Fecha de inicio y de terminación:

Del 20 de enero al 15 de diciembre de 2025.

Estado: Cerrado- efectivo, avance del 100% con registro del último seguimiento el 10 de septiembre de 2025, por lo cual se da cumplimiento al tiempo de ejecución del plan de mejoramiento.

- **Plan de mejoramiento No. 1703**

Actividades: -Impartir 3 capacitaciones al equipo auditor de la SNS durante la vigencia 2025 relacionadas con la evaluación de los planes de mejoramiento.

-Enviar un memorando semestral a las delegaturas misionales y a las regionales, reiterando la importancia del autocontrol y el seguimiento de los tiempos establecidos para esta actividad.

Fecha de inicio y de terminación: Del 20 de enero al 15 de diciembre de 2025.

Estado: Cerrado- efectivo, avance del 100% con registro del último seguimiento el 6 de noviembre de 2025, por lo cual se da cumplimiento al tiempo de ejecución del plan de mejoramiento.

- **Plan de mejoramiento No. 1704**

Actividades: Realizar mesas técnicas para la revisión de los controles del proceso.

Fecha de inicio y de terminación: Del 20 de enero al 15 de diciembre de 2025.

Estado: Cerrado- efectivo, avance del 100% con registro del último seguimiento el 4 de agosto de 2025, por lo cual se da cumplimiento al tiempo de ejecución del plan de mejoramiento.

- **Plan de mejoramiento No. 1705**

Actividades: -Realizar 3 capacitaciones al equipo auditor de la SNS durante la vigencia 2025 haciendo énfasis en los tiempos establecidos en el proceso de auditoría.

-Realizar mesas técnicas para robustecer el control establecido.

Fecha de inicio y de terminación: Del 20 de enero al 15 de diciembre de 2025.

Estado: Cerrado- efectivo, avance del 100% con registro del último seguimiento el 4 de agosto de 2025, por lo cual se da cumplimiento al tiempo de ejecución del plan de mejoramiento.

- **Plan de Mejoramiento 1857**

Actividades: -Elaborar el manual de cadena de custodia para auditorías forenses de la Superintendencia Nacional de Salud V1

-Elaborar los formatos requeridos en las etapas de cadena de custodia establecidas en el manual de cadena de custodia.

-Realizar jornadas de socialización o transferencia de conocimiento: Mesas de socialización del grupo interno de trabajo de Auditoria Forense a los funcionarios de las diferentes delegadas misionales y gestión documental sobre la gestión adecuada de la evidencia de auditoría en línea con procedimientos y protocolos específicos de la cadena de custodia. Riesgos asociados a la manipulación incorrecta de la evidencia y consecuencias de no seguir la cadena de custodia. Evaluación de apropiación: Evaluar la correcta comprensión y apropiación de los conocimientos adquiridos en la capacitación, garantizando que los funcionarios puedan aplicar los procedimientos de manera efectiva. Aplicación de Test de Conocimiento (Pre y Post) y encuestas de Retroalimentación.

-Realizar simulacros o prueba piloto: Validar a través de ejercicios prácticos la implementación práctica de los procedimientos aprendidos en situaciones simuladas, asegurando que los funcionarios puedan manejar la evidencia de auditoría según los protocolos establecidos.

Fecha de inicio y de terminación: Del 12 de febrero de 2025 al 27 de febrero de 2026.

Estado: Abierto, con un avance del 80%. De las cuatro (4) actividades propuestas se han ejecutado tres. Se diseñó el Manual de Cadena de Custodia con SEIS formatos de registros. El pasado 3 de diciembre en sesión de la Mesa Táctica se puso a consideración de las cinco delegaturas, con votación de aprobación de estos documentos. Está

pendiente la realización de una mesa técnica liderada por la Oficina Asesora de Planeación para definir cuál de las delegaturas realizará la prueba piloto de Auditoría Forense. Importante tener en cuenta que el grupo de auditoría forense a cargo del Despacho del Superintendente fue disuelto. Su fecha de finalización está proyectada para febrero del 2026.

Es importante precisar que, a la fecha de creación del presente plan de mejoramiento, la dependencia responsable de la ejecución de las acciones era la Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud; no obstante, actualmente el responsable, conforme al registro en el aplicativo ITS, es el Asesor de Despacho, Walter Alfonso Flórez Flórez.

- **Plan de Mejoramiento No. 1720**

Actividades: Diseñar y socializar un procedimiento documentado, como una encuesta u otro mecanismo, para recolectar información de los espacios de participación ciudadana e identificar mejoras en los procesos, así subsanar el no cumplimiento de la actividad: Considerar los resultados de los espacios de participación y/o rendición de cuentas con ciudadanos (sugerencias, expectativas, quejas, peticiones, reclamos o denuncias) para llevar a cabo mejoras a los procesos y/o actividades claves de éxito de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.

Fecha de inicio y de terminación: Del 25 de marzo al 16 de diciembre de 2026.

Estado: Abierto, con un avance del 100% de las actividades a cargo de la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud. Corresponde al Proceso de Relacionamiento con la ciudadanía y grupos de valor. Este plan articula a varias delegaturas por tal motivo aún aparece en estado Abierto en el SIG.

Desde la Delegada, la actividad clave de este plan de mejoramiento se enfocó en el diseño de un instrumento para conocer la opinión de los grupos de valor respecto a los espacios de participación promovidos por la Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud con el propósito de identificar oportunidades de mejora en sus procesos y fortalecer la gestión institucional. Esta encuesta se está aplicando desde el 25 de septiembre, con un total de 267 encuestas aplicadas hasta el 29 de noviembre, con resultados que muestran un 98,5% de favorabilidad hacia los espacios de interacción desarrollados por la Delegatura para Prestadores de Servicios con sus vigilados.

Auditorías externas

Los planes de mejoramiento derivados de auditorías externas se sustentan en los informes emitidos por los entes de control, en específico, para la vigencia 2025, por la Contraloría General de la Nación.

La ejecución de estos planes se apoya en lineamientos normativos, resoluciones vigentes, mesas de trabajo interinstitucionales y

mecanismos de articulación con otras dependencias de la Superintendencia Nacional de Salud y entidades del sector.

Avances y transformaciones

Durante la vigencia 2025 se gestionaron planes de mejoramiento asociados a auditorías de desempeño y cumplimiento, relacionados con temas estratégicos como flujo de recursos, gestión fiscal, desnutrición infantil y atención a población con enfoque diferencial.

Se evidencian avances significativos en la ejecución de los planes con cierres al 100% y otros en ejecución con avances entre el 75% y el 80%, destacándose:

- ❖ La articulación de las dependencias para el seguimiento de compromisos.
- ❖ El fortalecimiento de las acciones de inspección y vigilancia en territorios priorizados.

El estado de los planes se presenta de la siguiente manera:

- **Evaluación de Desempeño de la Gestión Fiscal de la Alianza Intersectorial para la Prevención de la Conducta Suicida y su Articulación con el CONPES 3992 en la SNS 2020-2023, Contraloría General de la Nación**

Actividades: -Requerimientos, auditorias, etc. realizadas a los PSS que incumplen con sus obligaciones según lo notificado por la Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud y Delegada para Protección al Usuario

-Comunicación masiva a PSS con la emisión de directrices correspondientes

-Auditorias (En campo, integral o documental) y/o requerimientos a las IPS que presenten incumplimiento, informadas por la Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud

Fecha de inicio y de terminación: Del 1 de abril de 2025 al 31 de marzo de 2026.

Estado: En ejecución, con un avance del 75%. El 24 de noviembre de 2025, se remitió a la Oficina de Control Interno el reporte con corte al 31 de octubre de 2025 mediante memorando 20254000000118543.

- **Informe de auditoría de cumplimiento vigencia 2023, Contraloría General de la Nación**

Actividades: Modificar parágrafo 1 del artículo 15 de la Resolución 2599 de 2016 (mecanismo excepcional para la selección del agente especial)

Fecha de inicio y de terminación: Del 1 de febrero al 31 de diciembre de 2025.

Estado: En ejecución, con un avance del 80%. Se precisa que, la Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud, durante la vigencia 2025 ha participado en quince (15) mesas de Trabajo relacionadas con la modificación de la Resolución 2599 de 2016 (mecanismo excepcional para la selección del agente especial).

Actualmente, en articulación con la Dirección de Medidas Especiales para EPS y Entidades Adaptadas, la Oficina de Liquidaciones y la Dirección Jurídica, se adelantó la modificación de la Resolución 2599 de 2016, la cual se encuentra proyectada y pendiente de trámite ante el Departamento Administrativo de la Función Pública para su aprobación, de conformidad con los requisitos normativos aplicables a Agentes Interventores, Contralores y Liquidadores.

El 24 de diciembre de 2025, se remitió a la Oficina de Control Interno el reporte con corte al 23 de diciembre de 2025 mediante memorando 20254000000132213.

- **Auditoría de Desempeño Evento Flujo de Recursos 2020, 2021 y 2022, Contraloría General de la Nación**

Actividades: -Realizar reuniones periódicas entre las diferentes áreas de la SNS y el MSPS - Coordinadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Cuentas por cobrar de IPS con EPS liquidadas.

-Realizar reuniones periódicas entre las diferentes áreas de la SNS y el MSPS - Coordinadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Deudas reconocidas con antigüedad superior a 360 días.

-Establecer mesas periódicas de revisión y análisis de la Circular Conjunta 030 de 2016 con las dependencias de la Superintendencia Nacional de Salud y del Ministerio de Salud y Protección Social. Gestiones de la SNS frente al flujo de recursos del SGSSS.

-Participación mesas de trabajo proyecto de implementación SIIFA. Medición del costo de procesamiento de facturas y Fuentes de información financiera y sistemas de información financiera y asistencial para el sector salud.

Fecha de inicio y de terminación: Del 1 de septiembre de 2024 al 30 de agosto de 2025.

Estado: Cerrado, con un avance del 100%. Las acciones fueron realizadas en articulación con la Delegatura para Entidades de Aseguramiento en Salud, Dirección de Innovación y Desarrollo y la Delegatura para Entidades Territoriales.

El 6 de noviembre de 2025, se remitió a la Oficina de Control Interno el reporte con corte al 31 de octubre de 2025 mediante memorando 20254000000111583.

- **Evaluación de Desempeño de la Gestión Fiscal a la "Desnutrición Infantil y Muertes por Desnutrición en Colombia para el periodo 2018-2023 en los Departamentos de La Guajira, Chocó y Vichada, Contraloría General de la Nación**

Actividades: -Fortalecer las acciones de inspección y vigilancia como Superintendencia Nacional de Salud a las entidades territoriales de Maicao, Manaure, Uribia y Riohacha y del departamento de la Guajira y las EPS con presencia en estos, con el fin de verificar el cumplimiento de los lineamientos normativos frente a la garantía de la atención de la población del departamento

-Fortalecer las acciones de inspección, vigilancia y control (medidas especiales) como Superintendencia Nacional de Salud a la entidad territorial en el Departamento del Chocó, las EPS y a los prestadores con presencia en estos, con el fin de verificar el cumplimiento de los lineamientos normativos frente a la garantía de la atención de los niños y niñas menores de cinco años con diagnóstico de desnutrición.

Fecha de inicio y de terminación: Del 1 de abril de 2025 al 31 de marzo de 2026.

Estado: En ejecución, con un avance del 75%. Las acciones fueron realizadas en articulación con la Delegatura para Entidades de Aseguramiento en Salud, Dirección de Innovación y Desarrollo y la Delegatura para Entidades Territoriales.

La Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud, en el marco de las competencias definidas en el Decreto 1080 de 2021, ha realizado acciones respectivas con el fin de impactar en la prestación de los servicios de salud a la población infantil del territorio de la Guajira, Choco y Vichada, por lo cual, este plan se encuentra en ejecución presentando las evidencias de la continuidad de las acciones.

El último reporte solicitado por la Oficina de Control Interno fue remitido el 9 de julio de 2025 mediante memorando 20254000000067573.

Aprendizajes y aportes al cumplimiento de la misión institucional

La implementación de los planes de mejoramiento permite identificar la importancia del trabajo articulado entre dependencias, la necesidad de fortalecer el autocontrol y el seguimiento oportuno de los tiempos definidos, así como la relevancia de la capacitación continua del talento humano.

Las buenas prácticas derivadas de estos procesos contribuyen directamente al fortalecimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control, impactando positivamente la eficiencia, la transparencia y la calidad de los procesos misionales de la Delegatura.

Desafíos

Para la siguiente vigencia, se identifican como principales desafíos:

- Cierre efectivo de los planes de mejoramiento que continúan abiertos.
- El fortalecimiento del seguimiento interinstitucional en planes que articulan a varias delegaturas.
- La mitigación de riesgos asociados a cambios organizacionales y reasignación de responsabilidades.

3.3.11. Matriz de riesgos de la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud

La gestión de riesgos de la Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud durante la vigencia 2025 tuvo como objetivo identificar, analizar, controlar y monitorear los riesgos de gestión y de corrupción asociados a los procesos misionales de Auditorías, Control, Gestión de Trámites y Seguimiento y Evaluación al Vigilado, con el fin de prevenir afectaciones reputacionales, económicas, operativas y de transparencia institucional.

Esta gestión se soportó en la Matriz de Riesgos institucional, los lineamientos del Sistema de Control Interno, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), la normativa vigente aplicable y la documentación de cada proceso. Para su ejecución se utilizaron herramientas como el aplicativo ITS para el registro y seguimiento trimestral de los riesgos, tableros de control, matrices de priorización, formatos de planeación, actas, correos electrónicos y demás evidencias documentales que respaldan la efectividad de los controles implementados.

Avances y transformaciones

Para la vigencia 2025, la Delegatura identificó y gestionó un total de doce (12) riesgos en los procesos de Auditorías, Control, Gestión de Trámites y Seguimiento y Evaluación al Vigilado, distribuidos en seis (6) riesgos de gestión y seis (6) riesgos de corrupción.

Entre los principales avances se destacan:

- La definición y aplicación de controles preventivos y detectivos orientados a mitigar riesgos reputacionales, económicos y de imagen institucional.
- La estandarización de revisiones técnicas y aprobaciones de informes, planes de mejoramiento y conceptos técnicos.
- La implementación de monitoreos trimestrales de riesgos en el aplicativo ITS, realizados en la vigencia 2025.

Como resultado de estas acciones, no se evidenció la materialización de los riesgos identificados durante la vigencia, lo cual constituye un indicador cualitativo de efectividad de los controles establecidos y del seguimiento continuo realizado por la Delegatura.

En ese orden de ideas, la Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud, en su calidad de líder del proceso de Auditorías, realizó el monitoreo de los riesgos en el aplicativo ITS con periodicidad trimestral, conforme a las siguientes fechas:

I trimestre 2025: 24 de abril de 2025.

II trimestre 2025: 25 de julio de 2025.

III trimestre 2025: 19 de octubre de 2025.

En relación con los riesgos identificados en los procesos misionales de Control, Gestión de Trámites y Seguimiento y Evaluación al Vigilado, los reportes trimestrales, junto con sus respectivas evidencias, fueron cargados oportunamente en los enlaces dispuestos por cada Delegatura líder y remitidos a los correos institucionales correspondientes.

A continuación, se relacionan los riesgos con los respectivos controles y evidencias:

Tabla 95 Riesgos Proceso de Auditorías

No.	RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	EVIDENCIA
GESTIÓN ATPR01-1	Posibilidad de afectación reputacional por ineffectividad de la auditoría debido a la inadecuada definición de los hallazgos por parte del auditor.	El Delegado, Director o coordinador (cuando aplique) cada vez que defina la ejecución de una auditoría, revisa que el perfil del equipo auditor corresponda al componente auditar para la asignación. En caso de no contar con el o los perfiles requeridos, se solicitará el apoyo a otras áreas de la Superintendencia Nacional de Salud.	Correo electrónico, acta de reunión o formato de planeación designando el equipo auditor
		El delegado o director, asigna cada vez que se requiera los equipos de auditores de acuerdo con sus competencias. En caso de que se identifique que los auditores participan en las auditorías de forma recurrente con el mismo vigilado, El Delegado o Director para los temas sensibles definirá de acuerdo con sus recursos la posibilidad de cambio del auditor.	Tablero de control y en el caso que se identifique la necesidad de cambio, se indicará a través del correo electrónico
		El coordinador de auditoría emite visto bueno del informe de auditoría garantizando que los papeles de trabajo y las evidencias recopiladas se encuentren de manera completa y guarden coherencia con los hallazgos formulados en el informe. En el caso que se identifique que los papeles de trabajo y las evidencias recopiladas no guardan coherencia con los hallazgos, verificará con el equipo auditor según sea el caso, realizar los ajustes que correspondan.	Correo electrónico con la aprobación del informe de auditoría
GESTIÓN ATPR01-2	Posibilidad de afectación reputacional por sanción de un ente regulador por la implementación de planes de	El equipo auditor o a quien se designe verifica el alcance, objetivo, tiempos y acciones propuestas por el vigilado en el plan de mejoramiento con el fin de validar la coherencia frente a la subsanación de las causas que generaron los hallazgos definidos en la auditoría. En caso de que se detecte que el plan de mejoramiento no es	Relación de comunicaciones enviadas al vigilado informando la aprobación o no del plan de mejoramiento

No.	RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	EVIDENCIA
	mejoramiento por parte del vigilado que no subsanan las causas del hallazgo identificado.	viable, se solicita al vigilado su corrección, esto podrá realizarse una única vez. El profesional responsable verifica que los planes de mejoramiento sean evaluados en los tiempos establecidos. En caso de que se encuentre algún incumplimiento, se realiza la respectiva alerta al coordinador de grupo.	Tablero de control
CORRUPCIÓN ATPR01-1	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio, a nombre propio o de un tercero para alterar el Programa de Auditoría	El líder del proceso de auditoría trimestralmente consolida la información remitida por las delegaturas frente al avance de ejecución del programa de auditorías . En caso de presentar cambios en la programación estos serán debidamente justificados por el área responsable.	Memorando de traslado al despacho
CORRUPCIÓN ATPR01-2	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio, a nombre propio o de un tercero para alterar u omitir los hallazgos de la auditoría.	El coordinador de auditoría emite visto bueno del informe de auditoría garantizando que los papeles de trabajo y las evidencias recopiladas se encuentren de manera completa y guarden coherencia con los hallazgos formulados en el informe. En el caso que se identifique que los papeles de trabajo y las evidencias recopiladas no guardan coherencia con los hallazgos, verificará con el equipo auditor según sea el caso, realizar los ajustes que correspondan. El delegado o director, asigna cada vez que se requiera los equipos de auditores de acuerdo con sus competencias. En caso de que se identifique que los auditores participan en las auditorías de forma recurrente con el mismo vigilado, El Delegado o Director para los temas sensibles definirá de acuerdo con sus recursos la posibilidad de cambio del auditor.	Correo electrónico con la aprobación del informe de auditoría Tablero de control y en el caso que se identifique la necesidad de cambio, se indicará a través del correo electrónico.

Fuente: Matriz de riesgos del proceso de Auditorías

Tabla 96 **Riesgos Proceso de Control**

No.	RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	EVIDENCIA
GESTIÓN CTPR01-2	Posibilidad de afectación económica por multa y sanción del ente regulador debido al incumplimiento en el seguimiento a las obligaciones de los Agentes interventores, Liquidadores y Contralores	Los profesionales responsables verifican el cumplimiento de las obligaciones de los agentes interventores, liquidadores y contralores . En caso de detectar incumplimientos, se dará traslado por competencia según corresponda. R2 C1	Relación de fichas de seguimiento o relación de traslados
CORRUPCIÓN CTPR01-1	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio, a nombre propio o de un tercero para el direccionamiento de las decisiones frente al vigilado.	Los Directores o Jefe de Oficina, según corresponda, cada vez que se presente el concepto técnico de adopción o seguimiento a la medida especial , o concepto técnico de seguimiento al vigilado en medida especial de intervención forzosa administrativa para liquidar, revisan que esté debidamente sustentado y cumpla con la normativa aplicable de forma y de fondo .	Matriz en formato Excel con la relación de conceptos técnicos

Fuente: Matriz de riesgos del proceso de Auditorías

Tabla 97 **Riesgos proceso de gestión en trámites**

No.	RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	EVIDENCIA
GESTIÓN TRPR01-1	Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por sanción de los entes de control debido a la incorrecta aprobación o negación de los tramites remitidos por los vigilados.	El Director de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud verifica cada vez que se requiera el concepto técnico o comunicación elaborada por los profesionales asignados , en el que se registran los resultados de la evaluación de los requisitos establecidos en el artículo 6 de la Ley 550 de 1999.	Correo electrónico de la revisión o documento que certifique que no se presentaron trámites de restructuración de pasivos en el periodo

No.	RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	EVIDENCIA
		El coordinador o director, una vez elaborado el estudio de viabilidad verifica cada vez que se requiera de forma y de fondo la evaluación realizada por el profesional responsable , en caso de requerir ajustes se devuelve al profesional para lo pertinente.	Correo electrónico de revisión
		El profesional(es) responsables(s) del trámite evalúa el contenido de los documentos aportados por el vigilado , en caso de requerir aclaraciones se realiza la solicitud al peticionario previa revisión del coordinador y aprobación del Director. El profesional(es) responsables(s) del trámite evalúa el contenido de los documentos aportados por el vigilado, en caso de requerir completitud de requisitos, aclaraciones o ajustes, se realiza la solicitud al peticionario previa revisión del coordinador y aprobación del Director.	Requerimientos a los vigilados
GESTIÓN TRPR01-2	Posibilidad de afectación reputacional por investigaciones de órganos de control debido a la inoportunidad en la resolución de los trámites a cargo de la SNS.	El Director o coordinador del grupo verifica mensualmente el cumplimiento de los tiempos establecidos en el proceso , con el fin dar respuesta oportuna a las solicitudes presentadas por los vigilados. En caso de identificar demoras en la actividad, se definirá la acción de mejora que permita enfrentar esta gestión en los tiempos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud o la normativa vigente.	Acta de seguimiento mensual reportada en el aplicativo ITS de la SNS
CORRUPCIÓN N TRPR01-1	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio para alterar los tiempos, las condiciones o requisitos mínimos del trámite del vigilado, o de cualquier otra acción de supervisión	El Director realizará trimestralmente la verificación del estado de los trámites , en caso de identificar fallas en las actuaciones del profesional designado para el trámite se actuará de acuerdo con lo establecido por la Oficina de Talento Humano de la Entidad y a la oficina de Control Interno.	Reporte trimestral de estado de trámites asignados. Correo o acta que evidencie el seguimiento del estado de los

No.	RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	EVIDENCIA
			trámites, aclarando si se identificaron presuntas fallas
CORRUPCIÓN N TRPR01-3	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para favorecer la selección de profesionales para hacer parte de la terna presentada al Comité de Medidas Especiales como promotor en los Acuerdos de Reestructuración de Pasivos que apruebe la SNS.	El profesional responsable verifica los antecedentes de los profesionales a presentarse al Comité de Medidas Especiales como promotores en los Acuerdos de Reestructuración de Pasivos , aprobados por la SNS. En caso de detectar algún incumplimiento dará aviso al Director de Medidas Especiales para PSS para definir si se busca otro promotor del listado de la Superintendencia de Sociedades.	Correo electrónico que contiene el resultado de la revisión de antecedentes

Fuente: Matriz de riesgos del proceso de Auditorías

Tabla 98 Riesgos Proceso de seguimiento y evaluación al vigilado

No.	RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	EVIDENCIA
			Relación requerimientos de información realizados a los vigilados o actas de seguimiento a compromisos, o Planes de acción
GESTIÓN SEPR01-1	Posibilidad de afectación reputacional y económica, por acciones no procedentes al vigilado debido a inconsistencias en las evaluaciones de riesgo, priorizaciones inadecuadas, o alguna otra acción de Seguimiento y Evaluación al Vigilado imprecisa	Los profesionales designados por el delegado o director o Jefe de oficina, una vez verificada la información reportada por los vigilados y en caso de detectar inconsistencias, solicita a los vigilados las aclaraciones sobre el contenido del reporte de la información de las circulares emitidas por la Supersalud. El delegado o director o jefe de oficina, o quienes ellos designen, revisan la priorización de los vigilados, para las acciones de inspección y vigilancia de manera semestral de acuerdo con los parámetros establecidos por cada una de las Superintendencias Delegadas , en caso de necesitar alguna aclaración, se realiza el respectivo requerimiento.	Matriz de priorización o documento de priorización

No.	RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	EVIDENCIA
		El delegado, director, jefe de Oficina, coordinador o profesional encargado, programa asistencias y acciones de vigilancia e inspección partir de la verificación de las alertas generadas en los territorios.	Actas de reunión, requerimientos o listados de asistencia
CORRUPCIÓN SEPR01-1	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio, a nombre propio o de un tercero para alterar las priorizaciones de asistencia, seguimientos, evaluaciones, o cualquier otra acción de vigilancia en el marco del proceso	El delegado, director, Jefe de Oficina, coordinador o quien estos designen, revisan la priorización de los vigilados de manera trimestral, para que las acciones de supervisión se realicen de acuerdo con los parámetros establecidos. En caso de que se presente una modificación de las acciones programadas, se sustentan los motivos.	Acta y listado de asistencia (o capturas de pantalla de los asistentes si es virtual), o Documentos de Priorización

Fuente: Matriz de riesgos del proceso de Auditorías

Aprendizajes y aportes al cumplimiento de la misión institucional

La gestión de la matriz de riesgos permitió fortalecer una cultura de prevención y autocontrol en los equipos de trabajo de la Delegatura. Entre los principales aprendizajes se destaca la importancia del monitoreo periódico, la adecuada documentación de las evidencias y la articulación entre dependencias para el control efectivo de los riesgos.

Desafíos

Para la siguiente vigencia, se identifican como principales desafíos:

- Adoptar e implementar los ajustes normativos en materia de gestión de riesgos emitidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, lo cual implica la revisión, armonización y actualización de metodologías, matrices, controles y mecanismos de seguimiento, en concordancia con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).
- Formalizar y normalizar tableros, matrices y formatos en el SIG como evidencia institucional válida y accesible.
- Gestionar evidencias organizadas, accesibles y verificables que respalden la existencia y funcionamiento de los controles.
- Fortalecer las capacidades del talento humano mediante procesos de capacitación y sensibilización, la optimización del uso de herramientas tecnológicas para el monitoreo y la mitigación de riesgos asociados a los procesos misionales y a eventuales cambios organizacionales.

6.3.12. Reuniones de autoevaluación

Las reuniones de autoevaluación adelantadas por la Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud durante la vigencia 2025 tuvieron como objetivo evaluar periódicamente la gestión de los procesos, identificar oportunidades de mejora y fortalecer el sistema de control interno, en concordancia con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Estas actividades se soportan en los lineamientos institucionales de autoevaluación, la normatividad vigente aplicable y los procedimientos internos definidos para el seguimiento de la gestión.

Como soporte documental, cada reunión cuenta con acta formal, listado de asistencia, presentación en formato PowerPoint y registro del acta correspondiente en el aplicativo ITS, garantizando la trazabilidad y transparencia del ejercicio.

Avances y transformaciones

Durante la vigencia 2025 se realizaron doce (12) reuniones de autoevaluación, con periodicidad mensual, las cuales se encuentran debidamente documentadas y registradas en el aplicativo ITS. Estas sesiones permitieron realizar seguimiento al cumplimiento de metas e indicadores, planes de mejoramiento, gestión de riesgos, ejecución del proyecto de inversión asignado, Plan Anual de Adquisiciones, gestión de PQRD, socialización de actualizaciones de procesos, documentación y demás información en el marco del Sistema Integrado de Gestión y del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Aprendizajes y aportes al cumplimiento de la misión institucional

Las reuniones de autoevaluación permitieron fortalecer el autocontrol y la participación de los equipos de trabajo de la Delegatura.

Entre los principales aprendizajes, se encuentra la importancia de la revisión periódica de los procesos, el análisis de resultados y la toma de decisiones basada en evidencias.

Desafíos

Para la siguiente vigencia, se identifica como desafío, continuar con el fortalecimiento del enfoque estratégico de las reuniones de autoevaluación, asegurando que los resultados se traduzcan en acciones concretas de mejora, así como la articulación efectiva de estos espacios con la gestión de riesgos, los planes de mejoramiento y los indicadores de desempeño.

Aprendizajes y aportes al cumplimiento de la misión institucional

Para la vigencia 2025, la Delegatura pudo evidenciar la importancia de la articulación temprana entre los diferentes instrumentos de planeación, lo que permitió mantener coherencia en la ejecución y evitar duplicidades en el desarrollo de las acciones de Vigilancia, Inspección y Control asignadas. Asimismo, se reafirmó la necesidad de contar con indicadores adecuados desde la fase de planeación, para orientar la toma de decisiones oportunas basadas en evidencia.

Así las cosas, las acciones desarrolladas en el marco del Plan Anual de Gestión (PAG) contribuyeron a la protección del derecho a la salud de los usuarios, así como a promover la sostenibilidad del sistema de salud.

Desafíos

- Integrar el uso de herramientas de análisis de datos, garantizando su interoperabilidad con los sistemas de información disponibles, con el fin de fortalecer el Modelo de Supervisión de Prestadores de Servicios de Salud.
- Fortalecer la cultura de planeación en todos los niveles de la Delegatura, incluyendo procesos de capacitación en gestión por resultados y asegurando la apropiación metodológica por parte de los equipos técnicos.
- Articular correctamente todos los instrumentos de planeación en donde participa la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud.
- Mejorar la calidad, oportunidad y confiabilidad de la información utilizada en los procesos de supervisión de la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud, reduciendo la dispersión de fuentes, estandarizando criterios técnicos y fortaleciendo los mecanismos de validación de datos.
- Incrementar la eficiencia operativa y administrativa de la Delegatura, mediante la simplificación de procesos, la estandarización de procedimientos y el uso de herramientas

tecnológicas que permitan reducir tiempos, reprocesos y riesgos de error.

- Fortalecer la trazabilidad y control de la gestión, a través del registro oportuno de información en los sistemas institucionales, lo que mejora la transparencia y la rendición de cuentas.

Buenas prácticas:

- Articulación temprana entre planeación y operación, asegurando que las actividades misionales se encuentren alineadas con los objetivos estratégicos, los planes operativos y la disponibilidad presupuestal desde el inicio de la vigencia.
- Seguimiento periódico a metas y compromisos, mediante espacios de revisión interna que facilitan la identificación oportuna de desviaciones, la adopción de acciones correctivas y el cumplimiento de los cronogramas establecidos.
- Priorización de acciones basadas en riesgos, permitiendo focalizar los esfuerzos de inspección, vigilancia y control en aquellos Prestadores con mayores alertas, impacto poblacional o nivel de criticidad.
- Uso eficiente de los recursos asignados, mediante una programación anticipada de actividades y una ejecución controlada, lo cual contribuye a la eficiencia administrativa y al cumplimiento de las metas institucionales.

3.3.14. Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud

La Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud, tiene como función principal supervisar y monitorear los posibles riesgos y el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la normatividad vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en concordancia con la misión y visión de la Superintendencia Nacional de Salud, específicamente para los ejes temáticos que se describen a continuación:

- a) Prestación de Servicios: Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad, continuidad y pertinencia en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación acorde a su modelo de prestación.
- b) Financiero: El alcance se refiere a la verificación de la generación, recaudo y administración de los recursos de la entidad, en el ámbito de sus competencias.
- c) Administrativo – Legal: Tiene como objetivo es verificar la gestión jurídica de la entidad y el cumplimiento de los requisitos legales del

prestador en el desarrollo de gestión institucional, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.

d) Seguimiento y evaluación al vigilado: El propósito es monitorear, evaluar, orientar la gestión de los vigilados respecto al funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud de conformidad con la normatividad vigente, mediante el análisis de información, priorización de acciones, asistencias y acciones de IV, asociadas a las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de fortalecer el derecho a la salud oportuno y de calidad en el territorio nacional.

La Dirección actualmente opera según la siguiente estructura, derivada de la Resolución número 20229100100006786 del 23 de febrero de 2022, por la cual se crearon los Grupos Internos de Trabajo así:

- Grupo de Inspección y Vigilancia en Salud
- Grupo de Inspección y Vigilancia Financiero
- Grupo de Inspección y Vigilancia para el Mejoramiento de los Prestadores de Servicios de Salud.

Además, mediante resolución Nro. 2024910010000256-6 del 22 de enero de 2024, se creó el Grupo de Inspección y Vigilancia Jurídico para Prestadores de Servicios de Salud, para optimizar la gestión de los

trámites jurídicos y administrativos, y garantizar la trazabilidad y coordinación de las acciones ejecutadas por los abogados de la Dirección.

Acciones de inspección y vigilancia:

Dentro de las acciones ejecutadas por la Delegada de Prestadores de Servicios de Salud se encuentran las siguientes:

- Auditorías.
- Seguimiento a Planes de Mejoramiento.
- Seguimiento a la ejecución del Programa de Mejoramiento Institucional – PMI.
- Seguimiento a las alertas identificadas y gestionadas en el monitoreo y vigilancia de los recursos financieros en las Empresas Sociales del Estado priorizadas.
- Orientaciones técnicas a los Prestadores de Servicios en Salud, en relación con el fortalecimiento de competencias respecto a las prioridades de salud pública realizadas a los Prestadores de Servicios de Salud.
- Orientaciones técnicas relacionadas con la gestión en el recaudo de los recursos realizada por parte de los prestadores de servicios de salud y la

incidencia que puede generarse frente a medidas de cobro coactivo y embargos en estos recursos del sistema de salud.

- Monitoreo de los riesgos a los prestadores de servicios de salud.
- Socialización y capacitación realizados en relación con las acciones adoptadas a los Prestadores de Servicios de Salud-PSS de la Superintendencia Nacional de Salud (Socialización actualización Programa de Mejoramiento Institucional – PMI).
- Gestión de las solicitudes de autorización previa para reforma estatutaria presentada por las IPS de índole privada y mixta.
- La Delegada para Prestadores de Servicios de Salud cuenta con la función delegada por el Superintendente, de gestionar los recursos de apelación interpuestos por el director o gerente de las ESE, en contra del acuerdo que contiene la evaluación del plan de gestión, y resolver sobre la evaluación no satisfactoria si el director o gerente no presenta el proyecto de plan de gestión o el informe anual de cumplimiento, según la Ley 1438 de 2011.

Es importante resaltar, que las acciones que se ejecutan para dar continuidad a los procesos a cargo de la Dirección se consignan en el Plan Anual de Gestión de la Delegada en la correspondiente vigencia, señalando que estas acciones mantienen un seguimiento y monitoreo, de

tal manera que se puedan evidenciar los avances, retrocesos y resultados por parte los Prestadores de Servicios de Salud, estableciendo además las instrucciones para exigir la mejora en los resultados en salud.

Auditorías

Durante la vigencia 2025, la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud llevo a cabo 73 auditorías distribuidas de la siguiente manera por tipo de acción:

Tabla 99 Distribución de auditorías por tipo de vigencia 2025-DPSS

ACCIÓN DE IV	# AUDITORÍAS	%
Auditoría – Específica	30	41,09%
Auditoría – Integral	42	57,53%
Documental	1	1,38%
Total	73	100%

Fuente: Elaboración propia Delegatura Prestadores de Servicios en Salud: Base de datos de auditorías vigencia 2025

De acuerdo con la tabla anterior, se observa que el mayor número de auditorías realizadas se encuentra en las auditorías integrales correspondiendo a cuarenta y dos (42), mediante las cuales se verificó el cumplimiento de las responsabilidades de los prestadores de servicios de salud en relación con los siguientes ejes temáticos: financiero, administrativo legal y prestación de servicios de salud.

Seguido de las auditorías con alcance específico, se observan treinta (30) auditorías integrales, en temas puntuales como: Manejo Integral de la Desnutrición Aguda, Moderada y Severa en Niños y Niñas de 0 a 59 Meses de Edad, cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Ruta Integral de Atención en Salud para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal; prestación de servicios de salud; no cumplimiento en los reportes de información financiera exigidos por esta Superintendencia a través de Circular Única a los vigilados y su incidencia en la Contribución de Vigilancia; reclamaciones SOAT.

En cuanto a la realización de auditorías por departamento o distrito, a continuación, se relaciona el número de auditorías por cada uno de estos, para la vigencia 2025:

Tabla 100 Distribución de auditorías por departamento vigencia 2025

DEPARTAMENTO	# AUDITORÍAS	%
Bogotá	18	25%
Chocó	7	10%
Valle del Cauca	6	8%
Atlántico	4	5%
Cundinamarca	4	5%
Santander	3	4%
Norte de Santander	3	4%
Antioquia	3	4%
Magdalena	3	4%
Huila	3	4%
Cesar	2	3%
Meta	2	3%

DEPARTAMENTO	# AUDITORÍAS	%
Bolívar	2	3%
Risaralda	1	1%
Putumayo	1	1%
Arauca	1	1%
La Guajira	1	1%
Tolima	1	1%
Risaralda	1	1%
Casanare	1	1%
Caldas	1	1%
Guaviare	1	1%
Nariño	1	1%
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	1	1%
Vaupés	1	1%
Vichada	1	1%
TOTAL	73	100%

Fuente: Elaboración propia Delegatura Prestadores de Servicios en Salud vigencia 2025

Respecto a la distribución de las auditorías realizadas por departamento, Bogotá concentró dieciocho (18) auditorías, seguido de Chocó con siete (7), Valle del Cauca con seis (6), Norte de Santander y Cundinamarca con tres (3), Atlántico y Cundinamarca con cuatro (4), Santander, Norte de Santander, Antioquia y Magdalena con tres (3) y Cesar, Meta y Bolívar con dos (2). El número de auditorías realizadas en la ciudad de Bogotá se debe a las específicas para vigilados que de manera reiterada han incumplido las instrucciones de reporte exigidas por esta Superintendencia y situaciones relacionadas con la prestación de servicios de salud; de igual manera, se realización auditorías integrales, verificando el cumplimiento de las responsabilidades de los prestadores de servicios

de salud en relación con los siguientes ejes temáticos: financiero, administrativo legal y prestación de servicios de salud.

Proceso de seguimiento y evaluación a Vigilado

Evaluación y seguimiento planes de mejoramiento

El Grupo de Inspección y Vigilancia para el Mejoramiento de los Prestadores de Servicios de Salud, realiza seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos por los vigilados, derivados de las auditorías realizadas por la Dirección de Inspección y Vigilancia para los Prestadores de Servicios de Salud en las cuales se presentaron hallazgos, cuyo propósito es subsanar, corregir y/o prevenir sus causas y gestionar los riesgos.

Así las cosas, se realiza el análisis y evaluación de los planes de mejoramiento presentados por los vigilados, los cuales, una vez aprobados, son objeto de seguimiento hasta finalizar su plazo de ejecución.

A continuación, se presenta la gestión realizada durante el 1 de enero y 31 de diciembre de 2025, respecto a la evaluación y seguimiento de los planes de mejoramiento:

Tabla 101 Gestión realizada a los Planes de Mejoramiento en la vigencia del 1 de enero a 31 de diciembre de 2025

Gestión realizada por el GIVPMPSS	Total
Primera revisión de PM para aprobación	72
Segunda revisión de PM para aprobación	79
Revisión de soportes de ejecución	201
Traslados a Investigaciones Administrativas	20

Fuente: Elaboración propia Delegatura Prestadores de Servicios en Salud - Dirección IV para Prestadores de Servicios de Salud – Vigencia 2025

Los Planes de Mejoramiento gestionados durante la actual vigencia y relacionados en la tabla anterior, obedecen a auditorías realizadas desde el año 2024 hasta la fecha.

Así mismo, se evidencia que, por incumplimiento en la presentación, no aprobación o ejecución del plan de mejoramiento, se remitieron a la Delegada para Investigaciones Administrativas veinte (20) prestadores de servicios de salud, de los cuales cuatro (4) son públicas y dieciséis (16) de naturaleza privada.

En la siguiente tabla se puede evidenciar el estado actual de los cincuenta (50) Planes de Mejoramiento de los Prestadores de Servicios de Salud producto de las auditorías realizadas durante 1 de enero al 31 de diciembre de 2025, a quienes se les notificó mediante el envío del informe de auditoría los hallazgos evidenciados y se les requirió la suscripción de un plan de mejoramiento, cuya evaluación y seguimiento está a cargo de la Dirección IV para los PSS.

Tabla 102 Estado de los planes de mejoramiento de la vigencia 2025

Estado	Total
Aprobado, en ejecución	37
En revisión	0
PM en términos para suscripción	7
No aprobado	2
No enviado	4
Total	38

Fuente: Elaboración propia Delegatura Prestadores de Servicios en Salud - Dirección IV para Prestadores de Servicios de Salud – Vigencia 2025

Directrices responsabilidades prestadores de servicios de salud

Como estrategia para comunicar masivamente las responsabilidades que tienen las IPS frente al cumplimiento de las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Dirección IV para Prestadores de Servicios de Salud ha emitido directrices, con el fin de conminar a los prestadores al obligatorio cumplimiento de los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

A continuación, se relacionan las directrices que la Dirección IV para Prestadores de Servicios de Salud ha emitido, con el fin de garantizar el acceso a los servicios de salud, a la población con calidad y continuidad:

Tabla 103 Consolidado de directrices de las responsabilidades Prestadores de Servicios de Salud vigencia 2025

FECHA	TEMA	NRO DE VIGILADOS	COMPONENTE
7/01/2025	Solicitud continuidad en la prestación de servicios de salud a la población afiliada a la Asociación Indígena Del Cauca – AIC EPSI.	182	Salud
13/01/2025	Citación a mesa técnica para socialización de actividades adelantadas por los entes de control frente al funcionamiento del sistema de emergencias médicas del municipio de Ibagué	23	Financiero
27/01/2025	Seguimiento al reporte de información de la Circular Externa No. 2021170000006-5 de 2021 (Eutanasia), periodo de corte 31/12/2024 y reporte 10 de enero de 2025.	72	Salud
28/01/2025	Requerimiento al proceso de depuración contable de cartera con la entidad Equidad Seguros.	32	Financiero
29/01/2025	Traslado de comunicación, no aceptación de descuentos por evaluaciones de desempeño en contratos de monto fijo y subejecuciones en los acuerdos contractuales.	20	Financiero
31/01/2025	Inasistencia en las mesas de saneamiento de cartera circular conjunta 030 de 2013, convocadas por la entidad territorial.	71	Financiero
10/02/2025	Formalización de la entrega del documento de seguimiento para los Equipos Básicos En Salud (EBS).	26	Salud
13/02/2025	informes de acreencias extemporáneas y de obligaciones ciertas no reclamadas (PACINORE) de la liquidación	70	Financiero
14/02/2025	Directrices para la intensificación y fortalecimiento de las acciones de la vigilancia en salud pública, vacunación y prevención primaria de la transmisión, así como el manejo integral de casos de Fiebre amarilla en Colombia.	62	Salud
14/02/2025	Jornada de fortalecimiento de competencias respecto a las prioridades de salud pública. MAÑANA	60	Mejoramiento
14/02/2025	Jornada de fortalecimiento de competencias respecto a las prioridades de salud pública. TARDE	60	Mejoramiento

FECHA	TEMA	NRO DE VIGILADOS	COMPONENTE
17/02/2025	Jornada de fortalecimiento de competencias, en el manejo de la fiebre amarilla	49	Salud
19/02/2025	Alcance a directrices para la intensificación y fortalecimiento de las acciones de la vigilancia en salud pública, vacunación y prevención primaria de la transmisión, así como el manejo integral de casos de Fiebre amarilla en Colombia.	62	Salud
7/03/2025	Directrices para la intensificación y fortalecimiento de las acciones de la vigilancia en salud pública, vacunación y prevención primaria de la transmisión y manejo integral de casos de Fiebre amarilla en Colombia.	35	Salud
10/03/2025	Citación Mesa de trabajo departamento del Cauca – Flujo de Recursos AIC y Red Pública Cauca	11	Transversal
12/03/2025	Jornada de fortalecimiento Atención Primaria Integral en Salud, Equipos Básicos en Salud.	54	Salud
13/03/2025	Directrices para la intensificación y fortalecimiento de las acciones de la vigilancia en salud pública, vacunación y prevención primaria de la transmisión y manejo integral de casos de Fiebre amarilla en Colombia.	17	Salud
18/03/2025	Jornada de fortalecimiento de competencias respecto a las prioridades de salud pública.	63	Salud
19/03/2025	Jornada de fortalecimiento de competencias respecto a las prioridades de salud pública.	8	Salud
27/03/2025	Directrices para la intensificación y fortalecimiento de las acciones de la vigilancia en salud pública, vacunación y prevención primaria de la transmisión y manejo integral de casos de Fiebre amarilla en Colombia.	56	Salud
27/03/2025	Información no reportada a la Contaduría General de la Nación	12	Financiero
1/04/2025	Seguimiento a los compromisos derivados de la Jornada de fortalecimiento de competencias respecto a las prioridades de salud pública	8	Salud
8/04/2025	Requerimiento incrementos en la generación de ingresos	44	Financiero
8/04/2025	Reporte Circular 030 de 2013 – IV Trimestre de 2024	193	Financiero

FECHA	TEMA	NRO DE VIGILADOS	COMPONENTE
9/04/2025	Directrices para la intensificación y fortalecimiento de las acciones de la vigilancia en salud pública, vacunación y prevención primaria de la transmisión y manejo integral de casos de Fiebre amarilla en Colombia.	2360	Salud
28/04/2025	Notificación por inasistencia mesa 3 segundo semestre de la vigencia 2022 recibió del departamento de La Guajira en lo relacionado con el flujo de recursos del SGSSS, reportados a esta superintendencia.	13	Financiero
28/04/2025	Incumplimiento a los compromisos de pago suscritos y acciones de depuración de cartera, por no suministro de información o inasistencia, en lo relacionado con el flujo de recursos del SGSSS	15	Financiero
28/04/2025	Incumplimiento a los compromisos de pago suscritos y acciones de depuración de cartera, por no suministro de información o inasistencia, en lo relacionado con el flujo de recursos del SGSSS – Sucre	22	Financiero
28/04/2025	Inasistencia mesa No. 3 y 4 - no reporte de información	71	Financiero
28/04/2025	No suministro información frente a los acuerdos y compromisos para el primer semestre del 2023, en lo relacionado con el flujo de recursos del SGSSS	21	Financiero
29/04/2025	Requerimiento de Soportes de Recaudo de la facturación del mes de diciembre del 2024.	15	Mejoramiento
30/04/2025	No suministro información frente a los acuerdos y compromisos para el segundo semestre del 2023, en lo relacionado con el flujo de recursos del SGSSS	31	Financiero
8/05/2025	Solicitud de información relacionada con el talento humano vinculado a las entidades que ustedes representan.	16	Salud
14/05/2025	Solicitud envío paz y salvo, conciliación y saneamiento de cartera - Unión Temporal Servisalud San José	46	Financiero
26/05/2025	Jornada de fortalecimiento atención primaria integral en salud, Equipos Básicos En Salud.	80	Salud

FECHA	TEMA	NRO DE VIGILADOS	COMPONENTE
30/05/2025	Directrices para garantizar la prestación de los servicios de salud a la población que requiere atención en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.	247	Salud
12/06/2025	Reiteración de cumplimiento a la Circular Externa 013 de 2016 en el marco de la situación sanitaria en Medellín	793	Salud
13/06/2025	Jornada de fortalecimiento Atención Primaria Integral en Salud, Equipos Básicos en Salud	70	Mejoramiento
17/06/2025	Notificación sobre presuntos incumplimientos en el proceso de recepción y trámite de solicitudes de eutanasia – Resolución 971 de 2021	12	Salud
20/06/2025	Requerimiento por mantenimiento hospitalario	21	Financiero
24/06/2025	Radicación facturación mes de mayo de 2025	30	Financiero
24/06/2025	Requerimiento para dar respuesta firma acta conciliación cartera con la EPS Servicio Occidental De Salud S.O.S	72	Financiero
3/07/2025	Jornada de fortalecimiento Atención Primaria Integral en Salud, Equipos Básicos en Salud. - Sincelejo	76	Mejoramiento
3/07/2025	Seguimiento recursos asignados Empresas Sociales del Estado – Equipos Básicos en Salud	935	Financiero
7/07/2025	Requerimiento para dar respuesta firma acta conciliación cartera con la EPS Servicio Occidental De Salud S.O.S	77	Financiero
7/07/2025	Requerimiento por NO reporte de información archivo tipo FT001 - Catálogo de Información Financiera corte diciembre 31 de 2024	2958	Financiero
8/07/2025	Requerimiento de información, certificación de actualización registros contables IPS FINDETER Resolución 3460 de 2015.	42	Financiero
8/07/2025	Reiteración solicitud envió paz y salvo, conciliación y saneamiento de cartera - Unión Temporal Servisalud San José	38	Financiero
8/07/2025	Instrucciones para la atención integral e inmediata a víctimas de violencia sexual y de género.	1054	Salud
18/07/2025	Reporte categoría de información contable pública en convergencia. Vigencia 2023.	13	Financiero

FECHA	TEMA	NRO DE VIGILADOS	COMPONENTE
28/07/2025	Jornada de fortalecimiento Atención Primaria Integral en Salud, Equipos Básicos en Salud, Eventos de Interés en Salud Pública.	73	Mejoramiento
30/07/2025	Reiteración de obligaciones legales en la atención integral en salud a víctimas del conflicto armado por parte de los Prestadores de Servicios de Salud - Cumplimiento del Programa PAPSIVI	1311	Salud
6/08/2025	Seguimiento al reporte de información de la Circular Externa No. 20211700000006-5 de 2021 (Eutanasia), periodo de corte 30/06/2025 y periodo de reporte 10 de julio de 2025.	44	Salud
21/08/2025	Jornada de fortalecimiento Atención Primaria Integral en Salud, Equipos Básicos en Salud, Eventos de Interés en Salud Pública.	80	Mejoramiento
28/08/2025	Requerimiento seguimiento ejecución de los recursos asignados al Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas Vigencia 2024.	35	Mejoramiento
28/08/2025	Solicitud - Dificultades con la respuesta a comunicaciones enviadas por Compensar EPS a los prestadores.	179	Financiero
10/09/2025	Jornada de cierre de PQRD abiertas Valle del Cauca	13	Transversal
11/09/2025	Convocatoria a mesa técnica para la socialización de las instrucciones para el diligenciamiento de la herramienta de seguimiento a Equipos Básicos en Salud.	11	Salud
12/09/2025	Citación de articulación de acciones de mejora para el evento de interés en Salud Pública en Desnutrición de la Guajira, entre Prestadores de Servicios de Salud, ICBF, Secretaría Departamental de la Guajira y Aseguradores de la Región.	33	Salud
12/09/2025	Barreras en el acceso al servicio de salud a víctimas de accidente de tránsito de vehículos no asegurados, fantasmas o con póliza con rango diferencial.	14	Salud
15/09/2025	Jornada de cierre de PQRD abiertas Armenia - Quindío	19	Transversal
16/09/2025	Asistencia Mesa Técnica de Inspección y Vigilancia – Flujo Recursos. Departamentos de Huila, Caquetá, Putumayo y Tolima.	39	Financiero

FECHA	TEMA	NRO DE VIGILADOS	COMPONENTE
16/09/2025	Seguimiento a las acciones de mejora derivadas de la Jornada de fortalecimiento de competencias en el manejo integral de la desnutrición.	10	Salud
17/09/2025	Jornada de orientación técnica sobre el cumplimiento de las instrucciones relativas al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y la financiación del Terrorismo (SARLAFT), debida diligencia y Oficial de Cumplimiento.	77	Financiero
17/09/2025	Reiteración requerimiento seguimiento a la ejecución de los recursos asignados al Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas Vigencia 2024.	24	Mejoramiento
19/09/2025	Formalización de la entrega del documento de seguimiento para los Equipos Básicos en Salud (EBS).	11	Salud
19/09/2025	Asistencia Mesa Técnica de Inspección y Vigilancia – Flujo Recursos. Departamentos de Amazonas, San Andrés y Providencia y Cundinamarca.	50	Financiero
19/09/2025	Reiteración-seguimiento al reporte de información de la circular externa no. 20211700000006-5 de 2021 (eutanasia), periodo de corte 30/06/2025 y periodo de reporte 10 de julio de 2025.	19	Salud
19/09/2025	Jornada de fortalecimiento atención primaria integral en salud, Equipos Básicos en Salud, eventos de interés en salud pública.	85	Salud
22/09/2025	Jornada de cierre de PQRD abiertas Atlántico – Barranquilla	27	Transversal
22/09/2025	Jornada de cierre de PQRD abiertas Atlántico – Barranquilla	27	Transversal
23/09/2025	Convocatoria a mesa técnica para la socialización de las instrucciones para el diligenciamiento de la herramienta de seguimiento a Equipos Básicos en Salud.	31	Salud
23/09/2025	Directrices para garantizar la prestación de los servicios de salud a la población que padece enfermedades huérfanas – raras.	1642	Salud
25/09/2025	Citación mesa técnica virtual de seguimiento a los planes de acción derivadas de la jornada de fortalecimiento de competencias en el manejo integral de la desnutrición.	10	Salud

FECHA	TEMA	NRO DE VIGILADOS	COMPONENTE
25/09/2025	Convocatoria a mesa técnica para la socialización de las instrucciones para el diligenciamiento de papel de trabajo para el seguimiento a Equipos Básicos en Salud	66	Salud
26/09/2025	Reporte circular externa 030 de 2013	26	Financiero
3/10/2025	Jornada de cierre de PQRD abiertas Boyacá	6	Transversal
6/10/2025	Requerimiento por incumplimiento en Flujo de Recursos con Salud Total EPS-S	12	Financiero
6/10/2025	Aprobación de Plan de Acción para el fortalecimiento del manejo integrado de la desnutrición aguda y mortalidad infantil por desnutrición.	10	Salud
6/10/2025	Formalización de la entrega del documento de seguimiento para los Equipos Básicos en Salud (EBS) CHOCO	5	Salud
6/10/2025	Formalización de la entrega del documento de seguimiento para los Equipos Básicos en Salud (EBS) ORINOQUIA	10	Salud
6/10/2025	Convocatoria a mesa técnica para la socialización de las instrucciones para el diligenciamiento de papel de trabajo para el seguimiento a Equipos Básicos en Salud.	16	Salud
7/10/2025	Jornada de cierre de PQRD abiertas Antioquia - Medellín.	21	Transversal
8/10/2025	Requerimiento Guajira 2024 y 2025 por Inasistencia a Mesas de Circular 030	142	Financiero
9/10/2025	Jornada de orientación técnica sobre el cumplimiento de las instrucciones relativas al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (Sarlaft), Debida Diligencia Y Oficial de Cumplimiento.	67	Jurídico
10/10/2025	Convocatoria a mesa técnica para la socialización de las instrucciones para el diligenciamiento de papel de trabajo para el seguimiento a Equipos Básicos en Salud.	15	Salud
14/10/2025	Formalización de la entrega del documento de seguimiento para los Equipos Básicos en Salud (EBS) Caribe.	16	Salud

FECHA	TEMA	NRO DE VIGILADOS	COMPONENTE
15/10/2025	Convocatoria a mesa técnica para la socialización de las instrucciones para el diligenciamiento de la herramienta de seguimiento a Equipos Básicos en Salud.	21	Salud
15/10/2025	Requerimiento por incumplimiento en la notificación en Sivigila evento 340 hepatitis B y envío de HC	11	Salud
15/10/2025	directrices para garantizar la prestación de los servicios de salud a la población que padece enfermedades huérfanas y raras (EHR).	3123	Salud
16/10/2025	Directrices para garantizar el cumplimiento normativo y técnico relacionadas con el seguimiento, trazabilidad y reporte de eventos adversos asociados a dispositivos médicos implantables.	1107	Salud
17/10/2025	Solicitud de cumplimiento de instrucciones impartidas en Resolución 691 de 2025	77	Salud
20/10/2025	Jornada de cierre de PQRD abiertas Bucaramanga - Santander.	5	Transversal
21/10/2025	Convocatoria a mesa técnica para la socialización de las instrucciones para el diligenciamiento de papel de trabajo para el seguimiento a Equipos Básicos en Salud. Sincelejo	11	Salud
21/10/2025	Jornada de cierre de PQRD abiertas Bucaramanga - Santander.	4	Transversal
22/10/2025	Alcance a requerimiento de Información para seguimiento a la ejecución de los recursos asignados al Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - Vigencia 2024.	35	Mejoramiento
22/10/2025	Jornada flujo de recursos.	18	Transversal
23/10/2025	Citación para participar en Jornada de retroalimentación sobre la atención para prevenir la desnutrición.	19	Salud
23/10/2025	Formalización de la entrega del documento de seguimiento para los Equipos Básicos en Salud (EBS) Región occidental	15	Salud
23/10/2025	Reiteración sobre condiciones para la prestación del servicio de consulta médica especializada	6100	Salud
23/10/2025	Jornada de fortalecimiento atención primaria integral en salud, equipos básicos en salud, eventos de interés en salud pública.	68	Salud

FECHA	TEMA	NRO DE VIGILADOS	COMPONENTE
27/10/2025	Directrices para garantizar el flujo de recursos del SGSSS	9009	Financiero
05-06-07/11/2025	Reiteración sobre condiciones para la prestación del servicio de consulta médica especializada - segundo cargue	2008	Salud
4/11/2025	Solicitud de garantía en el acceso para la prestación de los servicios de salud a los usuarios afiliados a la Nueva EPS en el departamento del Cesar.	354	Salud
5/11/2025	Formalización de la entrega del documento de seguimiento para los Equipos Básicos en Salud (EBS) - región norte	11	Salud
5/11/2025	Jornada de cierre de PQRD abiertas Ibagué - Tolima	17	DIVPSS
10/11/2025	Jornada de fortalecimiento Atención Primaria Integral en Salud, Equipos Básicos en Salud, Eventos de Interés en Salud Publica. – Magdalena	62	Salud
10/11/2025	Traslado por Incumplimientos en el procedimiento de aclaración de cartera, depuración obligatoria de cuentas, pago de factura de prestación de servicios y recobros	6	Financiero
18/11/2025	Llamado al cumplimiento de la participación en las Mesas de Gestión de Recursos - Vigilancia del flujo financiero del Sistema de Salud	10	Financiero
19/11/2025	Jornada De Cierre De Pqrd Abiertas Manizales – Caldas	19	DIVPSS
21/11/2025	Citación a Fortalecimiento Choco 2-12	19	Salud
21/11/2025	Seguimiento incumplimientos por parte de PSS que afectan el flujo de recursos del SGSSS	9	Financiero
21/11/2025	Jornada De Fortalecimiento Atención Primaria Integral En Salud, Equipos Básicos En Salud, Eventos De Interés En Salud Publica	91	Salud
27/11/2025	Instrucciones Dirigidas a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS relacionados con la obligatoriedad de garantizar el acceso y efectiva prestación de los servicios de salud.	1773	Jurídico

FECHA	TEMA	NRO DE VIGILADOS	COMPONENTE
1/12/2025	Jornada De Cierre De Pqrd Abiertas Medellín – Antioquia	19	DIVPSS
9/12/2025	Jornada De Cierre De Pqrd Abiertas Bogotá, D.C.	4	DIVPSS
11/12/2025	Solicitud De Información Relacionada Con Casos Por Desnutrición Aguda En Menores De 5 Años En El Departamento De Chocó.	20	Salud
12/12/2025	Traslado por Incumplimiento en entrega de información sobre acuerdos suscritos en la mesa 8-2023.	26	Financiero
15/12/2025	Jornada De Cierre De Pqrd Abiertas Cesar Valledupar	2	DIVPSS
15/12/2025	Requerimiento De Información Acompañamiento A La Ruta De Saneamiento Financiero De La Aic Epsi	31	Financiero
17/12/2025	Requerimiento conciliación de las obligaciones de la AIC EPSI mediante Conciliación y Depuración de cartera - Circular Externa 2025151000000007-5 DE 2025.	99	Financiero
17/12/2025	Cumplimiento De Obligaciones Normativas Relacionadas Con La Implementación Del Sistema Integral De Información Financiera Y Asistencial SIIFA.	36	Financiero
23/12/2025	Devolución recursos Medimás.	42	Financiero
23/12/2025	Requerimiento A Solicitud De Expedición De Notas Crédito Por Facturas De Pruebas Covid Rechazadas O Con Saldos Contables No Conciliados	117	Financiero
26/12/2025	Deficiencias en la calidad de los datos reportados RIPS por parte de los prestadores de servicios de salud EPS indígena Mallamás	8	Financiero
30/12/2025	Requerimiento a solicitud de expedición de notas crédito por facturas de pruebas COVID rechazadas o con saldos contables no conciliados	120	Financiero
TOTAL		39.220 prestadores	

Fuente: Elaboración propia Delegatura Prestadores de Servicios en Salud - Dirección de Inspección vigencia 2025

Mesas de trabajo

Para la vigencia 2025, la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud participó en mesas de trabajo con prestadores, entes territoriales, Entidades Promotoras de Servicios de Salud- EPS, organismos de control, autoridades del orden nacional, departamental y municipal, así como organizaciones sociales y la comunidad en general, con el propósito de fortalecer el ejercicio de inspección y vigilancia en el territorio, como se evidencia a continuación:

Tabla 104 Mesas de trabajo vigencia 2025

AÑO	DEPARTAMENTO	CIUDAD	OBSERVACION
2025	TOLIMA	IBAGUÉ	La Dirección de inspección y vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud llevó a cabo una mesa de trabajo con prestadores de servicios de salud, entes territoriales como Secretaria de Salud Municipal de Ibagué y la Departamental del Tolima con el fin de exponer los resultados obtenidos en el desarrollo de las acciones de inspección y vigilancia frente al cumplimiento de la normativa establecida para la operación del Sistema de Emergencias Médicas, evaluando la gestión de los operadores asistenciales habilitados y su articulación con los entes territoriales en la atención a pacientes víctimas de accidentes de tránsito
2025	META	VILLAVICENCIO	La Dirección de inspección y vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud participó en Mesa de trabajo convocada por el secretario de Salud Departamental del Meta y la municipal de Villavicencio con el fin de articular acciones en búsqueda de disminuir la sobreocupación de urgencias en la ESE Hospital Departamental de Villavicencio.
2025	CALDAS	MANIZALES	La Dirección de inspección y vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud participó en mesa convocada por la Personería de Manizales para atender

AÑO	DEPARTAMENTO	CIUDAD	OBSERVACION
			temas de cartera de las IPS específicamente con la Nueva EPS.
2025	BOYACÁ	TUNJA	La Dirección de inspección y vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud participó en mesa de trabajo con diez (10) ESE del departamento de Boyacá para atender temas de contratación y aclaración de cuentas con la ERP COOSALUD.
2025	CAUCA	POPAYAN	La Dirección de inspección y vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud participó en mesa de acompañamiento con la CRIC, AIC y PSS del Cauca, modelo SISPI.
2025	NORTE DE SANTANDER	OCAÑA	La Dirección de inspección y vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud participó en la audiencia convocada por la Representante a la Cámara por Bogotá María Fernanda Carrascal Rojas con la finalidad de socializar los avances que el Gobierno Nacional ha realizado en materia de ampliación y adecuación, así como de formalización laboral del personal médico de la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares de Ocaña, donde asistieron además autoridades del orden nacional, departamental y municipal, así como organizaciones sociales y a la comunidad en general.
2025	LA GUAJIRA	RIOHACHA	Seguimiento a compromisos de mesa de inspección y vigilancia desarrollada en el mes de noviembre 2024, respecto a la notificación de 22 muertes maternas en las que se identificaron situaciones de alerta para los prestadores de servicios de salud involucrados en la atención de los casos, del 7 al 9 de mayo del 2025.
2025	SUCRE	SINCELEJO	La Dirección de inspección y vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud participó en la mesa de trabajo "Integración de la red pública del Departamento de Sucre y análisis de barreras en la prestación de servicios de salud", convocada por la Secretaría de Salud Departamental.
2025	BOYACÁ	TUNJA	La Dirección de inspección y vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud participó en la mesa de Inspección y Vigilancia flujo de recursos Departamento de Boyacá y Norte de Santander región Norte – Oriental.
2025	VALLE DEL CAUCA	CALI	La Dirección de inspección y vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud participó en la mesa de Inspección y Vigilancia flujo de recursos Departamento de Valle del Cauca.
2025	CUNDINAMARCA	PACHO	La Dirección de inspección y vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud participó en la Mesa de inspección y vigilancia dirigida a prestadores de servicios de salud - acción integral en el territorio, municipios de la provincia de Rionegro – Jornada tarde.

AÑO	DEPARTAMENTO	CIUDAD	OBSERVACION
2025	ANTIOQUIA	MEDELLIN	La Dirección de inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud participó en mesa técnica para la socialización de papel de trabajo para el seguimiento a los equipos básicos en salud (EBS)
2025	TOLIMA	IBAGUE	La Dirección de inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud participó en mesa técnica para socialización de instrucciones para el diligenciamiento del papel de trabajo para el seguimiento a equipos básicos en salud (EBS)
2025	CHOCÓ	QUIBDÓ	La Dirección de inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud participó en mesa de Inspección y Vigilancia flujo de recursos
2025	LA GUAJIRA	RIOHACHA	La Dirección de inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud participó en mesa técnica de seguimiento a la construcción de plan de acción para el fortalecimiento de prestadores de servicios de salud en el manejo integrado de la desnutrición aguda en niños y niñas menores de cinco años
2025	SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	SAN ANDRÉS	La Dirección de inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud participó en mesa técnica de seguimiento para evaluar el estado actual de los planes de mejoramiento y los hallazgos de la auditoría de la ESE Hospital Departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina

Fuente: Elaboración propia Delegatura Prestadores de Servicios en Salud.

Estas mesas de trabajo se centran en acompañar y articular a los actores del sistema para socializar resultados de las acciones de supervisión, identificar problemáticas críticas como la sobreocupación hospitalaria, la mortalidad materna, flujo de recursos, debilidad en la contratación y promover el cumplimiento de la normativa vigente en la prestación de los servicios de salud. Son espacios de diálogo, evaluación y orientación en torno a medidas adoptadas en diferentes regiones del país, acordando compromisos de mejora con cronogramas definidos.

De esta manera, las mesas no se limitan a ser espacios informativos, sino que se consolidan como escenarios de concertación, seguimiento y resolución de conflictos entre actores del sistema, además de incidir en la sostenibilidad de Instituciones prestadoras de servicios de salud y en la confianza de la ciudadanía frente al rol de la Superintendencia Nacional de Salud como ente de vigilancia y control.

Orientaciones técnicas

En el marco de las prioridades de salud pública definidas por el Gobierno Nacional frente a la Salud Materna Perinatal y la Seguridad Alimentaria y Nutricional, la Superintendencia Nacional de Salud, fortaleció su proceso de seguimiento y evaluación a los vigilados con un enfoque preventivo y de desarrollo escalonado, dirigido a monitorear de manera concurrente la gestión integral de los riesgos en salud asociados a los eventos de interés en salud pública, tanto en el prestador primario como en el complementario, de tal forma que permitan dar una respuesta efectiva del sector salud a los problemas identificados en el territorio.

De acuerdo con lo anterior, la Dirección de Inspección y vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud evaluó los datos reportados por los prestadores de servicios de salud de los eventos de interés en salud pública en el SIVIGILA durante la vigencia 2024, frente a los eventos: 549 - morbilidad materna extrema y 550 - Mortalidad Materna, 113 - Desnutrición Aguda en menores de 5 años, 591 - vigilancia integrada de

muerte en menores de 5 años por DNT, IRA y EDA, 210 – Dengue, 220 - Dengue grave, 580 - Mortalidad por Dengue, evidenciando que algunos prestadores, presentaron mayor número de casos notificados o notificación deficiente.

Así como, la Atención Primaria Integral en Salud del Plan Decenal de Salud Pública, que tiene por objeto garantizar el mayor nivel de salud y bienestar posibles aproximando la atención de las personas a sus entornos cotidianos para dar respuesta integral a las necesidades de salud a lo largo de un continuo del cuidado que va desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos y que, para el logro de los resultados en salud esperados, contempla el abordaje del conjunto de los determinantes sociales de la salud.

Igualmente, los Equipos básicos de salud son estructuras funcionales y organizativas del talento humano en salud en el marco de la prestación de los servicios de salud en todos los entornos de desarrollo que permiten facilitar el acceso y la continuidad de la atención integral en salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud

La Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud realizó veinticuatro (24) orientaciones técnicas en lo corrido de la vigencia 2025, que permitieron afianzar la responsabilidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud frente a la implementación para la operación de los Equipos Básicos de Salud, cumplimiento de las características del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, así como

el deber del prestador como Unidad Primaria Generadora de Datos – UPGD.

Tabla 105 Orientaciones técnicas vigencia 2025

VIGENCIA	MES	DEPARTAMENTO	CIUDAD	FECHA
2025	FEBRERO	TOLIMA	IBAGUÉ	21/02/2025
2025	FEBRERO	GUAJIRA	RIOHACHA	27/02/2025
2025	MARZO	CHOCÓ	QUIBDÓ	31/03/2025
2025	MARZO	VALLE DEL CAUCA	CALI	20/03/2025
2025	ABRIL	CHOCÓ	QUIBDÓ	10 y 11/04/2025
2025	MAYO	META	VILLAVICENCIO	29/05/2025
2025	JUNIO	NORTE DE SANTANDER	CUCUTA	19/06/2025
2025	JULIO	SUCRE	SINCELEJO	10/07/2025
2025	AGOSTO	CESAR	VALLEDUPAR	8/08/2025
2025	AGOSTO	CORDOBA	MONTERIA	28/08/2025
2025	SEPTIEMBRE	GUAJIRA	RIOHACHA	11 AL 12/09/2025
2025	SEPTIEMBRE	VALLE DEL CAUCA	CALI	25/09/2025
2025	SEPTIEMBRE	NARIÑO	PASTO	28/09/2025
2025	OCTUBRE	ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	16/10/2025
2025	OCTUBRE	SANTANDER	BUCARAMANGA	22 AL 23/10/2025
2025	OCTUBRE	META	VILLAVICENCIO	2/10/2025
2025	OCTUBRE	LA GUAJIRA	RIOHACHA	8 AL 9/10/2025
2025	OCTUBRE	VALLE DEL CAUCA	CALI	15 AL 16/10/2025
2025	OCTUBRE	RISARALDA	PEREIRA	29 AL 30/10/2025
2025	OCTUBRE	SUCRE	SINCELEJO	31/10/2025
2025	NOVIEMBRE	MAGDALENA	SANTA MARTA	12/11/2025
2025	NOVIEMBRE	CHOCÓ	QUIBDÓ	14/11/2025
2025	NOVIEMBRE	ANTIOQUIA	MEDELLIN	26/11/2025
2025	DICIEMBRE	CHOCÓ	QUIBDÓ	3/12/2025

Fuente: Elaboración propia Delegatura Prestadores de Servicios en Salud

En las orientaciones técnicas se han tratado los siguientes temas:

Mortalidad Materna: Objetivo del Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna, barreras que impiden el acceso a los servicios de salud con calidad a las gestantes las cuales han sido reconocidas en los diferentes comités: Administrativas, Geográficas, Sociales y Culturales.

Principales causas de mortalidad materna identificadas.

1. Hemorragia obstétrica
2. Trastorno hipertensivo asociado al embarazo
3. Sepsis relacionada con el embarazo
4. Sepsis no obstétrica
5. Eventos tromboembólico como causa básica
6. Embarazo terminado en aborto: Hemorragia, Sepsis, Evento Tromboembólico
7. Causas indirectas

Se reitera el obligatorio cumplimiento de las instrucciones emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Circular Externa 0047 de 2022, así como de la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materna perinatal.

Así mismo se socializan las acciones realizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, junto con los hallazgos identificados.

Manejo Integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños menores de 5 años: Objetivo del Plan de Desaceleración Mortalidad por Desnutrición aguda establece acciones que permitan incidir en la reducción de la mortalidad por desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años, a través de la implementación de acciones estratégicas y operativas sectoriales e intersectoriales, en las entidades territoriales priorizadas que cumplen con los criterios de focalización.

Lineamiento de obligatorio cumplimiento – Resolución 2350 de 2020.

Socialización de las acciones realizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, junto con los hallazgos identificados.

Dengue: Presentación de las Circulares Externas mediante las cuales el Ministerio de Salud y Protección Social da instrucciones para el manejo de casos diagnosticados con dengue.

Atención Primaria en Salud: donde se reitera lo establecido en la Ley 1438 de 2011, que describe el Plan Decenal para la Salud Pública, la coordinación Intersectorial para el desarrollo del Plan Decenal de Salud en el marco de la estrategia de atención primaria, concurrirán todas las instancias que hacen parte del Sistema de Protección Social y otros

actores, quienes ejecutarán tareas para la intervención sobre los determinantes en salud, en forma coordinada, bajo las directrices, criterios y mecanismos del Consejo Nacional de Política Social (CONPES) y del Ministerio de la Protección Social.

Adicionalmente, señala los pilares de la estrategia de Atención Primaria en Salud, para lo cual determinará la prioridad en el uso de los recursos que para este fin administren las entidades territoriales y las Entidades Promotoras de Salud, así como la constitución la cual establece tres componentes integrados e interdependientes:

- Los servicios de salud.
- La acción intersectorial/transectorial por la salud.
- La participación social, comunitaria y ciudadana.

La Atención Primaria en Salud es:

- Universal: presta atención a toda la población sin barreras y sin fraccionamiento entre lo individual y lo colectivo.
- Territorializada: cercana a los lugares donde viven las personas.
- Sistemática: planificada con base en la realidad del territorio.
- Permanente: con planes de cuidado individual, familiar y colectivo.

- Resolutiva: con equipos de salud interdisciplinarios resolutivos e integrados, con inclusión progresiva de especialidades básicas, de acuerdo con las necesidades del territorio.

SARLAFT: A través de la Circular Externa nro. 009 de 2016, modificada por la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021, la Superintendencia Nacional de Salud impartió instrucciones relativas al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva y reporte de información.

De conformidad con el numeral 3 de la Circular Externa nro. 009 de 2016, sustituido por el numeral 5.1.2. de la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021, lo instruido por la Superintendencia Nacional de Salud es de obligatorio cumplimiento para los prestadores clasificados en los grupos C1, C2 y D1.

En virtud de lo anterior, es fundamental que estos prestadores conozcan la normatividad, las etapas y elementos del SARLAFT incluidos en las precitadas circulares, y cuáles son los reportes de información relacionados con este asunto que deben entregar a esta entidad y a la UIAF.

Equipos básicos de salud: Son estructuras funcionales y organizativas del talento humano en salud en el marco de la prestación de los servicios

de salud en todos los entornos de desarrollo que permiten facilitar el acceso y la continuidad de la atención integral en salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

El ente territorial, conforme a la reglamentación del Ministerio de la Protección Social, definirá los requisitos óptimos para habilitar la conformación de los Equipos Básicos de Salud, como un concepto funcional y organizativo que permita facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Para la financiación y constitución de estos equipos concurrirán el talento humano y recursos interinstitucionales del sector salud destinados a la salud pública y de otros sectores que participan en la atención de los determinantes en salud.

La constitución de equipos básicos implica:

- La reorganización funcional.
- Capacitación.
- Adecuación progresiva del talento humano.
- Los equipos básicos deberán ser adaptados a las necesidades y requerimientos de la población.

Funciones de los equipos básicos de salud. Los equipos básicos de salud tendrán entre sus funciones las siguientes:

- Realizar el diagnóstico familiar, de acuerdo con la ficha unificada que se defina a nivel nacional.
- Identificación de riesgo individual, familiar y comunitario de los usuarios por edad, sexo, raza y etnia.
- Informar sobre el portafolio de servicios de la protección social en salud a las familias de acuerdo con sus necesidades y a las políticas y reglamentación de dichos servicios.
- Promover la afiliación al sistema, la identificación plena de las familias, de manera que al identificar una persona no afiliada al sistema se inicie el trámite de afiliación para que puedan acceder a los servicios de protección social.
- Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública.
- Facilitar la prestación de los servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica y única obligatoria.

Por tanto, la finalidad de los equipos básicos de salud en los territorios es:

- Fortalecer la gestión territorial basada en atención primaria en salud- APS.
- Implementación del modelo de salud preventivo y predictivo para avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud en los Departamentos, Distritos y Municipios del País.
- Dar respuesta a las necesidades de la población y del territorio con pertinencia sociocultural, bajo los principios de concurrencia, subsidiariedad y coordinación.

Según el lineamiento técnico - operativo de equipos básicos de salud: conformación, operación y seguimiento, se dará en todo el territorio nacional y estará centrado en áreas rurales, dispersas, en municipios:

- PDET, en el marco del Acuerdo de Paz, buscan transformar los territorios más afectados por el conflicto armado, la pobreza, la debilidad institucional y la presencia de cultivos de uso ilícito.
- ZOMAC, Zonas Más Afectadas por el Conflicto Armado, definidos por el Decreto 1650 de 2017.
- PNIS, Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos Ilícitos en el marco del Acuerdo de Paz firmado en 2016 el cual busca mejorar las condiciones de vida de las comunidades campesinas

involucradas en el cultivo de plantas ilegales, ofreciéndoles alternativas de desarrollo económico legal.

De acuerdo con lo manifestado por los prestadores, en cuanto a las dificultades presentadas con los diferentes actores estas se han puesto en conocimiento realizando traslado al Ministerio de Salud y Protección Social, Entidad Territorial Departamental, Delegada de Entidades de Aseguramiento en Salud y Delegada de Entidades Territoriales cuando corresponda.

Seguimiento a la gestión de riesgos de las IPS - identificación, medición, control y monitoreo del sistema integrado de gestión de riesgos

La Delegada para Prestadores de Servicios de Salud, en el marco de sus funciones de inspección, vigilancia y control establecidas en el Decreto 1080 de 2021 y modificatorios, construyó en el año 2023, un instrumento (autodiagnóstico) compuesto por dos cuestionarios para medir el nivel de implementación del Código de Conducta y Buen Gobierno (CCBG), de los subsistemas de administración de riesgos y del Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE), los cuales incorporaron las instrucciones de las circulares externas 009 de 2016 (modificada por la CE 2021170000005-5 de 2021), 003 de 2018, 2021170000005-5 de 2021, 2021170000004-5 de 2021 y 2022151000000053-5 de 2022. Considerando lo anterior y para darle continuidad a la medición del nivel de implementación de estas instrucciones, durante la vigencia 2024 y

2025 se plantearon las siguientes acciones enfocadas en los siguientes objetivos:

- Priorización de Prestadores a partir del nivel de riesgos para efectuar supervisión basada en cumplimiento
- Verificar el cumplimiento de las acciones propuestas por los vigilados como resultado de los planes de acción y mejoramiento aprobados para subsanar los hallazgos o alertas identificados en las acciones de Inspección y Vigilancia realizadas a través de la supervisión basada en cumplimiento y supervisión basada en riesgos
- Realizar requerimientos de información para validar el cumplimiento de las directrices del sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT).
- Aportar a la construcción de la actualización y unificaciones de instrucciones en materia de los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo, corrupción, opacidad, fraude y soborno.
- Construir instrumento para evaluar la gestión del riesgo en salud.

A continuación, se realiza un resumen de los antecedentes y principales actividades realizadas durante el desarrollo de la estratégica de supervisión basada en riesgos y supervisión basada en cumplimiento de las instrucciones del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos. El trabajo ejecutado se detalla a continuación:

Supervisión basada en Cumplimiento:

- En el mes de marzo se desarrolló auditoría integral extra-situ al **Hospital Universitaria del Atlántico E.S.E** en el componente de riesgos, en lo concerniente a las acciones de mejora que a la fecha de la auditoría no tenían ningún avance y/o no fueron cumplidas en los plazos establecidos. En consecuencia, se emitió informe de la auditoría que dio origen a adoptar medida de intervención a la E.S.E.
- Se realizó requerimientos de información durante el primer semestre a partir del traslado realizado por la Contraloría General de la República, al **CENTRO DERMATOLOGICO FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E** en lo concerniente al "*Hallazgo 10. Consulta previa de Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y de listas restrictivas y de control internacionales y nacionales. (A-D-OI)*". Como resultado de la revisión del informe de la Contraloría y de la información allegada por el vigilado en respuesta a los requerimientos de información, se elaboró documento con los incumplimientos y se realizó el traslado a la Dirección de Investigaciones Administrativas mediante radicado nro. 20254100000088303.
- Se efectuó análisis de información de fuentes internas y externas, entre las que se encontraron: i) Registro Único Empresarial y Social

(RUES), ii) Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), iii) Archivo tipo GT010 -Composición Patrimonial – Capital, Aportes o Equivalente, iv) Módulo de Datos Generales, a partir de las denuncias realizadas a través de los medios de comunicación^[4], en relación con las entidades Bienestar IPS, Avidanti S.A.S., Eve Distribuciones S.A.S., Organización Clínica General del Norte, Centro de Cirugía Ambulatoria CECAM IPS, Angiografía de Colombia, Diacor Soacha, Oncólogos de Occidente, Unión de Cirujanos, Centro de Cancerología de Boyacá y Sociedad de Radio Oncología Boyacá, Clínica Chía, Clínica Avidanti Armenia, Helpharma, Ronelly S.A.S., Clínica Blas de Lezo, Inverclínicas, Sociedad San José de Torices. En consecuencia, se elaboró informe preliminar en lo concerniente al SARLAFT/FPADM – Beneficiario Final y análisis financiero. Adicionalmente, se realizó mesa de trabajo previa y traslado a la Delegada para Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos para lo de sus competencias, lo cual fue formalizado mediante radicado nro. 20254100000063853.

Producto del análisis anterior, se realizó en el mes de agosto auditoría a la IPS AVIDANTI para verificar el cumplimiento de las instrucciones sobre el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos. A continuación, se presentan los radicados de remisión al vigilado y los traslados correspondientes:

Tabla 106 Traslados vigilados sobre el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos 2025

ACCIÓN DE IV	RADICADO	DESTINATARIO

Auditoria	20254100002470031	Avidanti S.A.S
	20254100003134241	Fiscal General de la Nación
	20254100002732801	DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS
	20254100000118503	DIA
	20254100200118433	Delegada de para Entidades de Aseguramiento

Fuente: Elaboración propia Delegatura Prestadores de Servicios en Salud - Dirección IV para Prestadores de Servicios de Salud

Durante el cuarto trimestre de 2025 se realizó la verificación de requisitos del Oficial de Cumplimiento SARLAFT/FPADM y reporte de novedades de este rol en el módulo de Datos Generales del nRVCC de 3 IPS.

Tabla 107 Verificación de requisitos del Oficial de Cumplimiento SARLAFT/FPADM 2025

PRESTADOR	ACTIVIDAD	RADICADO
COMITE DE ESTUDIOS MEDICOS S.A.S	Solicitud de información	20254100003217161
	Envío de soportes	20255100030458112
CLINICA REINA LUCIA	Respuesta	20254100003381951
CLINICA LA SABANA S.A.	Requerimiento de Información	20254100003152881
	Observaciones sobre la revisión	20264100000042291

Fuente: Elaboración propia SIGR - DIVPSS

Supervisión basada en Riesgos

Al finalizar el mes de septiembre se realizó seguimiento en campo a la IPS ORTHOPLAN TODAVIA CON LOS DIENTES TORCIDOS CALI S.A.S.

A continuación, se presentan los radicados de remisión al vigilado y los traslados correspondientes:

Tabla 108 Seguimiento en campo Supervisión Basada en Riesgos 2025

TIPO DE ACCIÓN DE IV	RADICADO	DESTINATARIO
Seguimiento en Campo	20254100003362741	Orthoplan
	20264100000019751	Tribunal de Ética Odontológica regional Valle Del Cauca
	20264100000026241	Secretaria de salud Pública de Cali
	20264100000001403	DIA
	20264100000041761	Secretaria departamental de salud del Valle Del Cauca
	20264100000041811	Secretaria seccional de salud y protección social de Antioquia
	20264100000041821	Secretaría departamental de salud del Cauca
	20264100000041831	Instituto departamental de salud de Nariño
	20264100000041841	Gobernación del Quindío
	20264100000041861	Secretaría departamental de salud del Tolima

Fuente: Elaboración propia SIGR - DIVPSS

Tabla 109 Seguimiento a planes de acción y/o planes de mejoramiento

PRESTADOR	FECHA	ACTIVIDAD	RADICADO	EVIDENCIAS
Universitaria del Atlántico E.S.E	18/02/2025	Verificación de soportes del 2do seguimiento	20254100300428021	Segundo seguimiento al PM.xlsx
	26/06/2025 - 5/07/2025	Revisión propuesta plan de mejoramiento derivado de la auditoría 2025	20254100301444721	Análisis Plan de Mejoramiento Propuesto por la UNA 2025.docx Plan Mejoramiento ESE UNA 2025 2do envío.xlsx
	26/06/2025 - 5/07/2025	Verificación de soportes del 3er seguimiento	30254100300422281	Análisis Plan de Mejoramiento Propuesto por la UNA 2025.docx 120244100301413071 00002 Evidencias 3er Seguimiento Plan Mejora.xlsx
Clínica IMBANACO S.A.S	09/04/2025	Verificación de soportes del 1er seguimiento	20254100300846461	Seguimiento plan de accion Imb RG.xlsx
Clínica Nariño	20/05/2025	Verificación de soportes del 1er seguimiento	20254100301090761	PLAN DE ACCIÓN HUDN.xlsx
	29/09/2025	Verificación de soportes	20254100302231751	02 PLAN DE ACCIÓN HUDN2 SMVA v.e.xlsx

PRESTADOR	FECHA	ACTIVIDAD	RADICADO	EVIDENCIAS
		del 2do seguimiento		
	16/12/2025	Verificación de soportes del 3er seguimiento	20254100303233411	02 PA HUDN seg III v2.xlsx

Fuente: Elaboración propia SIGR - DIVPSS

Instrumento en gestión del riesgo

Se ha avanzado en la construcción de un instrumento que permita evaluar la gestión del riesgo en salud en los prestadores de servicios de salud, para ello se han efectuado las siguientes actividades:

- Elaboración de cronograma de trabajo para el desarrollo de herramientas.
- Contextualización a los nuevos funcionarios de la propuesta de instrumento y la homogenización de los conceptos incorporados en la herramienta.
- Articulación de funcionarios de los grupos de mejoramiento y salud.
- Revisión de fuentes de información existentes para seleccionar el evento trazador
- Selección del evento trazador, como punto de partida para la construcción de una herramienta para aplicar en las acciones de inspección y vigilancia.
- Revisión de trabajos previos adelantados por la DPSS para determinar un listado de indicadores asociado a eventos de interés en salud, que permita obtener un nivel de riesgo inherente.
- Socialización del instrumento para realizar auditoria y/o seguimiento en campo con un enfoque en riesgo en salud articulado

con los riesgos operativo, LA/FT, crédito y actuarial. El alcance de este trabajo abarco la explicación de la selección del evento, las fuentes de información recopiladas durante la construcción de los productos, propuesta para la puesta en marcha en el 2026 y los siguientes logros:

Ilustración 17 Logros instrumento en gestión del riesgo



Fuente: Elaboración propia SIGR - DIVPSS

En ese sentido a continuación se explica brevemente los dos productos:

a) Instrumento en gestión del riesgo en salud (Enfermedades Cardiovasculares– Ruta cardio-cerebro-vascular-metabólica): cuyo objetivo es realizar una evaluación de los controles adoptados por el PSS (normatividad aplicable) para determinar el estado de implementación de las etapas del riesgo cardiovascular (identificación, medición, control y tratamiento) y contribuir a reducir los desenlaces negativos en salud con el fin de que formulen las acciones de mejora necesarias para fortalecer

su capacidad resolutive. Asimismo, se incluyeron los lineamientos de la Circular Externa nro. 4-5 de 2021 de la SNS relacionados con los riesgos operativos, LA/FT, crédito y actuarial.

b) Tablero de indicadores: propuesta de 72 indicadores para monitorear la Hipertensión Arterial, Enfermedad Renal Crónica, Diabetes Mellitus, Consumo de Sustancias Psicoactivas, Tuberculosis, Dengue, Obesidad, Mortalidad Materna, Morbilidad materna extrema, Salud materna, Salud perinatal, cada indicador fue categorizado en dimensiones y subdimensiones, el nivel de medición, naturaleza del vigilado, frecuencia de medición, referencia normativa, formula, coeficiente de multiplicación y fuente de la información.

Grupo de Inspección y Vigilancia en Salud

Eventos de Interés en Salud Pública:

a. Dengue, malaria, fiebre amarilla y tosferina

Participación en Comités Interinstitucionales

Durante el año 2025, se ha participado continuamente en los comités semanales de vigilancia epidemiológica organizados por el Instituto Nacional de Salud – INS, con el objetivo de analizar los indicadores de seguimiento del comportamiento de los eventos de interés en salud pública (Dengue, Malaria, Fiebre amarilla y Tosferina) a nivel territorial.

Lo anterior ha permitido focalizar las acciones de inspección, vigilancia y control, en concordancia con las directrices establecidas en la Circular Conjunta Externa 00000013 de 2023, la Resolución 20273 de 2023, especialmente en relación con las entidades territoriales donde los prestadores de servicios de salud presentan fallas en el diagnóstico oportuno, suministro de tratamiento, seguimiento, y el registro y notificación de los casos. Como resultado, se ha identificado la necesidad de fortalecer el monitoreo y el seguimiento en los departamentos de: Guaviare, Chocó, Atlántico, Caquetá, Cauca y el Distrito de Buenaventura.

Adicionalmente, se ha asistido a modo de acompañamiento para el componente de Enfermedades de Transmitidas por Vectores, a las reuniones del Puesto de Mando Unificado de la Secretaría de Salud del Tolima en conjunto con las Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPBs).

A continuación, se presenta la tabla consolidada de reuniones relacionadas con las temáticas de eventos de interés en salud pública (Dengue, Malaria, Fiebre Amarilla y Tosferina) en las que la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud ha participado:

Tabla 110 Programación reuniones eventos de interés en Salud Pública 2025

FECHA DE REUNIÓN	TEMA	ENTIDADES QUE PARTICIPAN
13/05/2026	PMU Fiebre Amarilla Tolima	ET DPATL Y MUNICIPALES (DEL TOLIMA), MINSALUD, INS, EAPB, ESES, IPS Y SUPERSALUD
20/05/2025	PMU FIEBRE AMARILLA TOLIMA	ET DPATL Y MUNICIPALES (DEL TOLIMA), MINSALUD, INS, EAPB, ESES, IPS Y SUPERSALUD
22/05/2025	SAR Nacional brote de IRAG en Tierra Alta Córdoba	INS, MSPS y SNS
10/06/2025	Comité de Vigilancia Epidemiológica - COVE 2025 Semana 23	INS, MSPS, SNS y SIVIGILA
10/06/2025	PMU FIEBRE AMARILLA TOLIMA	ET DPATL Y MUNICIPALES (DEL TOLIMA), MINSALUD, INS, EAPB, ESES, IPS Y SUPERSALUD
11/06/2025	Socialización Circular 025 de 2025 Fiebre amarilla contingencia ferias y fiestas	INS, MINSALUD, ET Y SUPERSALUD
20/06/2025	SAR Nacional brote de tosferina en Tierra Alta Córdoba	Secretaria Seccional de Salud de Magdalena, INS, MSPS y SNS.
24/06/2025	PMU FIEBRE AMARILLA TOLIMA	ET DPATL Y MUNICIPALES(DEL TOLIMA), MINSALUD, INS,EAPB, ESES, IPS Y SUPERSALUD
25/06/2025	SAR EXTRAORDINARIO BROTE TOSFERINA CIENAGA	Gobernación de Magdalena, Procuraduría, Contraloría, ICBF, Secretaria Seccional de Salud de Magdalena y Hospital San Cristobal Ciénaga.
1/07/2025	Comité de Vigilancia Epidemiológica - COVE 2025 Semana 25	INS, MSPS, SNS y SIVIGILA
01/07/2025	PMU FIEBRE AMARILLA TOLIMA	ET DPATL Y MUNICIPALES(DEL TOLIMA), MINSALUD, INS,EAPB, ESES, IPS Y SUPERSALUD
8/07/2025	Comité de Vigilancia Epidemiológica - COVE 2025 Semana 26	INS, MSPS, SNS y SIVIGILA
22/07/2025	Comité de Vigilancia Epidemiológica - COVE 2025 Semana 27	INS, MSPS, SNS y SIVIGILA
26/08/2025	Comité de Vigilancia Epidemiológica - COVE 2025 Semana 35	INS, MSPS, SNS y SIVIGILA
2/09/2025	Comité de Vigilancia Epidemiológica - COVE 2025 Semana 36	INS, MSPS, SNS y SIVIGILA

FECHA DE REUNIÓN	TEMA	ENTIDADES QUE PARTICIPAN
3/09/2025	Puesto de Mando Unificado Secretaría de Salud del Tolima - EAPBs – Municipios	Secretaría de Salud del Tolima, EAPBs que operan en los municipios de Tolima, SNS
9/09/2025	Comité de Vigilancia Epidemiológica - COVE 2025 Semana 37	INS, MSPS, SNS y SIVIGILA
16/09/2025	Comité de Vigilancia Epidemiológica - COVE 2025 Semana 38	INS, MSPS, SNS y SIVIGILA
17/09/2025	Puesto de Mando Unificado Secretaría de Salud del Tolima - EAPBs – Municipios	Secretaría de Salud del Tolima, EAPBs que operan en los municipios de Tolima, SNS
23/09/2025	Comité de Vigilancia Epidemiológica - COVE 2025 Semana 39	INS, MSPS, SNS y SIVIGILA
30/09/2025	Comité de Vigilancia Epidemiológica - COVE 2025 Semana 40	INS, MSPS, SNS y SIVIGILA
07/10/2025	Comité de Vigilancia Epidemiológica - COVE 2025 Semana 41	INS, MSPS, SNS y SIVIGILA
21/10/2025	Comité de Vigilancia Epidemiológica - COVE 2025 Semana 43	INS, MSPS, SNS y SIVIGILA
28/10/2025	Comité de Vigilancia Epidemiológica - COVE 2025 Semana 44	INS, MSPS, SNS y SIVIGILA
04/11/2025	Comité de Vigilancia Epidemiológica - COVE 2025 Semana 45	INS, MSPS, SNS y SIVIGILA
11/11/2025	Comité de Vigilancia Epidemiológica - COVE 2025 Semana 46	INS, MSPS, SNS y SIVIGILA
18/11/2025	Comité de Vigilancia Epidemiológica - COVE 2025 Semana 47	INS, MSPS, SNS y SIVIGILA
02/12/2025	Comité de Vigilancia Epidemiológica - COVE 2025 Semana 49	INS, MSPS, SNS y SIVIGILA

Fuente: Elaboración propia de la Dirección IV para Prestadores de Servicios de Salud

b. Ruta Integral de Atención Mortalidad Materno Perinatal

Teniendo en cuenta que la salud materna, ha sido una de las prioridades en salud pública, el Ministerio de Salud y Protección Social, definió una estrategia denominada plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna que tiene por objetivo, reducir la mortalidad materna a través de la implementación de acciones estratégicas y operativas sectoriales e intersectoriales, adoptando un enfoque de género e intercultural, en las entidades territoriales priorizadas que cumplen con los criterios de focalización.

En atención a lo anterior, la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud, durante la vigencia 2025, realizó las siguientes acciones:

Participación Comité Nacional de Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna (PAREMM)

Este es un comité que se realiza de manera semanal, es liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social, con las cuatro (4) delegaturas de la Superintendencia Nacional de Salud: Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud, Delegatura para la protección al Usuario, Delegatura para Entidades Territoriales y Delegatura para Aseguramiento en Salud. En este comité se llevan a cabo las siguientes actividades:

- Gestión por Entidad Territorial a la implementación que realizan los prestadores de servicios de salud al plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna (PARE MM).
- Intervención directa a las entidades territoriales y los prestadores de servicios de salud donde se han presentado mortalidades maternas por causas directas, análisis de los indicadores de mortalidad materna con la revisión de los casos priorizados de mortalidad materna.
- Presentación y análisis de los casos de Mortalidad materna con la revisión de las unidades de análisis presentadas por el prestador, ente territorial y el asegurador.
- Exhortar a los actores del sistema a establecer planes de mejora, para garantizar el cumplimiento de la Ruta Integral de atención materno perinatal, con el fin de minimizar las causas de mortalidad por Departamento.
- Actividades académicas como los webinarios, con temas relacionados para el abordaje de patologías relacionadas al manejo integral de las gestantes, entre los cuales se encuentra: sepsis obstétrica, manejo de hemorragia obstétrica y plan canguro.
- Participación activa en las mesas técnicas de Inspección y Vigilancia, en el marco del seguimiento al plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna, con la participación del equipo técnico de las cuatro delegaturas, prestadores de servicios de salud y aseguradores que están involucrados en la mortalidad materna presentada, por departamento, donde se generan

compromisos de las alertas identificadas en el seguimiento al plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna.

Como resultado de los seguimientos realizados en el comité, durante el primer semestre de 2025 se priorizaron las entidades territoriales con mayor número de casos de mortalidad materna, correspondientes a La Guajira, Bogotá, Chocó y Putumayo, en las cuales se programaron acciones de mejoramiento y asesorías técnicas para la implementación del Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna. Así mismo, realizó el seguimiento de los compromisos derivados de las mesas, identificado que el departamento de La Guajira no avanzó en más del 50 % de sus compromisos, evidenciándose una gestión deficiente por parte de la Secretaría de Salud de La Guajira. Por su parte, en los demás departamentos, como Bogotá, se cumplió el 95 % de lo establecido en las mesas técnicas realizadas.

Durante el segundo semestre del 2025, teniendo en cuenta que la Entidad territorial con mayor número de muertes maternas fue Bogotá, se realizó una mesa directiva de seguimiento materno con el propósito de que las EAPB del Distrito presentar sus estrategias y compromisos para la reducción de la mortalidad materna enfocado básicamente en tres (3) aspectos: Tamizaje preeclampsia, vacunación de gestantes, calidad del control prenatal en el marco de la Resolución 943 de 2025 "Por la cual se establecen acciones para la atención integral y segura de la población en edad fértil, gestantes y recién nacidos en el marco de la salud materna

en el Distrito Capital”, expedida por la Secretaria de Salud Distrital de Bogotá.

Resultados seguimiento PARE de Mortalidad Materna

A continuación, se presentan los resultados del último seguimiento del PARE DE MM (plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna v5) nro. 156 y a semana epidemiológica 52 de 2025, fueron los siguientes datos:

- Casos de mortalidad materna: 191 casos
- Razón de mortalidad materna: 44,2 por cada 100.000 nacidos a semana epidemiológica 49.
- Casos de mortalidad materna semana Epidemiológica 62: 4 casos presentados en los siguientes entes territoriales:

Ilustración 18 Casos de mortalidad materna semana Epidemiológica 62-DPSS

Departamento	Municipio	EAPB	Causa Agrupada
Antioquia	Yalí	EPSS40. ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S	Sepsis de origen obstétrico
Guajira	Riohacha	CCF055. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO.	Otras causas indirectas: neumonía
Meta	Villavicencio	EPSS02. SALUD TOTAL	Otras causas indirectas: dengue
Meta	Villavicencio	EPS037 - NUEVA EPS	Trastorno hipertensivo asociado al embarazo

Fuente: Informe del Ministerio de Salud y Protección Social, semana epidemiológica 62, diciembre 2025.

Principales casos y razón de mortalidad materna por entidad territorial de residencia:

1. Bogotá: 19 casos y una RMM 36,13
 2. La Guajira: 18 casos y una RMM 103,80
 3. Antioquia: 17 casos y una RMM 33,27
 4. Cesar: 13 casos y una RMM 90,25
 5. Norte de Santander: 12 casos y una RMM 80,91
 6. Choco: 9 casos y una RMM 166,57
 7. Magdalena: 9 casos y una RMM 98,84
 8. Nariño: 9 casos y una RMM 79,55
 9. Atlántico: 8 casos y una RMM 65,21
 10. Cundinamarca: 8 casos y una RMM 30,17
- Proporción de mortalidad materna por régimen de afiliación: subsidiado: 70,2%, contributivo: 25,1%, no asegurado: 3,1 y régimen especial: 1,6%.
 - Mortalidad materna por pertenencia étnica:
Razón de mortalidad materna -RMM: Negro mulato y afrocolombiano 116,6; indígena 190,48. Por porcentajes de acuerdo al número de casos se distribuye de la siguiente manera: indígena 24,1%, negro mulato 18%, y Afrocolombiano 9,4%.

Teniendo en cuenta que el mayor número de casos por pertenencia étnica corresponde a la población indígena, con un total de 46 casos a la fecha,

es importante precisar que, en su mayoría, se concentra en la población Wayuu, con 11 casos de mortalidad materna (MM), seguida por las poblaciones Arhuaca y Embera Katío, con 6 casos cada una, respectivamente.

Auditorías Ruta Integral de Atención Materno Perinatal

Dentro de las acciones de inspección y vigilancia, se encuentran las auditorías que tienen como objeto la verificación del cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud de los siguientes lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social:

- Ruta Integral de Atención Materno Perinatal Resolución 3280 de 2018.
- Las 6 líneas acción del plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna versión 5.
- Circular Externa 0047 de 2022 del MSPS.

Es de precisar que, si bien hay auditorías con enfoque específico para mortalidad materna, en las auditorías con enfoque integral, también se realiza la verificación del cumplimiento de los lineamientos anteriormente relacionados.

Así las cosas, el número de auditorías realizadas durante la vigencia 2025 para verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos para la

reducción de la mortalidad materna fue de un total de 47, de las cuales cinco (5) fueron específicas para la Ruta Materno Perinatal y 42 integrales.

A continuación, se presentan los principales hallazgos identificados durante las auditorías realizadas de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal:

- Kits de emergencia obstétrica y neonatal, con faltantes de medicamentos, insumos y dispositivos médicos.
- Brechas en el seguimiento de manera permanente y nominal a la cohorte de gestantes.
- No seguimiento hospitalario y post egreso de gestantes con criterios de inclusión de morbilidad materna extrema.
- Se identifican prestadores que no garantizan egresos seguros de la población gestante.
- No garantía de asesoría y provisión del método anticonceptivo post evento obstétrico y post aborto.
- Déficit de capacidades en el talento humano en salud en los diferentes prestadores de servicios de salud, para la atención de las emergencias obstétricas, inoportunidad en el diagnóstico e intervención en la complicación obstétrica.
- No adopción de las recomendaciones basadas en la evidencia científica contenidas en las guías de práctica clínica, para el manejo o abordaje de las principales patologías que causan la mortalidad materna en el país, según fuentes del Ministerio de Salud y Protección Social.

- No se garantiza una atención preferencial por parte de todos los prestadores en el acceso al servicio de urgencias y consulta externa de las gestantes que consultan a estos.
- No se garantiza el talento humano, insumos, equipos biomédicos, medicamentos, etc, indispensables para la atención de gestantes.
- Incumplimiento de las condiciones del Sistema Único de habilitación.

Los anteriores incumplimientos, fueron trasladados a la Delegada de Investigaciones Administrativas para la acción correspondiente, y las Entidades Territoriales para el despliegue de las acciones de IVC que correspondan.

Herramientas Auditorias Ruta Integral de Atención Materno Perinatal

Con el objetivo de facilitar el ejercicio de las auditorías para evaluar el cumplimiento de los lineamientos normativos de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal por parte de la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud, se actualizó la herramienta de auditoría y se desarrollaron instrumentos para aplicar la metodología de paciente trazador.

Otras actividades

La Dirección participó en el Encuentro Nacional de Veedoras y Veedores Territoriales sobre Acceso a Servicios de IVE y DSDR, realizado el 12 de

noviembre de 2025, liderado por la Fundación Oriéntame, con la participación de veedurías territoriales en acceso a IVE y del Ministerio de Salud y Protección Social. En este espacio se presentaron los avances en temas de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) adelantados por las veedurías territoriales (Pueblo Bello, Medellín, Ipiales, Pereira, Villavicencio).

Se identificaron oportunidades de mejora en el cumplimiento de la Sentencia C-055 de 2022 y la Resolución 051 de 2023 del MSPS por parte de los prestadores de servicios de salud en estos territorios. Se promovió la articulación de acciones de seguimiento y reporte de hallazgos relacionados con las barreras en los prestadores para llevar a cabo dicho procedimiento, en coordinación con las Secretarías de Salud Departamentales y/o Distritales, y, en caso de considerarlo necesario, informar a la Superintendencia Nacional de Salud.

Adicionalmente, la Dirección participó en la Reunión Nacional de Conmemoración de los tres años del Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y en el Seguimiento al Plan para la Reducción de la Mortalidad en Primera Infancia, llevada a cabo los días 23 y 24 de octubre de 2025.

c. Desnutrición

El Ministerio de Salud y Protección Social emitió, como estrategia, el Plan de Desaceleración de la Mortalidad por Desnutrición, cuyo objetivo es establecer acciones orientadas a reducir la mortalidad por desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años. Esto se logrará mediante la implementación de actividades estratégicas y operativas, tanto

sectoriales como intersectoriales, en las entidades territoriales priorizadas que cumplen con los criterios de focalización.

En el contexto anterior, los departamentos seleccionados por el Ministerio son: Antioquia, Arauca, Bolívar, Cesar, Chocó, Guainía, La Guajira, Magdalena, Meta, Risaralda, Valle del Cauca y Vichada.

De igual manera, la Corte Constitucional mediante la Sentencia T – 302 de 2017 confirmó el fallo de tutela del 27 de julio de 2016 de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia y tuteló el derecho fundamental a la salud de los niños y niñas del pueblo Wayúu de los Municipios de Riohacha, Manaure, Maicao y Uribía del Departamento de La Guajira y ordenó:

"(...) Fortalecer las actividades de inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, en el contexto particular y específico de La Guajira (...)".

Para el caso del departamento del Chocó se han generado fallos de la Corte Constitucional respecto a la garantía de derechos de la población de este territorio como lo es la Sentencia T-622 de 2016 y la Sentencia T-080 de 2018.

Teniendo en cuenta lo anterior, la Dirección IV para Prestadores de Servicios de Salud participa en varios espacios con el fin de dar cumplimiento a lo ordenado por la Corte Constitucional como, participar en articulación con las demás delegadas en el MESEPP - Mecanismo Especial de Seguimiento y Evaluación de las Políticas Públicas, liderado

por la Presidencia de La República, dentro del cual se encuentra el Plan Provisional de Acción, en el que se establecen medidas urgentes para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud.

Así mismo y con el fin de realizar seguimiento al cumplimiento de las disposiciones establecidas para reducir la mortalidad por desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años, tales como:

- Resolución 2350 de 2020 por la cual se adopta el lineamiento para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños de 0 a 59 meses de edad.
- Resolución 3280 de 2018, Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud.
- Circular Externa nro. 2023151000000015-5 del 17 de noviembre de 2023, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud. (solo aplica para La Guajira)

Durante la vigencia 2025 se realizaron las siguientes acciones:

Auditorías

Dentro de las acciones de inspección y vigilancia, se encuentran las auditorías que tienen como objeto la verificación del cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud de los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, resaltando que si bien hay auditorías con enfoque específico para desnutrición, en las

auditorías con enfoque integral, también se realiza la verificación del cumplimiento de los lineamientos para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños menores de 5 años.

Así las cosas, el número de auditorías que se realizaron en la vigencia 2025 para verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos para el manejo de la desnutrición aguda son:

Auditorías integrales: 42

Auditorías específicas: 9

A continuación, se relacionan los principales hallazgos identificados durante las auditorías realizadas a los prestadores de servicios de salud:

- No garantiza el fortalecimiento técnico del talento humano en salud responsable del manejo integral de la desnutrición, que asegure la adherencia al lineamiento técnico.
- No garantiza durante el manejo hospitalario y ambulatorio la aplicación de las escalas DHAKA y SCORDOK en los niños de 0 a 59 meses.
- No garantiza los criterios de egreso hospitalario adicionales relacionados con asegurar el esquema completo de vacunación acorde a su edad, soportar la entrega de FTLC hasta el próximo control y contrarreferencia con diagnóstico principal de desnutrición.

- No se garantiza la formula terapéutica lista para consumo FTLC luego del manejo hospitalario para continuar su manejo ambulatorio y dar cumplimiento a su rehabilitación
- Genera barreras en la atención de la población indígena que habita en el territorio, al no realizar adecuaciones que garanticen el reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud, traductores indígenas, articulación con las parteras, u otros.
- No se garantiza la educación a la familia de los niños y las niñas identificados con desnutrición aguda.
- No se garantiza la realización de prueba de apetito en la definición del manejo del niño o niña con desnutrición aguda.
- Falta de evaluación de adherencia al lineamiento integrado de manejo de desnutrición aguda.
- No garantía de las atenciones de consulta externa relacionadas con la contratación de la Ruta de Promoción y mantenimiento de la Salud de los menores de 5 años.

Todos los anteriores incumplimientos, fueron trasladados a la Delegada de Investigaciones Administrativas para la acción correspondiente. Los relacionados con el Sistema Único de Habilitación, fueron trasladados a la respectiva entidad territorial.

Participación Comité Nacional Emergencia Nutricional

Este es un comité que lideran las entidades territoriales en el marco del seguimiento a la atención oportuna de niños y niñas menores de cinco años con diagnóstico de desnutrición aguda. Desde la Dirección se ha priorizado la participación en los comités de La Guajira y Chocó, teniendo en cuenta que son los territorios con un número importante de casos notificados de morbilidad y mortalidad por desnutrición aguda. En este espacio participan las entidades territoriales, EAPB e IPS del territorio y se presenta el seguimiento a los casos de los niños reportados con diagnósticos de riesgo y de desnutrición aguda, que a través de la revisión individual se pueden identificar fallas en el seguimiento de los actores del SGSSS, lo cual es insumo para las acciones de inspección y vigilancia de la Dirección. La participación de la dirección ha sido relevante, teniendo en cuenta que durante la reunión se hacen recomendaciones, llamados de atención y se solicitan las respectivas acciones correctivas.

Requerimientos de información a prestadores relacionadas a desnutrición aguda

- 20254100101041951 del 1/04/2025.
- 20254100101031311 del 1/04/2025.
- 20254100101007351 del 23/04/2025.
- 20254100101007311 del 24/04/2025.
- 20254100101041951 del 1/04/2025.
- 20254100101031311 del 1/04/2025.
- 20254100101007351 del 23/04/2025.
- 20254100101007311 del 24/04/2025.
- 20254100103285391 del 23/12/2025.

- 20254100103285661 del 23/12/2025.
- 20254100103281171 del 23/12/2025.
- 20254100103281191 del 23/12/2025.
- 20254100103286371 del 23/12/2025.
- 20254100003191931 del 11/12/2025.
- 20254100003191941 del 11/12/2025.
- 20254100003191951 del 11/12/2025.
- 20254100003191961 del 11/12/2025.
- 20254100003191971 del 11/12/2025.
- 20254100003191981 del 11/12/2025.
- 20254100003191991 del 11/12/2025.
- 20254100003192001 del 11/12/2025.
- 20254100003192011 del 11/12/2025.
- 20254100003192021 del 11/12/2025.
- 20254100003192031 del 11/12/2025.
- 20254100003192041 del 11/12/2025.
- 20254100003192051 del 11/12/2025.
- 20254100003192061 del 11/12/2025.
- 20254100003192071 del 11/12/2025.
- 20254100003192081 del 11/12/2025.
- 20254100003192091 del 11/12/2025.
- 20254100003192101 del 11/12/2025.
- 20254100003192111 del 11/12/2025.
- 20254100003190771 del 11/12/2025.

Fortalecimiento de la gestión de eventos de interés en Salud Pública

Departamento de Chocó

- Se realizó participación en mesa de trabajo convocada por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual fue realizada el 6 de octubre de 2025, con el propósito de definir las necesidades de intervención desde la Superintendencia Nacional de Salud. En este espacio se presentaron las acciones adelantadas frente a la problemática y se acordó generar especial énfasis en:
- Seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de las auditorías realizadas a los prestadores.
- Convocatoria a 21 prestadores priorizados del departamento del Chocó para la socialización de la experiencia exitosa en la identificación y recuperación de niños y niñas con desnutrición, desarrollada por la E.S.E. Hospital San José de Maicao (La Guajira). Esta experiencia se presentó como ejemplo para su adaptación en la atención de las IPS del Chocó. La actividad fue liderada por la Dirección de Medidas Especiales y realizada el 6 de noviembre. A la jornada se conectaron 158 personas de las IPS convocadas.
- Análisis de las situaciones que generaron los casos de mortalidad en el departamento del Chocó durante la vigencia 2025, para lo que se realizó:
- Requerimiento de información sobre casos de mortalidad por desnutrición año 2025 en el departamento del Chocó a la Secretaría

de Salud Departamental de Chocó (SDSCH), sobre el seguimiento nominal de casos estudiados por mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de cinco años, especialmente con Prestadores de Servicios de Salud, el cual se realizó el 15 de octubre de 2025 mediante NURC 20254100102397691.

Verificación in situ de las fallas identificadas en la prestación de servicios de salud, mediante la revisión de todas las unidades de análisis de mortalidades por desnutrición en niños y niñas menores de cinco años, realizadas por la SDSCH en la vigencia 2025.

14 de Noviembre de 2025 – Quibdó – Chocó

Jornada de fortalecimiento sectorial e intersectorial de la ruta de desnutrición aguda – Chocó realizada el 14 de noviembre de 2025. En dicha convocatoria participaron 176 personas de las entidades Defensoría del Pueblo Regional Chocó, ICBF, Nueva EPS, Comfachocó, Sanitas, así como de las 21 IPS priorizadas. Adicionalmente, se contó con la participación del Ministerio de Salud y Protección Social, Min Igualdad, Min Vivienda, Prosperidad Social.

2 de Diciembre de 2025 – Virtual – Prestadores Chocó

Jornada de fortalecimiento de capacidades: Capacitación “Consideraciones médico legales en el manejo integral de la desnutrición”, Tribunal de Ética Médica Nacional, dirigida a prestadores de servicios de salud del departamento del Chocó. Diciembre 2 de 2025. Lo

anterior, con el objetivo de generar reflexiones sobre la importancia de actuaciones médicas con ética y responsabilidad, no solamente desde la mirada del cumplimiento normativo, sino en la protección de la vida, la dignidad y los derechos de los usuarios. Participaron en total 61 personas del área de la salud.

3 de diciembre de 2025 – Quibdó – Chocó

Jornada intersectorial en el marco del plan de choque de desaceleración de mortalidad por desnutrición, realizado el 3 de diciembre de 2025, en el que se contextualizó sobre la problemática de mortalidad por desnutrición – Chocó, se retomaron las falencias encontradas PSS Primarios y Complementarios, entidad territorial, y aseguradoras, resultados del seguimiento al Hospital San Francisco de Asís. En un segundo momento se establecieron compromisos de intensificación o innovación por parte de los actores intersectoriales como Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Departamental de Chocó, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, UNICEF, Registraduría Nacional del estado civil, Alcaldía De Bojayá, Alcaldía De Bagadó, Nueva EPS, Comfachocó, Saviasalud, Jaikera, Hospital San Francisco de Asís e Ips Eficazmedic.

Se definió generar un seguimiento presencial a los avances en el mes de febrero de 2026.

Departamento de La Guajira

El 27 de febrero de 2025, se convocaron 60 IPS para el fortalecimiento de eventos priorizados: 549 - morbilidad materna extrema y 550 - Mortalidad Materna, 113 - Desnutrición Aguda en menores de 5 años, 591 - vigilancia integrada de muerte en menores de 5 años por Desnutrición (DNT), Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA).

Se realizó seguimiento a las 5 entidades que presentaban la mayor cantidad de fallas relacionadas a la atención de las gestantes y los menores de 5 años, los cuales fueron priorizados por los eventos: 549 - morbilidad materna extrema y 550 - Mortalidad Materna, 113 - Desnutrición Aguda en menores de 5 años, 591 - vigilancia integrada de muerte en menores de 5 años por Desnutrición (DNT), Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), a través de la generación de planes de acción, las IPS fueron:

- Anashwaya IPS SAS
- Comfaguajira IPS
- Unidad Materno Infantil Talapuín S.A.S.
- Unidad Médica Wayuu Anouta Wakuaipa IPSI.
- IPSI Wayuu Anashii.

En el mes de septiembre de 2025, se convocaron 32 IPS del departamento de la Guajira para el fortalecimiento de capacidades en el manejo integrado de la desnutrición aguda.

De las anteriores, se focalizaron mediante mesas de trabajo individuales a 10 IPS que resultó en la proyección de un plan de acción a tres meses orientado a la mejora continua, basado en una autoevaluación institucional sobre la implementación de la Resolución 2350 de 2020, en el manejo integral e integrado de la desnutrición aguda.

Las IPS son:

- E.S.E. Hospital Armando Pabón López
- E.S.E. Hospital Nuestra Señora De Los Remedios
- E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Perpetuo Socorro
- IPS Indigena Kottushi Sao Ana
- Unidad Médica Wayuu Anouta Wakuaipa Ipsi
- IPSI Anasu Ainwa
- IPSI Palaima
- Outtajiapulee IPSI
- Baylor College of Medicine Children's Foundation IPS
- Unidad Materno Infantil Talapuín S.A.S.

El mencionado plan, fue aprobado por la Dirección de inspección y vigilancia de Prestadores de Servicios de Salud y culminó su ejecución el

31 de diciembre de 2025, los prestadores deben remitir el cierre de dicho plan hasta el 5 de enero de 2026.

d. Eutanasia

La Dirección IV para Prestadores de Servicios de Salud dentro de sus acciones de Inspección, Vigilancia y Control realiza una análisis semestral a partir de los datos reportados por las Entidades Aseguradoras a la Superintendencia Nacional de Salud a través de la plataforma NRVCC y cumplimiento normativo de Sentencias T-493 de 1993, C-239 de 1997, T-970 de 2014, Resolución 971 de 2021, y de la Circular Externa 20211700000006-5 de 2021 *“Por el cual se imparten instrucciones para la verificación de la correcta implementación de la regulación para hacer efectivo el derecho fundamental a morir con dignidad”*.

En tal sentido, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) deben documentar, socializar e implementar un proceso institucional estandarizado que garantice la atención integral y la orientación adecuada al paciente que manifieste su derecho a morir con dignidad, así como a su familia. Este procedimiento debe contemplar los lineamientos normativos vigentes, establecer responsabilidades claras, asegurar el acceso oportuno a la información y acompañamiento, y garantizar el respeto por la autonomía, la voluntad y la dignidad humana en todas las etapas del proceso.

El análisis descriptivo realizado por cada periodo y consolidado en el informe semestral conforme a las órdenes impartidas a Superintendencia Nacional de Salud en la Sentencia T-423 de 2017 pretende evaluar los siguientes aspectos:

- Red de servicios: se verifica la lista de IPS contratadas y habilitadas para la prestación del servicio de eutanasia, identificando su cobertura en el territorio nacional.
- Seguimiento a solicitudes de eutanasia: se evalúa las solicitudes registradas en el periodo de estudio, clasificándolas en realizadas, negadas, desistidas o en trámite.
- Protocolos y procesos de atención: se revisa la documentación de las IPS sobre los procedimientos estandarizados para la eutanasia acorde a lo dispuesto normativamente.
- Conformación del Comité Científico Interdisciplinario: se revisa descriptivamente la existencia del comité en las IPS que requieren la conformación de dicha instancia, identificando inconsistencias en su existencia y funcionamiento.
- Médicos no objetores de conciencia: se analiza la disponibilidad de profesionales médicos dispuestos a realizar el procedimiento eutanásico en la red reportada por las Entidades Aseguradoras.

Acciones de Inspección y Vigilancia

El análisis de la información recolectada en el informe semestral realizado por la Dirección, presenta un enfoque descriptivo, se consolida mediante la construcción de tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas, así como el cálculo de proporciones para identificar patrones, tendencias y características relevantes en las variables observadas que permite generar requerimientos a las IPS con inconsistencias en su reporte o datos que requieran mayor alcance, con el fin de identificar barreras de acceso e incumplimiento normativo de acuerdo a lo establecido en Resolución 971 de 2021.

Acorde a lo anterior la Dirección de inspección y vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud de la Superintendencia Nacional de Salud, implementada por el Decreto 1080 de septiembre de 2021 en ejercicio de sus facultades de IVC y en seguimiento al cumplimiento por parte de las IPS para garantizar el derecho a morir con dignidad, para la vigencia 2025 se generaron 118 requerimientos realizados a la red de prestadores de servicios de salud reportados por las entidades aseguradoras para la ejecución del procedimiento de eutanasia con el fin de evaluar la conformación de comité científico interdisciplinario para el derecho a morir con dignidad, existencia de médicos no objetores y correcta aplicación del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad en el territorio nacional. el derecho a morir con dignidad, existencia de médicos no objetores y correcta aplicación del

procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad en el territorio nacional.

Auditorías

La auditoría a los prestadores de servicios de salud en el marco de la Resolución 971 de 2021 reviste especial importancia, en tanto constituye el mecanismo para verificar el cumplimiento de las obligaciones relacionadas con la atención de solicitudes de eutanasia, se evalúa la conformación y funcionamiento del comité científico interdisciplinario, la disponibilidad de médicos no objetores, la aplicación de los protocolos definidos y la garantía de los principios de oportunidad, continuidad y dignidad humana en el proceso de recepción y trámite las solicitudes de eutanasia recibidas.

Este proceso permite identificar barreras de acceso, fallas en la implementación de la normatividad y riesgos para los derechos de los pacientes, generando así insumos para la adopción de medidas correctivas y de mejora continua en la prestación del servicio.

Las auditorías realizadas a la red de prestadores reportadas por los aseguradores permiten verificar la implementación de los procedimientos, protocolos y comités exigidos normativamente, asegurando que las IPS dispongan de condiciones administrativas, técnicas y asistenciales que respalden el acceso oportuno, seguro y humanizado a los procedimientos de eutanasia.

En tal sentido, la Dirección IV para Prestadores de Servicios de Salud dentro de sus funciones de Inspección y Vigilancia ha realizado 10 auditorías para la vigencia 2025; es necesario precisar que dentro de los criterios de verificación a los prestadores de servicios de salud durante las auditorías se incluye la evaluación de la recepción de solicitudes de eutanasia por parte de las IPS, teniendo en cuenta el portafolio de servicios habilitado por el prestador respecto a mediana y alta complejidad en internación, servicios de hospitalización oncológica, atención institucional de paciente crónico o atención domiciliaria paciente crónico.

e. Salud Mental

Por parte del Grupo Salud de la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud, se han desarrollado dos mesas de trabajo orientadas a la revisión y actualización de la herramienta de auditoría con enfoque en Salud Mental. Estas actividades iniciaron con el análisis del marco normativo aplicable a las instituciones prestadoras de servicios de salud que tienen habilitados los servicios de Hospitalización en Salud Mental o Consumo de Sustancias Psicoactivas, Hospitalización Parcial para el tratamiento en Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, y/o Urgencias.

La herramienta en proceso de actualización contempla, para cada criterio normativo, la inclusión de la evidencia que respalda su cumplimiento, con

el fin de fortalecer los procesos de auditoría y garantizar la calidad en la prestación de estos servicios especializados.

En el marco de la cooperación interinstitucional, la Delegada de Prestadores de Servicios de Salud de la Superintendencia Nacional de Salud, participó en una mesa convocada por el Ministerio de Salud y Protección Social, el 11 de noviembre de 2025. El objetivo principal fue la proyección y socialización de indicadores vinculados a Conducta Suicida, en línea con el Proyecto de Resolución que establece la Estrategia Nacional para el Cuidado Integral de la Salud en personas con esta problemática. Como resultado, se adquirió el compromiso de enviar comentarios a la nueva versión del proyecto de Resolución y al documento publicado para consulta pública.

Estas observaciones fueron remitidas el 25 de noviembre de 2025 a la Delegada de Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, encargada de consolidar dichas recomendaciones. Actualmente, se está a la espera de la expedición de esta normativa.

El pasado 26 de diciembre de 2025 se recibió el documento denominado "CIRCULAR CONJUNTA EXTERNA No. ____ DE 2025", Cuyo asunto se refiere a "INSTRUCCIONES PARA LA ADOPCIÓN DE CRITERIOS Y LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL Y LA

POLÍTICA INTEGRAL DE ATENCIÓN AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS”, el cual, deberá ser revisado y enviados comentarios en la fecha que sea indicada, por lo que se está en espera de dicha fecha.

El viernes 2 de enero y en virtud de la competencia preventiva y de control de gestión, consagrada en el artículo 277 de la Constitución Política de Colombia, en concordancia con el artículo 24 numerales 1, 2 y 5 del Decreto Ley 262 de 2000, la Procuraduría Delegada para Asuntos Civiles, del Trabajo y la Seguridad Social ha venido desarrollando acciones preventivas en materia de salud mental desde la vigencia 2021 a la fecha, cuyos resultados se permite presentar en el documento anexo titulado “Salud Mental como derecho en Colombia: Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas”.

En este contexto, la Procuraduría Delegada para Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social remitió el mencionado documento, estructurado en cuatro secciones principales. Además, incluye un anexo con un análisis comparativo de experiencias internacionales y recomendaciones que podrían adaptarse a la realidad colombiana. Se espera que este documento sea una herramienta clave para avanzar hacia un sistema de salud más equitativo y eficiente en beneficio de toda la población. Asimismo, se revisará y considerará como fundamento para fortalecer las acciones de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) que adelante esta Dirección.

Auditorías

Durante la vigencia 2025 se realizaron dos (2) auditorías específicas para salud mental, las cuales se relacionan a continuación:

Tabla 111 Consolidado de auditorías específicas de Salud Mental

RAZÓN SOCIAL DE LA ENTIDAD AUDITADA	NIT	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	OBJETO DE LA AUDITORIA	TIPO DE ENTIDAD AUDITADA	TIPO DE AUDITORIA	Nº AUTO, RESOLUCIÓN O REQUERIMIENTO DE LA AUDITORIA
REDES MÉDICAS S.A.S. I.P.S	900981229 - 2	Bogotá	Bogotá	Adelantar acciones de inspección y vigilancia a REDES MÉDICAS S.A.S. I.P.S. respecto a la prestación de servicios de salud a la población con diagnóstico de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, en el marco de las responsabilidades que le asisten dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la vigencia 2024 y lo corrido del 2025.	Privada	Específica	20254100100002 73-7
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. – SEDE HOSPITAL DE SALUD MENTAL FLORALIA	900959048 -4	Bogotá	Bogotá	Adelantar acciones de inspección y vigilancia a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. – SEDE HOSPITAL DE SALUD MENTAL FLORALIA, identificada con el NIT 900.959.048 – 4, respecto de la prestación de servicios de salud a la población con diagnóstico de salud	Pública	Específica	20254100400005 31-7

RAZÓN SOCIAL DE LA ENTIDAD AUDITADA	NIT	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	OBJETO DE LA AUDITORIA	TIPO DE ENTIDAD AUDITADA	TIPO DE AUDITORIA	Nº AUTO, RESOLUCIÓN O REQUERIMIENTO DE LA AUDITORIA
				mental y consumo de sustancias psicoactivas, en el marco de las responsabilidades que le asisten dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la vigencia 2024 y lo corrido del 2025			

Fuente: base de datos auditorías 2025

f. Cáncer

Desde la Dirección IV para Prestadores de Servicios de Salud se realizó participación en diferentes mesas técnicas frente al abordaje del Cáncer como se relacionan a continuación:

1. Planeación de IV Mesa en Cáncer de mama y próstata en el Atlántico realizada en el mes de junio de 2025 frente a la CE10-2024: Con las 4 delegadas se revisó los indicadores de mortalidad, incidencia, prevalencia y cobertura de tamizaje de mama y próstata en el Atlántico, justificando su priorización para la Mesa.
2. Proyecto SCANI: Estrategia seguimiento de alerta temprana de Niños, Niñas, Adolescentes -NNA para cáncer infantil, con la participación de Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Cancerología, el Instituto Nacional de Salud, la Cuenta de Alto Costo, se realizó la Socialización de la herramienta

centralizada que permita a los actores poder visualizar y retroalimentar las acciones correspondientes al seguimiento realizado a NNS con sospecha y diagnóstico de Cáncer infantil. Julio 2025

3. Participación en la Mesa de Dialogo para la Actualización del Modelo y el Plan Decenal de Cáncer en el mes de Agosto de 2025, organizado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología, revisando el modelo para el control del cáncer en Colombia versión 2, caracterizado por contemplar unas etapas secuenciales de la gestión enmarcadas en el control del riesgo, la detección temprana, el tratamiento, rehabilitación y los cuidados paliativos, reconociendo estos objetivos como componentes de un proceso continuo (“continuum”) para el control del cáncer, dirigido a personas con riesgo de desarrollar la enfermedad, con diagnóstico de enfermedad oncológica, en tratamiento activo, supervivientes o en una etapa de fin de vida.
4. En el mes de septiembre de 2025 la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Cuenta de Alto Costo participo en la capacitación del uso de PREVSCAN, herramienta que permite la interoperabilidad de la información reportada por los prestadores de servicios de salud, en canceres priorizados.

5. El 27 de octubre del presente año se participó en la Mesa de trabajo organizada por la Cuenta de Alto Costo y la SNS, enfocada en las actividades de la plataforma PREVSCAN y la Confirmación diagnóstica en cáncer menores de 18 años. Durante la sesión se socializaron los avances en la implementación del programa de seguimiento para cáncer de mama y cáncer de cuello uterino, los resultados relacionados con las EPS intervenidas y no intervenidas y los resultados del seguimiento a la confirmación de cáncer en menores de 18 años.
6. En el mes de noviembre, posterior al cumplimiento del compromiso establecido por la Cuenta de Alto Costo mediante la generación de contraseñas para las personas vinculadas al proceso de inspección y vigilancia de cáncer, se realizó la revisión del aplicativo SISCAC – PREVSCAN.

La verificación se centró en la funcionalidad de la herramienta de seguimiento para la gestión inteligente del riesgo. En el aplicativo se visualizan:

- Indicadores de seguimiento de la población en riesgo, objeto de tamización de cáncer de cuello uterino y de mama.
- Alertas de gestión para la intervención oportuna en los procesos de tamización y diagnóstico.
- Detalle de la población a intervenir, de acuerdo con las alertas programadas.

Durante la revisión se identificaron las siguientes limitaciones, las cuales fueron informadas a la CAC en reuniones posteriores, con el fin de que se realizaran los ajustes y la herramienta sea más funcional para el respectivo seguimiento:

- El identificador de búsqueda del prestador no es claro.
- No existe evidencia de relación en la búsqueda entre la EAPB y el prestador.
- La información se presenta únicamente con corte al día de la verificación, sin posibilidad de consultar rangos de fecha para otros periodos.
- No se dispone de gráficas que permitan visualizar la trazabilidad y el comportamiento de los indicadores en diferentes periodos.
- El alcance de la información asociada al prestador no es preciso; en caso de incumplimiento de algún indicador o alerta de seguimiento, no se establece con claridad si la responsabilidad corresponde a dicho prestador o a otro, según los convenios de contratación de la EAPB.

7. Derivado de las anteriores observaciones, se programó desde la CAC capacitación específica de la plataforma PREVSCAN dirigida a los profesionales de la SNS en la cual se participó de forma asincrónica.

Auditorías

Durante la vigencia 2025 se realizó una (1) auditoría donde se realizó trazabilidad a la atención de pacientes con cáncer, la cual se relaciona a continuación:

Tabla 112 Consolidado de auditorías específicas de Cáncer

RAZÓN SOCIAL DE LA ENTIDAD AUDITADA	NIT	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	OBJETO DE LA AUDITORIA	TIPO DE ENTIDAD AUDITADA	TIPO DE AUDITORIA	N° AUTO, RESOLUCIÓN O REQUERIMIENTO DE LA AUDITORIA
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR-COLSUBSIDIO SEDE CLINICA INFANTIL COLSUBSIDIO	860007336-1	Bogotá	Bogotá	Verificar el cumplimiento de las responsabilidades de la CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO-SEDE CLINICA INFANTIL COLSUBSIDIO-identificada con NIT 860.007.336-1, en relación con los ejes financiero, administrativo - legal y prestación de servicios de salud para las vigencias 2023, 2024 y lo corrido de 2025.	Privada	Integral	2025410040000262-7

Fuente: base de datos auditorías 2025

g. Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI

La Dirección de inspección y vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud en el mes de junio de 2025 participo en la Mesa de Trabajo

Definición acciones IVC Estructuras Propias Indígenas con la participación de representantes de todas las delegaturas de la Superintendencia Nacional de Salud donde se concertaron las metodologías de trabajo para construir el Manual de acciones de IVC para estructuras propias indígenas en salud.

Participación en mesa de trabajo para el mes de Julio de 2025, Definición acciones IVC Estructuras Propias Indígenas con participación de la delegada de Entidades territoriales, Delegada de entidades de Aseguramiento y delegada para prestadores de servicios de salud, donde se priorizó el Circulo de la palabra [espacio de diálogo y encuentro donde se comparten saberes] en los departamentos del Choco, Vaupés, Risaralda y Cauca de acuerdo con las sentencias, órdenes defensoriales y avance en el modelo de salud indígena y presentación de la metodología a utilizar en cinco fases.

Socialización de diálogos territoriales indígena en Guainía por parte de la SNS el 22 de julio de 2025 con el propósito de recopilar información para el diseño del manual de IVC frente al SISPI, dejando oportunidades de mejora como replantear la metodología de socialización de acuerdo con el lenguaje y su nivel de conocimiento frente al Decreto 480 de 2025 y evitar la centralización de las resoluciones de PQRD en salud durante el dialogo; Dudas o inquietudes frente al Decreto 480 de 2025 por parte del MSPS.

En octubre se participó en la Décima Sesión del Comité Territorial Operativo y de Seguimiento del MIAS para el departamento de Guainía. La reunión, convocada con funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social, tuvo como propósito revisar el oficio remitido a dicha entidad, mediante el cual se solicitó claridad y acompañamiento técnico para garantizar la continuidad y sostenibilidad del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) en el departamento.

Adicionalmente, la sesión abordó la negociación de los contratos entre la EAPB Nueva EPS y la ESE Hospital Renacer, en la cual se generaron intervenciones y compromisos por parte de la Dirección Regional de la Superintendencia Nacional de Salud, el asegurador y el prestador, con el fin de asegurar la continuidad en la prestación de los servicios de salud. El 30 de diciembre del presente año se participó en una reunión con la Dirección de Entidades de Aseguramiento, la Dirección de Entidades Territoriales, la Oficina de Planeación y la Oficina de Metodologías, en la cual se revisó la propuesta de adaptación del Manual de Auditorías para la población indígena perteneciente al departamento de la Guajira.

En cumplimiento de los compromisos establecidos con las autoridades del pueblo Wayuu, se acordó la realización de un documento técnico y una prueba piloto para la EAPB Anaswayuu, conforme a lo requerido por la comunidad, la cual será presentada en enero de 2026.

Adicionalmente, desde la Dirección de Prestadores de Servicios de Salud se formuló una propuesta de auditoría específica para las Instituciones

Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Esta propuesta será revisada posteriormente, dado que el trabajo inicial se desarrollará con las EAPB, en el marco de las acciones orientadas al cumplimiento de los compromisos adquiridos.

h. VIH

Se realizaron articulaciones con el Ministerio de Salud y Protección Social, con el propósito de aclarar los puntos de control en la atención de pacientes con VIH y preexposición, de igual manera se realizó reunión de articulación para aclarar dudas sobre la ruta de prescripción y entrega de los medicamentos antirretrovirales, especialmente del DOLUTEGRAVIR.

Se envió comunicado masivo a prestadores de servicios de salud dando instrucciones para la prestación del servicio de consulta médica especializada.

Se está trabajando en la actualización de la herramienta de auditoría, para revisión de la prestación de servicios de salud a la población que vive con VIH.

Auditorias

Durante la vigencia 2025 se realizaron dos (2) auditorías donde se realizó trazabilidad a la atención de pacientes con VIH, la cual se relaciona a continuación:

Tabla 113 Consolidado de auditorías específicas de VIH

RAZÓN SOCIAL DE LA ENTIDAD AUDITADA	NIT	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	OBJETO DE LA AUDITORIA	TIPO DE ENTIDAD AUDITADA	ENFOQUE DE LA AUDITORIA	Nº AUTO, RESOLUCIÓN O REQUERIMIENTO DE LA AUDITORIA
VIVIR IPS SAS	830017370 - 6	Bogotá	Bogotá	Verificar el cumplimiento de las responsabilidades de VIVIR IPS SAS, identificada con el NIT 830.017.370 - 6, en relación con los ejes financiero, administrativo - legal y prestación de servicios de salud para las vigencias 2023, 2024 y lo corrido de 2025	Privada	Integral	20254100400005 84-7
LA FUNDACIÓN PARA EL SERVICIO INTEGRAL DE ATENCIÓN MÉDICA - FUNDACIÓN SIAM,	900034438-3	Valle del Cauca	Cali	Acciones de inspección y vigilancia frente a las características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud y verificar la efectiva prestación de servicios de salud de conformidad con los lineamientos impartidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, para fortalecer el acceso efectivo a la atención integral en salud de la población con infección por	Privada	Específica	20254100100015 97-7 del 31-10-2025

RAZÓN SOCIAL DE LA ENTIDAD AUDITADA	NIT	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	OBJETO DE LA AUDITORIA	TIPO DE ENTIDAD AUDITADA	ENFOQUE DE LA AUDITORIA	Nº AUTO, RESOLUCIÓN O REQUERIMIENTO DE LA AUDITORIA
				el Virus de la Inmunodeficiencia Humana - VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida – SIDA, para las vigencias 2024 y lo corrido del 2025”			

Fuente: base de datos auditorías 2025

i. Infecciones asociadas a la atención en salud (IASS)

La Dirección IV para Prestadores de Servicios de Salud dentro de sus acciones de Inspección, Vigilancia y Control, ha participado en el Comité Nacional de IAAS (Infecciones asociadas a la atención en salud) y RAM (resistencia a los antimicrobianos), el cual está a cargo del Ministerio de Salud, sesiona dos veces al año, se realiza de manera presencial en el Ministerio y es convocado por Marcela Pilar Rojas Diaz a través del correo mrojas@minsalud.gov.co; este año se ha asistido a los dos comités convocados para el día 27/08/2025 y 24/07/2025.

El 19/12/2025 se participó en la reunión de Puntos Focales de la Red Nacional de IAAS, convocada por el Ministerio de Salud y Protección Social, acordando que, la Superintendencia Nacional de Salud realizará acciones de control sobre aquellos prestadores que de manera reiterativa tienen silencios epidemiológicos, dado que, en el último comité el Instituto Nacional de Salud, reportó fallas críticas con el registro de datos por parte

algunas Unidades Primarias Generadoras de Datos a nivel nacional; dicha información será remitida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

De otra parte, se ha realizado la revisión de la normatividad vigente para fortalecer el instrumento de auditoría.

j. Fortalecimiento de la oferta de servicios de salud para el primer nivel en el Modelo de Salud preventivo

La Dirección IV para Prestadores de Servicios de Salud ha participado en dos mesas técnicas convocadas por el Ministerio de Salud, la primera se realizó el 11 de marzo de 2025, en la que se socializó la propuesta de fortalecimiento de la oferta de servicios de salud para el primer nivel en el Modelo de Salud preventivo, Predictivo y Resolutivo e informaron que se ha adelantado un ejercicio de identificación de capacidades de las E.S.E en aras de su fortalecimiento y; la segunda fue el 14 de marzo de 2025, en la cual se enfatizó que el fortalecimiento del nivel primario debe estar enfocado en: ampliación de la oferta para lograr una mayor resolutiveidad, formalización de trabajadores de salud, apertura y funcionamiento de puestos de salud rurales y; disposición de Equipos básicos de salud y especialistas en este nivel, con el propósito de resolver las necesidades de la población.

Con posterioridad la Dirección participó en los diferentes espacios destinados para la revisión de propuestas entre prestadores de servicios de salud y las ESE respecto al fortalecimiento de servicios mediante acuerdos de voluntades.

De igual manera, quedó como compromiso que el Ministerio de Salud convocará a esta Superintendencia a una capacitación en el manejo del Aplicativo APS; también está pendiente la expedición de la normatividad por parte del Ministerio de Salud que regule este ejercicio para implementar el mecanismo de vigilancia y seguimiento a las E.S.E.

El presente tema se encuentra en pausa, toda vez que el Ministerio de Salud y Protección Social ha venido normando el fortalecimiento de prestadores primarios, con normas como el Decreto 858 de 2025 el cual fue suspendido provisionalmente por el Consejo de Estado en octubre de 2025, debido a una demanda de nulidad que alegaba que el Ejecutivo excedió sus funciones al intentar hacer cambios estructurales en el sistema de salud mediante un decreto, invadiendo competencias exclusivas del Congreso.

k. Resolución 1632 de 2025 – Negación de servicios de salud

En cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008 y de los Autos 411 de 2015, 122 de 2019, 439 de 2021, 005 de 2024 y 1281 de 2025, la Corte Constitucional impartió instrucciones al Ministerio de Salud y Protección Social orientadas a garantizar la transparencia y el control sobre las negaciones de servicios de salud por parte de las EPS. Entre dichas órdenes se encuentra la implementación y sostenimiento de un registro sistemático que documente los servicios médicos prescritos por el profesional tratante y que hayan sido negados por las EPS, tanto aquellos no sometidos al Comité Técnico Científico (CTC) como los rechazados por este. Este registro debe consignar las razones de la negativa y

estructurarse de manera que permita identificar de forma clara al usuario, el servicio negado, la patología asociada y el motivo de la negación.

La Corte dispuso que el registro se gestionara mediante una plataforma web segura y de acceso restringido, incluyendo tanto negaciones expresas como tácitas (casos autorizados, pero no suministrados oportunamente). Además, ordenó remitir informes trimestrales a la Corte Constitucional y a los órganos de control, y publicar en la página del Ministerio los resultados, las acciones correctivas y sus efectos.

La Corte ordenó al Ministerio gestionar la recuperación de los recursos de la UPC girados a las EPS que negaron servicios del PBS, e incluir en los informes trimestrales las acciones realizadas y los resultados obtenidos.

Ante el bajo cumplimiento de la orden 19 de la Sentencia T-760 de 2008, la Corte instruyó al MSPS expedir una nueva normativa para regular el registro de negaciones, implementar alertas y fortalecer la devolución de la UPC, en coordinación con la Superintendencia y la ADRES. La Resolución 1632 de 2025 asigna a la Superintendencia funciones administrativas (registro y alarmas) y jurídicas (definir negaciones sin justa causa y expedir actos administrativos), además de establecer obligaciones sobre el reintegro de recursos. Se requiere contrastar estas disposiciones con las prácticas actuales para identificar mejoras.

Actualmente la Superintendencia Nacional de Salud, ha evaluado la implementación de la resolución 1632 de 2025, comparando en una fase de diagnóstico, lo ordenado con los recursos y herramientas con los que

se cuenta en la entidad, considerando las fuentes autorizadas en la resolución y las posibles en SISPRO.

Desde la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud, se ha participado en las diferentes mesas técnicas programadas en la entidad y manifestó las formas como desde esta dependencia se pueden desplegar acciones para el cumplimiento de la citada resolución 1632, al igual que las dificultades para su aplicación.

La programación anual de auditorías de la Dirección cuenta con una herramienta de Priorización en la que se considera con relevancia, las PQRD con temas de negación de servicios y tecnologías.

El pasado mes de noviembre de 2025, se envió a toda la red de prestadores del país, comunicado en el cual se impartió instrucciones relacionadas con la obligatoriedad de garantizar el acceso y efectiva prestación de los servicios de salud, recordando también lo ya señalado en la circular externa 013 de 2016 y circular 035 de 2018.

Auditorías

En total se han realizado cuatro (4) auditorías específicas en la ciudad de Medellín y Cali a cuatro instituciones de alta complejidad, de las cuales se referenciaba un número considerable de PQRD, encontrando que presentaban hallazgos por incumplimientos en condiciones de habilitación, en los servicios de Atención de Urgencias, Cirugía y Consulta externa, no obstante, no se identificaron negaciones que aludan vulneración por parte de el prestador de servicios de salud a la normatividad vigente y a los acuerdos de voluntades suscritos. Como

resultado se enviará un informe a la Delegada de Investigaciones Administrativas para la acción correspondiente.

A continuación, se describen los principales hallazgos identificados durante estas auditorías:

- No se garantiza la oportunidad, accesibilidad y continuidad de los procedimientos de apoyo diagnóstico y Cirugías programadas, toda vez que no gestiona la lista de espera.
- No se garantiza la atención oportuna de los pacientes, posterior al triage, particularmente los pacientes clasificados como triage III en el servicio de urgencias adultos, por demoras de más de 360 minutos, incluso días, sin atención médica en el servicio de urgencias.
- No garantiza la existencia y completitud en el kit de emergencia obstétrica del servicio de urgencias adulto.
- Oferta de servicio 409 Ortopedia Pediátrica, a pesar de no estar habilitado en el REPS.
- No realiza reporte de novedades ante la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia, en referencia a: novedades de capacidad instalada y novedad de apertura de servicios.
- No se garantiza el cumplimiento del protocolo institucional de carro de paro en el servicio de urgencias de adultos. Se identificó la inexistencia de varios medicamentos e insumos, así como inconsistencias entre el inventario.

- Condiciones de infraestructura en el servicio de urgencias adulto que representan riesgo para la seguridad de los pacientes y no garantizan las condiciones mínimas de habilitación.
- No se cuenta con estrategias efectivas para descongestionar el servicio de urgencias adulto, atención diferida de pacientes en el servicio de urgencias (dando egreso y reingreso el día siguiente en la mañana), de algunas especialidades que se prestan de manera diurna.

I. Seguimiento a la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud

Desarrollo de acciones con enfoque de supervisión basada en riesgos, con ejercicios que apuesten al monitoreo, análisis, seguimiento y evaluación de la prestación de los servicios de salud con la validación en las Empresas Sociales del Estado priorizadas por nivel de riesgo, que funcionan como prestador primario y que tienen un modelo de atención preventivo, validando a través de la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, en condiciones de accesibilidad, oportunidad y la integralidad de la atención en salud. Frente a este modelo de supervisión se adelantaron acciones de seguimiento en campo a las siguientes Empresas Sociales del Estado:

Tabla 114 Seguimiento en campo a la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán vigencia 2025

No.	Vigencia	Departamento	Municipio	Entidad
1	2025	Santander	Socorro	ESE Hospital Regional Manuela Beltrán

Fuente: Elaboración propia Delegatura Prestadores de Servicios en Salud a partir de la base de datos de seguimiento a RIAS

Estos seguimientos se realizan con el fin de identificar mediante alertas aquellas situaciones en que el vigilado debe centrar sus acciones que en forma articulada le permitan responder a las prioridades de salud de la población que atiende y así contribuir al mejoramiento de la salud, con la aplicación de las Rutas integrales de atención en salud RIAS. Además, los prestadores deben definir las condiciones necesarias para asegurar la integralidad de la atención partiendo de acciones orientadas a promover el bienestar y desarrollo de los individuos en su entorno, familias y comunidades; así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación.

Estrategias Focalizadas de Inspección y Vigilancia

a. Territorios Vitales - Cuidando recursos, protegiendo vidas

Para la vigencia 2025, se realizó gestión de mesas de trabajo y seguimiento a compromisos de los Prestadores de Servicios de Salud; remitiendo el no reporte de informe final a la Delegada de Investigaciones Administrativas, quedando así:

Tabla 115 Consolidado resultado informe final de compromisos PSS 2025

No.	ENTIDAD	ESTADO	FECHA
1	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE CONDOTO	FINALIZADA	NA
2	FUNDACIÓN SANTA SOFIA DE ASIS	FINALIZADA	NA
3	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TADO	20254100100071173. TRASLADO A LA DIA POR NO ENVIO DEL INFORME FINAL DESPUES DE TIEMPO DE PRORROGA	22/07/2025
4	ESE HOSPITAL EDUARDO SANTOS DE ISTMINA	20254100100068373. TRASLADO A INVESTIGACIONES ADM	11/07/2025
5	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO	FINALIZADA	NA
6	IPS INDIGENA JAI KERA S.A.S	20254100100071193 TRASLADO A INVESTIGACIONES ADM	22/07/2025

Fuente: Elaboración propia Dirección de Inspección y Vigilancia enero a septiembre de 2025

b. Jornadas de fortalecimiento de capacidades

Durante el periodo se realizaron las siguientes jornadas de fortalecimiento de competencias a prestadores de servicios de salud priorizados en los diferentes territorios.

27 de febrero de 2025; Riohacha- La Guajira

Eventos priorizados: 549 - morbilidad materna extrema y 550 - Mortalidad Materna, 113 - Desnutrición Aguda en menores de 5 años, 591 - vigilancia integrada de muerte en menores de 5 años por Desnutrición (DNT), Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). A la jornada se convocaron a los 60 prestadores de servicios de salud.

De la actividad realizada se priorizaron un total de 5 prestadores, estos presentaban la mayor cantidad de fallas relacionadas a la atención de las gestantes y los menores de 5 años, por lo tanto, generaron un plan de acción con actividades encaminadas a subsanar las inconformidades, las IPS fueron:

- Anashiwaya IPS SAS
- Comfaguajira IPS
- Unidad Materno Infantil Talapuin S.A.S.
- Unidad Médica Wayuu Anouta Wakuaipa IPSI.
- IPSI Wayuu Anashii.

Para el mes de junio se requirieron a los 5 prestadores con el fin de realizar seguimiento a la ejecución e implementación del plan de mejoramiento con respectivos soportes y evidencias.

Marzo 31, 1, 10 y 11 de abril de 2025 Quibdó- Chocó

Se realizó jornadas de fortalecimiento de competencias respecto a las prioridades de salud pública: Liderado por la Dirección de IV para PSS, cuando se aborden los eventos 113 "desnutrición aguda en menores de 5 años" y 591 "Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda o Desnutrición aguda", donde se priorizaron un total de 8 prestadores, estos se encontraban en seguimiento de plan de mejora hasta el mes de junio, al momento de entrega se encuentra cerrados dicho planes.

Eventos priorizados: 549 - morbilidad materna extrema y 550 - Mortalidad Materna, 113 - Desnutrición Aguda en menores de 5 años, 591 - vigilancia integrada de muerte en menores de 5 años por Desnutrición (DNT), se realizó jornada de fortalecimiento de competencias en el manejo de la desnutrición aguda en menores de 5 años, así como la priorización de las siguientes IPS para generación de planes de acción:

- SERVISALUD CHOCÓ IPS S.A.S.
- IPS INDIGENA JAI KERA SAS
- IPS EFICAZMEDIC
- FUNDACIÓN SOLIDARIA DEL BAJO BAUDO IPS (FUNSOBA)
- IPS ERCHICHI JAI E.U.
- E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE

De los anteriores, el 100% de los prestadores culminó la ejecución de su plan de acción.

11 y 12 de septiembre de 2025; Riohacha – La Guajira

En el marco del cumplimiento de la Sentencia T-302 de 2017, se llevó a cabo una jornada de fortalecimiento de competencias en salud pública dirigida a las IPS focalizadas de los municipios de Uribia, Manaure, Riohacha y Maicao. El evento incluyó la revisión de la normativa relacionada con el manejo integrado de la desnutrición aguda en niños y niñas menores de cinco años, socialización de hallazgos generados en

auditorias de cumplimiento, así como responsabilidades en el cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud.

De igual manera, a través de la programación de reuniones individuales con 10 prestadores de servicios de salud priorizados se generó orientación técnica para la identificación de fallas u oportunidades de mejora en la implementación del lineamiento de manejo integrado de desnutrición, que dio paso a la proyección de un plan de acción a un término de 3 meses.

18 y 19 de septiembre de 2025; Riohacha – La Guajira

A partir de la proyección de planes de acción para el fortalecimiento del manejo integrado de la desnutrición aguda, se realizó reunión de socialización con cada prestador priorizado en el cual se dieron orientaciones técnicas para el ajuste de actividades e indicadores para generar acciones de impacto en beneficio de la población asignada menor de cinco años.

18 y 19 de septiembre de 2025; Riohacha – La Guajira

A partir de la proyección de planes de acción para el fortalecimiento del manejo integrado de la desnutrición aguda, se realizó reunión de socialización con cada prestador priorizado en el cual se dieron orientaciones técnicas para el ajuste de actividades e indicadores para generar acciones de impacto en beneficio de la población asignada menor de cinco años.

14 de noviembre de 2025 – Quibdó – Chocó

Jornada de fortalecimiento sectorial e intersectorial de la ruta de desnutrición aguda – Chocó realizada el 14 de noviembre de 2025. En dicha convocatoria participaron 176 personas de las entidades Defensoría del Pueblo Regional Chocó, ICBF, Nueva EPS, Comfachocó, Sanitas, así como de las 21 IPS priorizadas. Adicionalmente, se contó con la participación del Ministerio de Salud y Protección Social, Min Igualdad, Min Vivienda, Prosperidad Social.

2 de diciembre de 2025 – Virtual – Prestadores Chocó

Jornada de fortalecimiento de capacidades: Capacitación “*Consideraciones médico legales en el manejo integral de la desnutrición*”, Tribunal de Ética Médica Nacional, dirigida a prestadores de servicios de salud del departamento del Chocó. Diciembre 2 de 2025. Lo anterior, con el objetivo de generar reflexiones sobre la importancia de actuaciones médicas con ética y responsabilidad, no solamente desde la mirada del cumplimiento normativo, sino en la protección de la vida, la dignidad y los derechos de los usuarios. Participaron en total 61 personas del área de la salud.

3 de diciembre de 2025 – Quibdó – Chocó

Jornada intersectorial en el marco del plan de choque de desaceleración de mortalidad por desnutrición, realizado el 3 de diciembre de 2025, en el que se contextualizó sobre la problemática de mortalidad por desnutrición – Chocó, se retomaron las falencias encontradas PSS Primarios y Complementarios, entidad territorial, y aseguradoras, resultados del seguimiento al Hospital San Francisco de Asís. En un segundo momento se establecieron compromisos de intensificación o innovación por parte de los actores intersectoriales como Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Departamental de Chocó, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, UNICEF, Registraduría Nacional del estado civil, Alcaldía De Bojayá, Alcaldía De Bagadó, Nueva Eps, Comfachocó, Saviasalud, Jaikera, Hospital San Francisco de Asís e Ips Eficazmedic.

c. Enfoque Diferencial

Las auditorías a los sujetos vigilados tanto prestadores públicos y privados, revisten especial importancia por constituir el mecanismo que permite verificar el cumplimiento de sus obligaciones en materia de acceso a los servicios de salud, en estas se identifican barreras de acceso, deficiencias en la implementación de la normatividad y riesgos para la garantía de los derechos de los pacientes, generando insumos para la adopción de medidas correctivas y el fortalecimiento de procesos de mejora continua en la prestación del servicio de salud.

Asimismo, permiten constatar la implementación de procedimientos, protocolos y lineamientos exigidos por la normativa vigente, asegurando que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) cuenten con condiciones administrativas, técnicas y asistenciales que respalden un acceso oportuno, seguro y humanizado a los servicios de salud.

Acorde con lo establecido en la Ley 1438 de 2011 y teniendo en cuenta los principios del sistema general de seguridad social en salud – SGSS, la atención con enfoque diferencial debe reconocer y atender las necesidades específicas de ciertas poblaciones que a través de los tiempos han enfrentado situaciones de discriminación o marginación.

Por lo tanto, esta ley exige que el sistema de salud ofrezca garantías especiales y mayores esfuerzos a grupos con características particulares como:

- Edad (niños, adultos mayores, etc.)
- Enfoque de género
- Población con orientaciones sexuales e identidades de género diversas
- Raza o etnia (indígenas, afrodescendientes, etc.)
- Condición de discapacidad
- Víctimas de la violencia
- Población migrante

Con el objetivo de eliminar las barreras y las situaciones de discriminación para asegurar que todos los ciudadanos tengan acceso efectivo y equitativo a la salud.

En este sentido, la ley exige que el sistema de salud otorgue garantías especiales y mayores esfuerzos a grupos con características particulares, como las personas con discapacidad intelectual o psicosocial.

En virtud de lo anterior y en el marco de los procesos de mejoramiento continuo previstos para la vigencia 2025, la Dirección ha realizado una revisión normativa sobre el enfoque diferencial, elaborando una herramienta que permite verificar la calidad de las atenciones en salud brindadas a la población, donde se aplican los criterios normativos específicos para el abordaje de la discapacidad, fundamentados en la Ley 1618 de 2013, la Ley 1346 de 2009, la Resolución 1904 de 2017, la Resolución 3100 de 2019 y la Resolución 1239 de 2022, entre otras disposiciones.

Posteriormente se seleccionaron los criterios trazadores que permitan evidenciar el acceso a la prestación de los servicios de salud de la población con discapacidad, dentro de ellos la infraestructura, atención preferencial y capacitación del personal.

Para los prestadores de servicios de salud que realicen procesos de certificación para el registro de localización y caracterización de población con discapacidad, se debe verificar que cuenten con un equipo multidisciplinario registrado en el Directorio Nacional de Certificadores de Discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social.

A partir de esta información se diseñó la herramienta de auditoría para la población con discapacidad, la cual se presenta a continuación:

Ilustración 19 Instrumento de inspección y vigilancia de las atenciones en salud a la población con discapacidad

DISCAPACIDAD				
La institución tiene población con discapacidad asignada? Si la respuesta es Si especificar el tipo de discapacidad de tal manera que este sea el enfoque en la auditoría				
CRITERIO	NORMATIVIDAD	MODO DE VERIFICACIÓN	EVIDENCIA	OBSERVACIONES
La infraestructura de la institución garantiza el acceso de personas con discapacidad, las áreas de circulación están libres de obstáculos, las puertas y pasillos garantizan el paso de sillas de ruedas, cuenta con unidades sanitarias para personas con discapacidad	3100 de 2019: 11.1. ESTÁNDARES Y CRITERIOS APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS, 11.1.2. Estándar de infraestructura, numerales 8, 9, 10, 11, 12, 19, 20, 38, 42. Ley 1618 de 2013 artículo 10 numeral 2 literal a	Durante el recorrido por las instalaciones de la institución		
Todas las entidades públicas o privadas atenderán de manera prioritaria a las personas con discapacidad, en los casos de turnos o filas de usuarios de cualquier tipo de servicio público o abierto al público.	Ley 1618 de 2013 artículo 14 numeral 7	Durante el recorrido		
Teniendo en cuenta la población con discapacidad asignada a la IPS se verificará:				
El personal de la institución está capacitado en lenguaje básico de señas, comunicación con personas con discapacidad visual o en técnicas de comunicación alternativa y aumentativa CAA (lo anterior depende de la población asignada)	Ley 1346 de 2009 artículo 25 numeral d Ley 1618 de 2013 artículo 10 numeral 2 literal b	Hojas de vida de talento humano con evidencia de las capacitaciones, planillas de asistencia a capacitaciones.		
Si la institución prestadora de servicios de salud es certificadora de discapacidad para el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad debe tener:				
Equipo multidisciplinario Médico general o especialista y dos profesionales alguna de las siguientes áreas: fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, enfermería, optometría o trabajo social, quienes deberán estar registrados en el Directorio Nacional de Certificadores de Discapacidad de este Ministerio. En concordancia con lo anterior contar con la habilitación de estos servicios	Resolución 1239 de 2022 Capítulo II artículo 5, numeral 5.1	Verificación del talento humano en el recorrido y por hojas de vida.		

Fuente: Instrumento de IV para Discapacidad

Continuando con la revisión normativa para la atención en salud a otro grupo de personas, en particular el PAVSIVI, que se concentra en la asistencia psicosocial y de salud para las víctimas del conflicto armado, se realizó una Mesa de Articulación con los profesionales referentes en este tema del Ministerio de Salud y Protección Social, con el propósito de aclarar las actualizaciones normativas, teniendo en cuenta que el 24 de septiembre de 2025 dicho Ministerio expidió la Resolución 1968 de 2025 :*"Por la cual se adoptan medidas para la dirección y operación del*

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas y se derogan las Resoluciones 888 de 2012 y 1621 de 2023”.

Los funcionarios del MSPS indicaron que el nuevo modelo se basa en centros nacionales de referencia en Salud Mental, serían 39 y van a funcionar con la participación de víctimas, realizarán planeación y gestión de los recursos con la dirección del MSPS y tendrán a cargo los centros regionales de referencia en salud mental.

Los centros regionales de referencia en salud mental van a ser los líderes en cuanto a su talento humano porque van a estar especialmente capacitados para la atención a víctimas, también se va a encargar del seguimiento, monitoreo y de la coordinación interinstitucional e intersectorial, así como la atención integral en salud especializada ya que estos centros tendrían psiquiatría y algunas actividades de investigación sobre estos temas.

Por último, estarían los prestadores de servicios de salud que serían las IPS públicas y privadas en donde tendríamos la conformación de los equipos de atención integral - EAI que constituyen el núcleo operativo para garantizar la atención en salud física, mental y psicosocial de las víctimas del conflicto armado y de la violencia sociopolítica. Este modelo no solo asegura la prestación directa de servicios, sino que también incorpora procesos permanentes de fortalecimiento del talento humano y mecanismos de seguimiento y monitoreo, lo que permite consolidar una respuesta integral, sostenible y de calidad frente a las necesidades de

esta población. con medicina general, enfermería, psicología clínica, trabajo social, psicosocial y promotores en salud. Allí propiamente se realizará la atención integral en salud de las víctimas tanto del conflicto armado como de violencia sociopolítica, con unos procesos permanentes de fortalecimiento de talento humano a los cuales también se les va a hacer el seguimiento y monitoreo de las atenciones.

De la mesa técnica se concluyen las acciones de vigilancia en las IPS:

- **Verificación de la conformación de los EAI:** Comprobar que las IPS cuenten con los profesionales requeridos: medicina general, enfermería, psicología clínica, trabajo social, psicosocial y promotores de salud.
- **Seguimiento a la prestación de servicios de salud:** Evaluar que la atención integral en salud física, mental y psicosocial se brinde efectivamente a las víctimas del conflicto armado y de la violencia sociopolítica.
- **Control del fortalecimiento del talento humano:** Supervisar los procesos de capacitación y actualización del personal de los EAI. De igual manera, garantizar que los equipos reciban formación continua en enfoque diferencial y atención a víctimas.

Con esta información se diseñó la herramienta de auditoría del programa de atención integral en salud y psicosocial a víctimas del conflicto y de violencia sociopolítica para asegurar que las IPS cuenten con protocolos,

un equipo responsable y que todo el personal esté capacitado en la atención a esta población:

Ilustración 20 Instrumento de inspección y vigilancia para PAVSIVI

TEMA	SUBTEMA	NORMATIVIDAD RELACIONADA (Mínimo artículo y norma)	CRITERIOS DE EVALUACIÓN QUE SE PRETENDE EVALUAR	TIPO DE PRESTADOR (Público o Privado/Servicios específicos)	GRADO DE COMPLEJIDAD	SOLICITUD DE DOCUMENTOS AL PRESTADOR
PAVSIVI	Programa de atención	Resolución 1968 de 2025, Ley 2421 de 2024, Resolución 3280 de 2018, artículo ARTÍCULO 2.9.1.1.4. del Decreto 780 de 2016	La institución cuenta con un Protocolo o Programa de Atención Psicosocial y de Salud Integral a Víctimas del conflicto armado y violencia sociopolítica	Públicos y privados	todas las complejidades	Protocolo o programa PAVSIVI
	Equipos de atención integral	Artículo 20 de la Ley 1968 de 2025	La IPS ha conformado el o los Equipos de Atención Integral con profesionales de medicina general, enfermería y psicología, además de profesionales de trabajo social o desarrollo familiar, que acrediten formación en atención con enfoque psicosocial. Lo anterior acorde con los servicios requeridos por la población.	Públicos y privados	todas las complejidades	Acta o documento que especifique la conformación del equipo, evidencia de capacitación PAVSIVI
	Acceso, Oportunidad y Atención Diferencial	Artículo 37 de la Ley 2421 de 2024, Artículo 14 de la Resolución 1968 de 2025	Las IPS brinda atención oportuna, diferenciada y sin barreras a las Víctimas del conflicto armado y violencia sociopolítica. La atención incluye componentes médicos, psicológicos y sociales articulados. Así mismo, realiza la remisión correspondiente de acuerdo a los servicios que estos pacientes requieran, en concordancia con el nivel de atención.	Públicos y privados	todas las complejidades	Protocolo o programa PAVSIVI
	Integralidad en la atención	Artículo 36 de la Ley 2421 de 2024, artículo 20 de la Resolución 1968 de 2025	La atención incluye componentes médicos, psicológicos y sociales articulados. Así mismo, realiza la remisión correspondiente de acuerdo a los servicios que estos pacientes requieran, en concordancia con el nivel de atención.	Públicos y privados	todas las complejidades	Protocolo o programa PAVSIVI, rutas de atención, protocolo de referencia y contrareferencia
	Gestión y seguimiento	Resolución 1968 de 2025 Capítulo II Sección I	La IPS cuenta con mecanismos de monitoreo, evaluación y reporte del PAVSIVI.	Públicos y privados	todas las complejidades	Registros de atención e indicadores de las atenciones

Fuente: Instrumento de IV para PAVSIVI

De igual manera, la Dirección busca que los prestadores de servicios de salud incorporen en su modelo de atención un abordaje diferencial sustentado en la caracterización de la población atendida. Asimismo, se evalúa la aplicabilidad del enfoque diferencial en cada uno de los servicios y áreas donde los usuarios reciben atención.

Razón por la cual la Dirección de Inspección y vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud elaboró instrumento que contiene información como

criterio poblacional, servicio a verificar, tema a evaluar, observaciones y normatividad frente a temas entre otros:

Ilustración 21 Instrumento de inspección y vigilancia de las atenciones en salud a la población con enfoque diferencial

TEMA	SUBTEMA	NORMATIVIDAD RELACIONADA (Mínimo artículo y norma)	CRITERIOS DE EVALUACIÓN QUE SE PRETENDE EVALUAR	TIPO DE PRESTADOR (Público o Privado/Servicios específicos)	GRADO DE COMPLEJIDAD	SOLICITUD DE DOCUMENTOS AL PRESTADOR
ENFOQUE DIFERENCIAL	Política de atención diferencial	Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Derecho fundamental a la salud); Decreto 1011 de 2006 (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad); Resolución 1964 de 2024 (lineamiento étnico).	La IPS cuenta con política institucional de atención con enfoque diferencial	Publicos y privados	todas las complejidades	Política
	Programa de atención con enfoque diferencial	Resolución 3280 de 2018 (RIAS con enfoque poblacional y curso de vida); Decreto Ley 4633/2011 (pueblos indígenas), 4634/2011 (pueblo ROM), 4635/2011 (comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras); Ley 1618 de 2013 (garantías para personas con discapacidad). Resolución 3100 de 2019 nuemart 6 del criterio 11.1.5. Estándar de procesos prioritarios	La IPS cuenta con un documento que garantice la atención con enfoque diferencial	Publicos y privados	todas las complejidades	Protocolo o programa de atención diferencial
	Identificación y registro de condiciones diferenciales	Resolución 3280 de 2018 (RIAS con enfoque poblacional y curso de vida); Decreto Ley 4633/2011 (pueblos indígenas), 4634/2011 (pueblo ROM), 4635/2011 (comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras); Ley 1618 de 2013 (garantías para personas con discapacidad).	La historia clínica permite registrar clasificadores de enfoque diferencial	Publicos y privados	todas las complejidades	Historias clínicas y registros de atención
	Adecuaciones culturales	Decreto Ley 4633/2011, 4634/2011, 4635/2011 (medidas específicas de salud con pertinencia cultural); Política de Atención Integral en Salud – PAIS (Resolución 429 de 2016) , Resolución 3280 de 2018, numeral 7.1.1. ADAPTABILIDAD DE LAS INTERVENCIONES, Resolución 2138 de 2023, anexo técnico 1, numeral 6.2.1.4.3, literal f	La IPS cuenta con protocolos institucionales que garanticen las adecuaciones culturales de la atención en salud	Publicos y privados	todas las complejidades	Protocolos de atención
	Rutas de atención	Resolución 3280 de 2018	La IPS cuenta con rutas de atención con enfoque diferencial de acuerdo al ciclo de vida	Publicos y privados	todas las complejidades	Guías y protocolos de atención

Fuente: Instrumento de IV para enfoque diferencial

En esta misma línea, los días 5 y 6 de noviembre de 2025, la Dirección de Prestadores de Servicios de Salud participó en el Encuentro Nacional de Referentes de Enfoque de Género, realizado en las instalaciones del Ministerio de Salud y Protección Social. La jornada permitió avanzar en el reconocimiento de la importancia de incorporar de manera transversal el enfoque de género como parte de la garantía del derecho fundamental a la salud.

Durante el evento se ofreció acompañamiento para el fortalecimiento de capacidades técnicas en los territorios, con el objetivo de impulsar la implementación de la Resolución 2138 de 2023 y consolidar los Planes Territoriales de Transversalización del Enfoque de Género. A través de herramientas pedagógicas, espacios de reflexión colectiva y asistencias técnicas, se potenciaron las capacidades locales para la formulación de dichos planes, promoviendo un sistema de salud más equitativo, inclusivo y libre de violencias.

d. Sentencias

Sentencia T-760 de Orden 16 - Auto 584 del 26 de abril de 2022

Desde la Corte Constitucional, Sala Especial de Seguimiento en Salud se indicó lo siguiente:

Según **Auto 584 de 26 de abril de 2022** indica: "(...) *TERCERO. Ordenar a la Superintendencia Nacional de Salud: (i) Investigar a las EPS e IPS que (a) dilaten o demoren la prestación oportuna de cada uno de los servicios solicitados por los usuarios; (b) nieguen o dilaten servicios de salud a los migrantes, desconociendo los lineamientos de la Corte y las normas sobre la materia y, (c) no asignen las citas o autoricen los procedimientos requeridos con el argumento de falta de agenda o agenda no abierta. (ii) Parametrizar las PQRD relativas a los inconvenientes generales y específicos preestablecidos de la asignación de citas...(iii)*

Parametrizar las PQRD relativas a inconvenientes sobre portabilidad, y efectuar las investigaciones correspondientes, con ocasión de ellas.

(iv) Reportar en su página web, trimestralmente, las actuaciones iniciadas y medidas adoptadas con base en los resultados de los hallazgos en materia de oportunidad y eficacia en la prestación de los servicios y tecnologías en salud requeridos por los usuarios. (v) Presentar a la Sala Especial un informe dentro de los treinta (30) días siguientes a la finalización de cada trimestre en el que reporte las investigaciones realizadas, los avances obtenidos con ocasión del ejercicio de sus funciones de vigilancia y control, respecto de la oportunidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud de acuerdo con las órdenes impartidas en los numerales del (i) a (iii)."

En el contexto anterior, la Dirección IV para Prestadores de Servicios de Salud con el fin de dar cumplimiento a lo ordenado, realiza trimestralmente un informe que describe las acciones de inspección y vigilancia realizadas, según la programación de la dependencia, dentro de las cuales se encuentran auditorías integrales y con enfoque específico; cuyo objetivo es verificar la efectiva prestación de los servicios de salud por parte de las IPS, de conformidad con las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, de tal forma que, en la verificación se identifiquen las presuntas fallas en el acceso efectivo y la oportunidad en la atención integral en salud de los usuarios.

Como resultado del ejercicio, el prestador deberá formular las acciones de mejora que correspondan, dando cumplimiento a lo establecido en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, información que también hace parte del informe trimestral en mención.

Los hallazgos identificados en las auditorías son notificados a los sujetos vigilados y trasladados a los entes territoriales donde opera el prestador, al igual que a la Delegada de Investigaciones Administrativas de la Superintendencia Nacional de Salud para dar continuidad a los procesos sancionatorios a que hubiere lugar.

Adicionalmente, la Dirección durante la vigencia 2025 se realizaron cuatro (4) reportes trimestrales de las acciones que realiza en el SharePoint dispuesto por la Dirección de Innovación y Desarrollo, con el fin de dar cumplimiento a la publicación en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud.

Sentencia T-302 de 2017

Respecto a las acciones de inspección y vigilancia realizada por esta Dirección IV para Prestadores de Servicios de Salud durante la vigencia 2025, se encuentran las siguientes:

Tabla 116 Acciones de IV Sentencia T 302 de 2017 -Vigencia 2025

PERIODO	DEPENDENCIA	ACCIONES	ANEXOS
ENERO – MARZO 2025	Delegada de Prestadores de Servicios de Salud	1. Auditorias - IPS PEDIÁTRICA PASTOR Y MARÍA S.A.S. en Riohacha con numero de auto 2025410010000264-7 del 24/02/2025. 2. Planes de mejora. Prestadores con planes de mejora en ejecución: - IPS INDIGENA EREJEERIA WAYÚU - CLINIVIDA Y SALUD IPS SAS - IPSI OUTAJIAPALA - IPSI AINMAJAA WAYUU Prestadores con planes de mejora ejecutados: - IPSI ANENUJIA - ESE HOSPITAL ARMANDO PABÓN LÓPEZ - SOCIEDAD MÉDICA CLÍNICA MAICAO LTDA - ASOCIACION DE CABILDOS Y/O AUTORIDADES TRADICIONALES DE LA GUAJIRA 4. Jornada de fortalecimiento de competencias respecto a las prioridades de salud pública en el mes de febrero (jueves 27 de febrero de 2025). Eventos priorizados: 549 - morbilidad materna extrema y 550 - Mortalidad Materna, 113 - Desnutrición Aguda en menores de 5 años, 591 - vigilancia integrada de muerte en menores de 5 años por Desnutrición (DNT), Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). Se convocaron a los siguientes prestadores con numero de autos: 20254100000314291 911 ASITENCIA MEDICA DOMICILIARIA IPS SAS. 20254100000314301 ANASHIWAYA IPSI. 20254100000314311 ATENCION MEDICALIZADA INTEGRAL SAS. 20254100000314321 CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA. 20254100000314331 CENTRAL DE ESPECIALIDADES HOSPITALARIAS Y QUIRURGICAS S.A.S. 20254100000314341 CENTRO DE MEDICINA MATERNO FETAL Y SALUD FEMENINA S.A. IPS. 20254100000314351 CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL FISIOVITAL.} 20254100000314361 CENTRO DIAGNOSTICO DE ESPECIALISTAS LTDA. 20254100000314371 CENTRO INTEGRAL DE DIABETES Y CORAZÓN DE LA GUAJIRA IPS S.A.S. 20254100000314381 CENTRO MEDICO DE ESPECIALALISTA LAS PENINSULAS IPS S.A.S. 20254100000314391 CENTRO MEDICO INTEGRAL ARY ACOSTA S.A.S.	1. Autos de auditoría. 2. Radicados planes de mejora. 3. Auto de intervención y autos de seguimiento medidas especiales. 4. Actas jordana de fortalecimiento

PERIODO	DEPENDENCIA	ACCIONES	ANEXOS
		• 20254100000314401 CENTRO NUTRICIONAL ZOE - S.A.S. • 20254100000314411 CIDSALUD IPSI. • 20254100000314421 CLINICA DE LA COSTA S.A.S. • 20254100000314431 CLINIVIDA Y SALUD IPS SAS. • 20254100000314441 CONSERVAR SALUD IPS S.A.S. • 20254100000314451 CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL GUAJIRA. • 20254100000314461 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS AVANZADOS DEL NORTE S.A.S. • 20254100000314471 DIALIZAR GUAJIRA SAS. • 20254100000314481 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS. • 20254100000314491 EZEQ - SALUD IPSI. • 20254100000314501 FUNDACION ANAS AKUAIPA. • 20254100000314511 FUNDACION HOMBRES DE LUZ. • 20254100000314521 GRUPO IMB IPS SAS. • 20254100000314531 GYO MEDICAL I.P.S. S.A.S. • 20254100000314541 TRAUMAS IPS S.A.S. • 20254100000314551 I.P.S.I. A>INMAJAA WAYUU. • 20254100000314561 I.P.S.I. ANENU-JIA. • 20254100000314571 I.P.S.I. WALE KERU. • 20254100000314581 INVERSIONES DAMA SALUD SAS. • 20254100000314591 FUNDACION ADANIES DIAZ BRITO. • 20254100000314601 IPS INDIGENA COTTUSHI SUSHI ANAIN WAKUA IPA IPS-I • 20254100000314611 IPS MEDIGROUP SAS • 20254100000314621 IPS NEUROKIDS CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL RIOHACHA SAS. • 20254100000314631 IPS PEDIATRICA PASTOR Y MARIA S.A.S. • 20254100000314641 IPS VITAL HEALTH S.A.S • 20254100000314651 IPS VITAL SALUD GUAJIRA S.A.S • 20254100000314661 IPSI CENTRO EPIDEMIOLOGICO Y DE SALUD INTEGRAL JEKEET AKUAITA • 20254100000314671 IPSI EITERRA JAWAPIA • 20254100000314681 IPSI EIYAJAA WANULU • 20254100000314691 IPSI OUTAJIAPALA • 20254100000314701 IPSI SOL WAYUU • 20254100000314711 IPSIANASHANTA SUPUSHUAYA • 20254100000314721 MEDIC S.A.S • 20254100000314731 MEDICENTER ESPECIALIZADO LTDA • 20254100000314741 MEDISER IPS S.A.S • 20254100000314751 NEUMOCENTER S.A.S • 2025410000031476 NEUROINTENSIVOS DE COLOMBIA SAS	

PERIODO	DEPENDENCIA	ACCIONES	ANEXOS
		20254100000314771 ORGANIZACION CLINICA BONNADONA PREVENIR S.A.S. 2025410000031478 REHABILITACION INTEGRAL Y MEDICINA ESPECIALIZADA RIMED IPS S.A.S 20254100000314791 SANAR Y CURAR IPS S.A.S. 20254100000314801 SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS S.A.S 20254100000314811 SONRISAS DE AMOR IPS SAS. 20254100000314821 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS RENACER S.A.S 20254100000314831 UNIDAD MEDICA DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO UNIMEDYT S.A.S 20254100000314841 VIRREY SOLIS IPS SAS. 20254100000314851 VIVA 1A IPS SAS. 20254100000314861 IPS NEUROKIDS CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL RIOHACHA SAS 20254100000314871 CENTRO DE MEDICINA MATERNO FETAL Y SALUD FEMENINA S.A. IPS 20254100000314881 TRASCENDER SALUD IPS S.A.S.	
MARZO – JUNIO 2025	Delegada de Prestadores de Servicios de Salud	1. Planes de mejora. Prestadores con planes de mejora en ejecución: - ESE Hospital San Agustín de Fonseca 41 % de avance del plan a 06/2025 - ESE Hospital Nuestra Señora del Pilar 80% de avance del plan a 06/2025 - IPS INDIGENA EREJEERIA WAYÚU 59% de avance del plan a 06/2025. - CLINIVIDA Y SALUD IPS SAS 7% de avance del plan a 06/2025. - DUSAKAWI IPS en revisión de primera entrega de soportes y evidencia del plan a 06/2025. - IPSI OUTAJIAPALA 40% de avance del plan a 06/2025. - IPSI AINMAJAA WAYUU primera entrega de soportes en 07/2025 se encuentra en revisión - IPS Pediátrica "Pastor y María" S.A.S. debe hacer entrega de primer seguimiento en agosto del presente año. 4. Seguimiento a planes de acciones frente a las Jornada de fortalecimiento de competencias respecto a las prioridades de salud pública. Eventos priorizados: 549 - morbilidad materna extrema y 550 - Mortalidad Materna, 113 - Desnutrición Aguda en menores de 5 años, 591 - vigilancia integrada de muerte en menores de 5 años por Desnutrición (DNT), Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). De la actividad realizada se priorizaron un total de 5 prestadores, estos presentaban la mayor cantidad de fallas relacionadas a la atención de las gestante y los menores de 5 años, por lo tanto generaron un plan de acción con actividades encaminadas a subsanar las inconformidades como se muestra a continuación.	1. Radicados planes de mejora. 2. Auto de seguimiento medidas especiales.

PERIODO	DEPENDENCIA	ACCIONES	ANEXOS
		• Anashiwaya IPS SAS • Comfaguajira IPS • Unidad Materno Infantil Talapuin S.A.S. • Unidad Médica Wayuu Anouta Wakuaipa IPSI. • IPSI Wayuu Anashii.	
JULIO – SEPTIEMBRE 2025	Delegada de Prestadores de Servicios de Salud	Jornada de fortalecimiento de competencias respecto a las prioridades de salud pública en el mes de septiembre (jueves 11- 12 de septiembre de 2025). Se priorizaron los siguientes prestadores de servicios de salud del departamento de la Guajira con los siguientes números de radicados: • 20254100302017041 ANASHIWAYA IPSI • 20254100302017051 CIDSALUD IPSI • 20254100302017061 EZEQ - SALUD IPSI • 20254100302017071 I.P.S.I. A>INMAJAA WAYUU • 20254100302017081 I.P.S.I. ANENU-JIA • 20254100302017091 I.P.S.I. WALE KERU • 20254100302017101 IPS INDIGENA COTTUSHI SUSHI ANAIN WAKUA IPA IPS-I • 20254100302017111 IPSI CENTRO EPIDEMIOLOGICO Y DE SALUD INTEGRAL JEKEET AKUAITA • 20254100302017121 IPSI EITERRA JAWAPIA • 20254100302017141 IPSI OUTAJIAPALA • 20254100302017151 IPSI SOL WAYUU • 20254100302017161 IPSIANASHANTA SUPUSHUAYA • 20254100302017181 ASOCIACION DE CABILDOS Y/O AUTORIDADES TRADICIONALES DE LA GUAJIRA • 20254100302017191 ERREJERIA WAYUU I.P.S.I. • 20254100302017201 IPS INDIGENA SUMUYWAJAT • 20254100302017211 IPSI AYUULEEPALA WAYUU • 20254100302017221 IPSI KARAQUITA • 20254100302017231 IPSI SUPULA WAYUU • 20254100302017241 IPSI WAYUU ANASHII • 20254100302017251 IPSI WAYUU TALATSHI 2. Jornada de seguimiento a las acciones de mejora derivadas de la Jornada de fortalecimiento de competencias en el manejo integral de la desnutrición. (18 -19 de septiembre de 2025). De la actividad realizada se priorizaron 10 prestadores de servicios de salud estos presentaban la mayor cantidad de fallas relacionadas a la atención de los menores de 5 años, por lo tanto, se citaron para	1. Actas jordanas de fortalecimiento. 2 Radicados citación a jornadas de fortalecimiento y seguimiento a las acciones de mejora..

PERIODO	DEPENDENCIA	ACCIONES	ANEXOS
		generar planes de acción con actividades encaminadas a subsanar las inconformidades detectadas. Con los siguientes radicados se citaron los prestadores priorizados. 20254100002097771 E.S.E. HOSPITAL ARMANDO PABON LOPEZ 20254100002097781 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS 20254100002097791 ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO 20254100002097801 IPS INDIGENA KOTTUSHI SAO ANA 20254100002097811 UNIDAD MEDICA WAYUU ANOUTA WAKUAIPA IPSI 20254100002097821 IPSI ANASU AINWA 20254100002097831 IPSI PALAIMA 20254100002097841 OUTTAJIAPULEE IPSI 20254100002097851 BAYLOR COLLEGE OF MEDICINE CHILDRENS FOUNDATION IPS 20254100002097861 UNIDAD MATERNO INFANTIL TALAPUIN S.A.S.	
OCTUBRE-DICIEMBRE 2025	Delegada de Prestadores de Servicios de Salud	Suscripción Planes de acción. Con los 10 prestadores priorizados se suscribieron y aprobaron los planes de acción mediante los siguientes radicados. 20254100002284461 ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO 20254100002284471 IPSI IPS INDIGENA KOTTUSHI SAO ANA 20254100002284481 WAYUU ANOUTA 2025410000228449 IPSI ANASU AINWA 20254100002284501 IPSI PALAIMA 20254100002284511 OUTTAJIAPULEE IPSI 20254100002284521 FUND. BAYLOR 20254100002284531 IPS TALAPUIN 20254100002284571 E.S.E. HOSPITAL ARMANDO PABON LOPEZ 20254100002284581 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS 2.Seguimiento Planes de acción. A los 10 prestadores priorizados se les realizó un seguimiento mensual de las actividades desarrolladas para subsanar las fallas identificadas, durante los meses de octubre y noviembre y se les notificó los resultados mediante los siguientes radicados: 20254100103362711 ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO	1. Radicados aprobación planes de mejora. 2. Radicados seguimientos octubre y noviembre planes de acción.

PERIODO	DEPENDENCIA	ACCIONES	ANEXOS
		20254100103352591 IPSI IPS INDIGENA KOTTUSHI SAO ANA 20254100103260451 WAYUU ANOUTA 20254100103367951 IPSI ANASU AINWA 20254100103352581 IPSI PALAIMA 20254100103255361 OUTTAJIAPULEE IPSI 20254100103367931 FUND. BAYLOR 20254100103255271 IPS TALAPUIN 20254100103318391 E.S.E. HOSPITAL ARMANDO PABON LOPEZ 20254100103255331 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	

Fuente: Construcción Propia de la Superintendencia Nacional de Salud.

Sentencia T-510 – 2024

La sentencia 510 de 2024 ordena *"OCTAVO. - PREVENIR a la Superintendencia Nacional de Salud para que contribuya en la identificación de barreras administrativas que puedan enfrentar los pacientes de Distrofia Muscular de Duchenne y vele porque no se vulneren sus derechos haciendo cumplir la normatividad vigente."*

La Delegada para Prestadores de Servicios de Salud a través de la Dirección de Inspección y Vigilancia teniendo en cuenta el marco normativo frente a la atención en salud a las personas que padecen enfermedades huérfanas – raras y conforme lo establecido en:

El artículo 49 de la Constitución Política, la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado, el cual debe garantizarse en condiciones de equidad, calidad y sin discriminación a toda la población residente en el territorio nacional.

El artículo 27 de la Ley 1098 del 2006 *“Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia”*, establece el Derecho a la salud e indica que todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, síquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún hospital, clínica, centro de salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera de atención en salud.

La Ley 1392 de 2010, reconoce las enfermedades huérfanas como *“un problema de especial interés en salud dado que por su baja prevalencia en la población, pero su elevado costo de atención, requieren dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS un mecanismo de aseguramiento diferente al utilizado para las enfermedades generales, dentro de las que se incluyen las de alto costo, y unos procesos de atención altamente especializados y con un gran componente de seguimiento administrativo”*.

Bajo esa línea, el artículo 140 de la Ley 1438 de 2011 define las enfermedades huérfanas como *“aquellas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada 5000 personas y, comprenden, las enfermedades raras, las ultrahuérfanas y olvidadas.”* Y las reconoce como un problema de especial interés en salud y adopta disposiciones tendientes a garantizar la protección social por parte del Estado colombiano a los pacientes, cuidadores y familias, dándole un enfoque integral a su abordaje.

De conformidad con la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el derecho fundamental a la salud debe brindarse bajo los principios de accesibilidad, universalidad, continuidad y oportunidad, y que su artículo 14 prohíbe expresamente la negación de servicios de salud por razones administrativas o económicas.

Que el artículo 11 de dicha Ley incluye, como sujetos de protección especial, a niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, quienes gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención.

Por su parte, el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en sus artículos 2.8:4.1 a 2.8.4.10, regulan el sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas, indicando las fases de recopilación y consolidación del registro, así como su actualización a través del reporte de los casos nuevos diagnosticados con enfermedades huérfanas al Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA.

Adicionalmente, la Superintendencia Nacional de Salud ha impartido instrucciones mediante la Circular Externa 013 de 2016, en las que se prohíbe la existencia de barreras administrativas que limiten el acceso a los servicios de salud, y se exige la atención inmediata en urgencias. Estas disposiciones deben aplicarse en coherencia con la clasificación del triage, establecida en la Resolución 5596 de 2015.

La Resolución 946 de 2019, dicta disposiciones en relación con el Registro Nacional de Pacientes con Enfermedades Huérfanas y la notificación de enfermedades huérfanas al Sistema de Vigilancia en Salud Pública-SIVIGILA, realizado por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB y los prestadores de servicios de salud de conformidad con el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Enfermedades Huérfanas - Raras del Instituto Nacional de Salud.

Que la Sentencia C-128-20 de la Honorable Corte Constitucional reafirma la protección del Derecho fundamental a la Salud para personas con enfermedades huérfanas, resaltando la importancia de la universalidad, solidaridad y el deber del Estado de garantizar acceso a tratamientos y servicios de salud adecuados.

El Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 023 de 2023 actualizó el listado de enfermedades huérfanas - raras. Que, si los pacientes con enfermedades huérfanas son diagnosticados de manera oportuna y se hace un seguimiento y tratamientos adecuados, pueden

lograr una aceptable calidad de vida y un buen potencial de desarrollo e inclusive prevenir la discapacidad asociada a estas patologías.

La Resolución 740 de 2024, actualiza el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud y servicios complementarios no financiadas con recursos de la UPC, y se establece el proceso ante la identificación de un afiliado sospechoso de enfermedad huérfana que requiera tratamiento farmacológico según criterios médicos.

El Plan Nacional de Gestión para las Enfermedades Huérfanas/Raras define cinco líneas estratégicas:

1. Fortalecimiento de la Gestión Integral del Riesgo en Salud
2. Organización de la atención integral en todos los grados de complejidad incluyendo los Centros de Referencia
3. La inclusión y la participación social para potenciar la calidad de vida
4. Desarrollo del conocimiento y la información para la toma de decisiones.
5. Financiación de las EHR, manteniendo la sostenibilidad financiera del SGSSS

Lo anterior, se acompaña de un esquema de seguimiento, monitoreo y evaluación con unos indicadores definidos y medibles, cuya temporalidad abarca el periodo comprendido entre el año 2024 y el 2031.

La Sentencia T-510 de 2024 de la Honorable Corte Constitucional, amparó el derecho fundamental a la salud de un niño que padece enfermedad huérfana y ordenó garantizar el acceso a los mecanismos de transporte necesarios para su tratamiento médico, previniendo barreras y ordenando adoptar medidas para identificar y eliminar barreras administrativas en el acceso a servicios de salud.

Que la Resolución 542 de 2025, estableció los criterios bajo los cuales el Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Fondo Rotatorio Regional para la Adquisición de Productos Estratégicos de Salud Pública OPS/OMS, podrá realizar la compra centralizada de medicamentos, cuyas indicaciones sean específicas y únicas para el tratamiento de enfermedades huérfanas contempladas en la Resolución 023 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya, señalando pautas para su distribución y suministro, así como las reglas para el seguimiento de los medicamentos entregados.

En virtud de lo anterior, se han realizado acciones orientadas a garantizar que los prestadores cumplan con su obligación de brindar las personas que padecen enfermedades huérfanas – raras dentro de las cuales se encuentran entre otros la **Distrofia muscular tipo Duchenne (DMD)** código Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) 0710, servicios de salud individuales y colectivos bajo condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Estas condiciones deben estar presentes en todas las fases del proceso de

atención en salud, incluyendo promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación

Así las cosas, se impartieron las siguientes directrices a mil seiscientos cuarenta y dos (1642) Prestadores de Servicios de Salud las cuales deben ser implementadas de manera inmediata, conforme a los servicios habilitados y la capacidad instalada declarada en el REPS para la población que padece enfermedades huérfanas/raras:

- *Garantizar los servicios y tecnologías de salud a todos los usuarios, en condiciones de igualdad, dentro del respeto, específicamente a los grupos vulnerables y sujetos de especial protección; de manera continua sin interrupciones ni barreras administrativas o económicas; sin dilaciones.*
- *Garantizar una atención integral, oportuna y de alta calidad, así como obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante.*
- *Brindar atención de urgencias con la oportunidad requerida, sin imponer barreras administrativas para la atención inicial y/o continua a personas que padecen enfermedades huérfanas – raras.*
- *Garantizar la atención en salud de todas las personas que padecen enfermedades huérfanas en condiciones de accesibilidad, oportunidad, disponibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad,*

en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

- Realizar capacitación y divulgación del conocimiento sobre enfermedades huérfanas al talento humano en salud.*
- Reportar la información actualizada concerniente al diagnóstico de la enfermedad huérfana, bien sea a través de pruebas diagnósticas confirmatorias o de concepto suscrito por la Junta de Profesionales de la Salud, sin que la omisión de dicho trámite sirva como fundamento para negar los servicios requeridos por las personas con este tipo de padecimientos.*
- Realizar la notificación de los casos de enfermedades huérfanas al SIVIGILA, de conformidad con el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública -Enfermedades Huérfanas/Raras del Instituto Nacional de Salud.*
- Contar con información documentada de las actividades y procedimientos mediante guías de práctica clínica - GPC, procedimientos de atención, protocolos de atención y demás documentos necesarios, que se desarrollen en los servicios en concordancia con su objeto, alcance y enfoque diferencial, incluyendo talento humano, medicamentos, equipos biomédicos e insumos.*

- *Dar cumplimiento al Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud- SOGCS en la cuales están las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud en forma segura.*

Precisando que el incumplimiento a estas directrices, hará incurrir en las conductas descritas en los numerales 11, 12 y 17 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011 modificado por el artículo 3° de la Ley 1949 de 2019, con sujeción a las normas contenidas en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sin perjuicio de las responsabilidades disciplinarias, penales y civiles que puedan derivarse, así como las sanciones que pueda imponer otras autoridades judiciales y administrativas.

Sentencia T-622

A continuación, se detallan las acciones de Inspección y Vigilancia desarrolladas por la entidad para los Prestadores de Servicios de Salud en el Departamento del Chocó, en garantía del derecho fundamental a la salud de la población del territorio, en el marco de las órdenes impartidas por la Corte Constitucional conforme a la sentencia T 622.

Auditorias de cumplimiento

Se adelantaron un total de siete (7) auditorias, de estas cuatro (4) con el objetivo de *"adelantar acciones de inspección y vigilancia frente a las características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y*

continuidad de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, en relación con la prestación de servicios de salud a la población menor de cinco (5) años con diagnóstico de desnutrición aguda, así como de los demás servicios de salud dirigidos a la población en general, con el fin de identificar posibles barreras de acceso, deficiencias en la atención o incumplimientos normativos que puedan poner en riesgo su salud y bienestar, en cumplimiento del plan de desaceleración de la mortalidad por desnutrición y de los lineamientos establecidos en la Resolución 2350 de 2020, la Resolución 3280 de 2018 —en lo relacionado con la Ruta Integral de Atención para la Primera Infancia y la Ruta Materno Perinatal—, y la Resolución 2465 de 2016, para la vigencia 2024 y lo corrido del año 2025” como se detalla a continuación:

- ESE Hospital Local Ismael Roldan Valencia con numero de auto 2025410010000459-7 del 28/03/2025
- Sociedad Médica Vida S.A.S. con numero de auto 2025410010000458-7 del 28/03/2025
- ESE Hospital Eduardo Santos de Istmina con numero de auto 2025410010000457-7 del 28/03/2025
- ESE Hospital San José de Tadó con numero de auto 2025410010000460-7 del 28/03/2025

Las otras tres (3) auditorias tuvieron como objetivo "verificar el cumplimiento de las responsabilidades en relación con la prestación integral de servicios de salud a la población menor de cinco (5) años con diagnóstico de desnutrición aguda, moderada y severa, en atención del

plan de desaceleración de la mortalidad por desnutrición y de los lineamientos adoptados mediante la Resolución 2350 de 2020 y la Resolución 2465 de 2016 para el departamento del Chocó”:

- ESE Hospital Eduardo Santos de Istmina con numero de auto 2025410010001679-7 del 11/11/2025
- ESE Hospital San José de Tadó con numero de auto 2025410010001680-7 del 11/11/2025.
- ESE Hospital Local Ismael Roldan Valencia con numero de auto 2025410010001681-7 del 11/11/2025

e. Seguimiento a Prestadores de Servicios de Salud con planes de mejora en ejecución

Prestadores con planes de mejora en ejecución:

La Superintendencia Nacional de Salud llevó a cabo auditorías a las entidades que se relacionan, las cuales han presentado su respectivo plan de mejoramiento y actualmente se encuentran en fase de implementación como se detalla a continuación:

Tabla 117 Vigilados con plan de mejoramiento vigencia 2025

ENTIDAD	FECHA Y AUTO DE AUDITORIA	RADICADO Y FECHA DE APROBACIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO	PLAZO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	FECHA DE ÚLTIMA EVALUACIÓN	PORCENTAJE DE AVANCE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO
HOSPITAL EDUARDO SANTOS DE ISTMINA	2025410010000457-7 del 28/03/2025	20254100301996971 del 2/09/2025	31/12/2025	31/10/2025	0%
E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE TADÓ	2025410010000460-7 del 28/03/2025	20254100301801541 del 6/08/2025	31/12/2025	24/11/2025	10%
ESE HOSPITAL LOCAL ISMAEL ROLDAN VALENCIA	2025410010000459-7 del 28/03/2025	20254100301636541 del 21/07/2025	31/12/2025	04/12/2025	6%

Fuente: Construcción Propia de la Superintendencia Nacional de Salud.

Prestadores que no les fue aprobado el plan de mejora:

IPS SOCIEDAD MÉDICA VIDA S.A.S.:

Derivado de la auditoría ordenada mediante auto nro. 2025410010000458-7 del 28 de marzo de 2025, la IPS remitió a esta Superintendencia propuestas de planes de mejoramiento para los 23 hallazgos identificados con radicado nro. 20259300412111462 del 30 de mayo de 2025, 20259300414309112 de 25 de junio de 2025 y 20259300416544202 de 21 de julio de 2025 mediante los que se planteó veinticinco (25) acciones de mejora las cuales, de acuerdo con la

metodología establecida para tal fin, se revisaron, analizaron y confrontaron en su contenido, tiempos y responsables y se concluye que veintidós (22) de éstas no apuntan a subsanar los hallazgos identificados, debido a esto, el plan de mejoramiento presentado NO SE APROBÓ. En consecuencia, el caso fue remitido a la Delegatura para Investigaciones Administrativas a través de radicado nro. 20254100300082283 del 28 de agosto de 2025.

f. Jornadas de fortalecimiento Eventos de Interés en Salud Pública

Marzo y abril:

En el marco de las prioridades de salud pública definidas por el Gobierno Nacional la Superintendencia monitore de manera concurrente la gestión integral de los riesgos en salud asociados a los eventos de interés en salud pública, tanto en el prestador primario como en el complementario, de esta actividad se identificó que el Chocó se encuentra entre los departamentos con mayor número de casos de desnutrición aguda en menores de 5 años (evento 113), morbilidad materna extrema (evento 549) y mortalidad materna (550).

Dicho lo anterior, y con el fin de impactar positivamente la prestación integral y segura de los servicios de salud brindados a estas poblaciones, se realizó en el mes de marzo una jornada de fortalecimiento para todos los prestadores del territorio donde se abordaron las responsabilidades que tienen frente a los lineamientos y normatividad vigente en el marco

de los planes nacionales para la aceleración de la reducción de la mortalidad materna, y para la desaceleración de la desnutrición en menores de 5 años.

Teniendo en cuenta que, uno de los objetivos de la jornada es la identificación de las principales falencias, en el manejo integral de la desnutrición, se citó de manera individual a 8 prestadores de servicios de salud que según el Comité de Emergencia Nutricional del Chocó son los que más fallan en la aplicación del lineamiento y notificación de los eventos 113 y 591; los prestadores priorizados fueron:

- i. IPS Indígena Jai Kera S.A.S
- ii. IPS Eficazmedic S.A.S
- iii. Erichichijai IPS
- iv. Empresa Social Del Estado Hospital San Roque
- v. Servisalud Choco IPS S.A.S
- vi. Fundación Solidaria Del Bajo Baudó IPS
- vii. IPS Indígena Capera Sede Acandí
- viii. Unidad Médica Espíritu Santos Medio San Juan

De las fallas identificadas en la jornada el prestador debía suscribir un plan de mejoramiento con el fin de corregir las problemáticas en la prestación de servicios para garantizar la atención de la población con desnutrición, materna y perinatal, dicho plan se presentó en el mes de abril en una jornada en la que se realizaron mesas de trabajo, donde cada institución priorizada presentó los soportes del inicio de las actividades

definidas en el plan, el cual se debía ejecutar en plazo máximo de 3 meses por lo tanto después de realizar seguimiento por parte de la entidad en el mes de junio se realizó cierre efectivo de estos planes.

Octubre

- Se realizó participación en mesa de trabajo convocada por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual fue realizada el 6 de octubre de 2025, con el propósito de definir las necesidades de intervención desde la Superintendencia Nacional de Salud. En este espacio se presentaron las acciones adelantadas frente a la problemática y se acordó generar especial énfasis en:
 - El seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de las auditorías realizadas a los prestadores.
 - La proyección de actividades de fortalecimiento, incluyendo la socialización de la experiencia exitosa del E.S.E. Hospital San José de Maicao (La Guajira).
 - El fortalecimiento de capacidades en responsabilidad ética y legal.
 - El análisis de las situaciones que generaron los casos de mortalidad en el departamento del Chocó durante la vigencia 2025 y a partir de esto definir nuevas necesidades de intervención.
- Requerimiento de información sobre casos de mortalidad por desnutrición año 2025 en el departamento del Chocó a la Secretaría de Salud Departamental de Chocó (SDSCH), sobre el seguimiento nominal de casos estudiados por mortalidad por desnutrición en niños

y niñas menores de cinco años, especialmente con Prestadores de Servicios de Salud, el cual se realizó el 15 de octubre de 2025.

Noviembre

- Jornada de retroalimentación sobre la atención para prevenir la desnutrición 6 de noviembre 2025. Se llevó a cabo la convocatoria de los 21 prestadores de servicios de salud priorizados, para la participación virtual de una sesión de socialización de la experiencia exitosa en el E.S.E. Hospital San José de Maicao (La Guajira), lo anterior con el objetivo de que las entidades prestadoras identificaran oportunidades de réplica en el proceso de identificación y manejo de niños y niñas con desnutrición aguda. A la jornada se conectaron 158 personas de las IPS convocadas.
- Verificación in situ de las fallas identificadas en la prestación de servicios de salud, mediante la revisión de todas las unidades de análisis de mortalidades por desnutrición en niños y niñas menores de cinco años, realizadas por la SDSCH en la vigencia 2025.
- Jornada de fortalecimiento sectorial e intersectorial de la ruta de desnutrición aguda - Chocó. 14 de noviembre de 2025. En dicha convocatoria participaron 176 personas de las entidades Defensoría del Pueblo Regional Chocó, ICBF, Nueva EPS, Comfachocó, Sanitas, así como de las 21 IPS priorizadas. Adicionalmente, se contó con la participación del Ministerio de Salud y Protección Social, Min Igualdad, Min Vivienda, Prosperidad Social.
-

Diciembre

- Jornada de fortalecimiento de capacidades: Capacitación “*Consideraciones médico legales en el manejo integral de la desnutrición*”, Tribunal de Ética Médica Nacional, dirigida a prestadores de servicios de salud del departamento del Chocó. Diciembre 2 de 2025. Lo anterior, con el objetivo de generar reflexiones sobre la importancia de actuaciones médicas con ética y responsabilidad, no solamente desde la mirada del cumplimiento normativo, sino en la protección de la vida, la dignidad y los derechos de los usuarios. Participaron en total 61 personas del área de la salud.
- Jornada intersectorial en el marco del plan de choque de desaceleración de mortalidad por desnutrición, en el que se contextualizó sobre la problemática de mortalidad por desnutrición – Chocó, se retomaron las falencias encontradas PSS Primarios y Complementarios, entidad territorial, y aseguradoras, resultados del seguimiento al Hospital San Francisco de Asís. En un segundo momento se establecieron compromisos de intensificación o innovación por parte de los actores intersectoriales como Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Departamental de Chocó, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, UNICEF, Registraduría Nacional del estado civil, Alcaldía De Bojayá, Alcaldía De Bagadó, Nueva Eps, Comfachocó, Saviasalud, Jaikera, Hospital San Francisco de Asís e Ips Eficazmedic.

Se definió generar un seguimiento presencial a los avances en el mes de febrero de 2026.

g. Otras acciones de IV

La EPS Comfachocó, copio a esta Superintendencia solicitud dirigida a la IPS Etnia Salud, en la que requirió atención en salud para las comunidades de Puerto Piña, Ismare, Chiciliano, Bajo Grande y Unión Pitalito, actualmente en confinamiento forzado como consecuencia del conflicto armado que afecta la región, situación que ha sido declarada como emergencia humanitaria.

Al respecto esta dirección comunica lo siguiente:

- Mediante radicado nro. 20254100102079141 se realizó traslado de la solicitud a la Secretaria de Salud del Chocó, en calidad de entidad competente para coordinar con los actores del sector salud en el territorio y requirió el envío de las acciones necesarias que permitan garantizar la atención integral a la población residente en las comunidades de Puerto Piña, Ismare, Chiciliano, Bajo Grande y Unión Pitalito, actualmente afectadas por la situación de orden público.
- Mediante radicado nro. 20254100102075861 se requirió a Etnia Salud IPS el despliegue inmediato de las acciones como:
 - Brigadas médicas integrales en las comunidades afectadas
 - Suministro oportuno de medicamentos esenciales
 - Atención psicosocial a población en riesgo
 - Valoración y seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas
 - Medidas de promoción y prevención adaptadas a la situación actual.

Además, debía remitir:

1.Las estrategias diseñadas para garantizar la atención integral a la población del territorio afectada por la situación de conflicto armado, con especial énfasis en los grupos en condición de vulnerabilidad.

2.Los resultados obtenidos a partir de la implementación de dichas estrategias, incluyendo evidencias de cobertura, impacto y seguimiento.

Revisado el sistema de gestión documental de la Superintendencia Nacional de Salud no se evidenció respuesta por dichas entidades por lo que:

*Mediante radicado nro. 20254100102877531 se reiteró a Secretaría de Salud del Chocó allegar lo correspondiente.

*Mediante radicado nro. 20254100102877751 se reiteró a Etnia Salud IPS el envío de la información.

Una vez se tenga respuesta por parte de estas respecto de las gestiones llevadas a cabo junto con los correspondientes soportes y con base en análisis de la información, este Ente de inspección, vigilancia y control realizará las acciones que considere pertinentes.

Lo anterior con el fin de que a los usuarios residentes en estos municipios se les brinde una atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Grupo de Inspección y Vigilancia Financiero

a. Seguimiento al cumplimiento en los reportes de información exigidos a los prestadores de servicios de salud

Durante el seguimiento al cumplimiento de los reportes de información financiera exigidos a los prestadores de servicios de salud, conforme a la Circular Única y sus modificaciones, se identificó que en la vigencia 2025 un total de 3.265 sujetos vigilados incumplieron con el envío del archivo FT001 – Catálogo de Información Financiera con corte al 31 de diciembre de 2024. Esta información resulta fundamental para los procesos de inspección y vigilancia, así como para la determinación de la base gravable para la liquidación de la Contribución de Vigilancia a favor de la Superintendencia Nacional de Salud.

En atención a ejercicios previos de control frente al reporte de información, durante la vigencia 2025 se priorizaron acciones de inspección y vigilancia sobre prestadores reincidentes en el incumplimiento de la Circular Única, sobre los cuales se identificaron ingresos operacionales significativos conforme con los datos del estado financiero registrado en el Reporte Único Empresarial y Social administrado por la Confecámaras

Como resultado, en lo corrido de la vigencia 2025 se auditaron cinco (5) sujetos vigilados, para los cuales se estableció una base gravable por \$39.240 millones, correspondiente a los ingresos operacionales del sector

(IOSC) de las vigencias 2020 a 2025, información que fue remitida a la Secretaría General para las actuaciones correspondientes.

Finalmente, tras los requerimientos efectuados a los 3.265 prestadores omisos, con corte al 31 de diciembre de 2025, se evidenció que 1.051 prestadores cumplieron al menos con el envío del archivo FT001, reflejando avances parciales en el nivel de cumplimiento.

b. Contribución de Vigilancia

La Contribución de Vigilancia, establecida en el artículo 76 de la Ley 1955 de 2019, constituye un tributo a favor de la Superintendencia Nacional de Salud, destinado a financiar sus costos de funcionamiento e inversión. Este deberá ser cancelado anualmente por las personas jurídicas de derecho público y privado sometidas a inspección, vigilancia y control, con base en los Ingresos Operacionales del Sector Causados (IOSC) registrados al cierre de la vigencia inmediatamente anterior.

En el marco de este proceso, las áreas misionales de la Superintendencia participan, bajo la coordinación de la Secretaría General, en la verificación y aprobación de los sujetos pasivos del tributo y de la correspondiente base gravable. La identificación de los vigilados se realiza a partir del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), mientras que la validación de los IOSC se sustenta en información financiera proveniente de fuentes internas y externas, según la naturaleza jurídica de los prestadores.

Para la Contribución de la vigencia 2025, se identificaron 9.528 sujetos vigilados, de los cuales 9.424 corresponden a sujetos pasivos no exonerados (9.030 IPS y 394 de transporte especial de pacientes), y 104 exonerados. A la fecha, se han aprobado reportes de IOSC por un valor total de \$102,4 billones, de los cuales \$102,0 billones corresponden a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y \$380.774 millones a transporte especial de pacientes

Los ingresos aprobados se sustentan en la información reportada por 7.601 vigilados, lo que representa un 80% de cumplimiento por parte de los sujetos pasivos obligados, evidenciando un avance significativo en el proceso de reporte y consolidación de la base gravable para la determinación de la contribución de vigilancia correspondiente a la vigencia 2025.

c. Seguimiento reporte de información - Circular 030 de 2013

En el marco del seguimiento a los resultados derivados de la implementación de la Circular Conjunta 030 de 2013, la Superintendencia Nacional de Salud participa de manera activa en mesas de trabajo interinstitucionales lideradas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de las dependencias misionales de la entidad. En estos espacios se evalúa, entre otros aspectos, el estado de cumplimiento en el reporte de información por parte de los sujetos vigilados cobijados por la citada circular, cuyos resultados son reportados trimestralmente por el Ministerio.

Con base en el análisis correspondiente a los trimestres I, II y III de la vigencia 2025, se identificaron casos de ausencia de reporte o reportes con inconsistencias en los registros de control. Como resultado, se emitieron 174 requerimientos dirigidos a 184 Empresas Sociales del Estado (ESE), con el fin de que implementen acciones correctivas en sus sistemas internos de información que aseguren la remisión oportuna, completa y con la calidad exigida, garantizando así la disponibilidad de información actualizada sobre la cartera causada a cargo de las entidades responsables de pago.

Se resalta que, para el tercer trimestre de 2025, se evidenció un incremento significativo en el número de ESE con dificultades en el reporte de información, pasando de 16 a 127 entidades, siendo la principal causa la carga de registros con errores en el sistema dispuesto para tal fin.

Las acciones de inspección y vigilancia adelantadas por la Dirección tienen como objetivo principal promover el suministro de información confiable, depurada y conforme a los lineamientos técnicos establecidos, como insumo clave para la determinación de la deuda real de las entidades responsables del aseguramiento con la red de prestadores y para la adopción de medidas oportunas por parte del Gobierno Nacional ante eventuales afectaciones al flujo de recursos.

Finalmente, a partir de los resultados obtenidos en la vigencia 2025 y del análisis del historial de incumplimientos reiterados desde el año 2021, la Dirección propone como acción de mejora para la vigencia 2026 la

consolidación de información estructurada que permita la adecuada conformación y remisión de expedientes a la Dirección de Investigaciones Administrativas, fortaleciendo así las acciones de control institucional con oportunidad, rigor técnico y apego a los procedimientos establecidos.

d. Mesas de flujo de recursos

En el marco de las funciones de inspección, vigilancia y control conferidas a la Superintendencia Nacional de Salud, la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud ha venido articulando acciones con la Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud, con el propósito de fortalecer los espacios de mesas de flujo de recursos.

Estos escenarios fueron concebidos como instancias de articulación entre las EPS e IPS, tanto públicas como privadas, con el objetivo de revisar, conciliar y depurar las obligaciones económicas existentes, así como propiciar la generación de acuerdos de pago orientados al saneamiento de cartera, fortalecimiento de flujo de recursos y la garantía de continuidad en la prestación de los servicios de salud. Así mismo, constituyen un mecanismo para la identificación temprana de riesgos financieros. Favoreciendo la liquidez de las instituciones prestadoras y la sostenibilidad para la red pública y privada.

Las actividades desarrolladas han contado tanto con el acompañamiento directo de profesionales de la Dirección, como con el apoyo operativo en el envío de citaciones, confirmación de asistencia y seguimiento a los acuerdos suscritos.

A continuación, se presentan los resultados de las mesas desarrolladas durante la vigencia 2025.

Tabla 118 Mesas de flujo de recursos realizadas 2025

FECHA	DEPTO	MUNICIPIO	DEPARTAMENTOS CITADOS	EPS CITADAS	IPS CITADAS	VALOR ACUERDOS DE PAGO
28 y 29 de agosto	Valle del Cauca	Cali	Nariño, Cauca y Valle del Cauca	14	46	50.715.117.003
1 y 2 de septiembre	Choco	Quibdó	Choco	7	27	3.782.147.123
8 y 9 de septiembre	La Guajira	Riohacha	La Guajira, Cesar, Magdalena	15	40	11.400.087.556
4 y 5 de septiembre	Atlántico	Barranquilla	Atlántico, Bolívar, Córdoba, Sucre	10	30	*Por confirmar
18 y 19 de septiembre	Huila	Neiva	Huila, Caquetá, Putumayo y Tolima	17	39	*Por confirmar
22,23 y 24 de septiembre	Cundinamarca	Bogotá	Amazonas, San Andrés y Providencia, Bogotá DC, Cundinamarca,	13	50	*Por confirmar
23 y 24 de octubre	Cundinamarca	Girardot	Información pendiente por consolidar	Por confirmar	Por confirmar	*En consolidación

*Información pendiente de suministrar por parte de la Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud

Fuente: Construcción Propia de la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud

Tabla 119 Resultados de la ejecución de las mesas

DEPTO	IPS CITADAS	IPS ASISTENTES	% ASISTENCIA	VR. TOTAL ACUERDOS	VIGENCIA MAXIMA
Chocó	25	24	96%	\$3.782 millones	2025 (corto plazo)
Valle del Cauca	37	24 citadas + 9 no citadas	65% + voluntarias	\$50.715 millones	2029 (hasta 48 meses)
La Guajira	40	40 + 2 no citadas	100%	\$11.400 millones	2025-2026 (máx. 12 meses)

Fuente: Construcción Propia de la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud

e. Protección de recursos públicos

En el marco de las competencias de inspección y vigilancia la Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud, desarrolló diversas acciones orientadas a la protección y uso eficiente de los recursos públicos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estas gestiones tuvieron como propósito identificar, prevenir y sancionar prácticas irregulares que comprometieran la adecuada destinación de los recursos asociados a la atención en salud, especialmente aquellos derivados del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y los cobros ante la ADRES.

SOAT: Acciones de inspección y vigilancia a dos IPS evidenciando falencias en la prestación de servicios SOAT e irregularidades en los cobros realizados generando sanciones por valor de \$3.800 millones, adicionalmente sobrecostos en medicamentos y material de osteosíntesis, trasladadas a la Superintendencia de Industria y Comercio quien también impuso sanciones por 5.700 millones.

COBROS ADRES: ADRES y sus firmas auditoras remitieron a la SNS, informes donde se identificaron presuntas situaciones atípicas en el proceso de reclamación de pago por atención a víctimas de accidentes de tránsito por parte 132 IPS ubicadas en 13 departamentos, en virtud de ello se han realizado de mesas técnicas con ADRES, con el fin de tomar acciones de Inspección y vigilancia respecto de las referidas IPS.

Las atipicidades identificadas se clasificaron en cuatro (4) tipos:

Tipo A: IPS sin sede física evidenciada o inexistente

Tipo B: IPS sin condiciones de habilitación que soporten los servicios de salud reclamados (ejemplo: Servicios facturados y reclamados NO habilitados o sin Capacidad instalada)

Tipo C: IPS sin estándares ni criterios de habilitación que soporte los servicios de salud reclamados (incumplimientos del Sistema Único de Habilitación)

Tipo D: IPS inmersa en conductas presuntamente fraudulentas por duplicidad de soportes o alteración de estos.

De las 132 IPS trasladadas por la ADRES, 124 (94%) corresponden a clase A y C, generando dudas respecto del proceso de habilitación de servicios de salud y acciones de IVC realizados por las entidades territoriales en su jurisdicción; razón por la cual esta delgada procedido en primera instancia a dar traslado a las entidades territoriales correspondientes sin obtener respuestas claras y concretas, por lo cual se optó por informar estas situaciones a la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, para que en el marco de las competencias adelanten las acciones correspondientes.

Respecto de las 8 IPS restantes, (6%) tipificadas en categoría B y D, la DIVPSS se encuentran en el proceso de consolidación, revisión y análisis de cada caso de manera individual, contrastando los informes remitidos por las firmas auditoras contratadas por la ADRES, con la información disponible en fuentes de información tales como: REPS, REPS Histórico, RUES, DIAS, SIRAS, NRVCC, entre otros.

Se realizó auditoria a una Clínica en Barranquilla evidenciando irregularidades en cobros, por lo cual se trasladó a la Fiscalía General de la Nación y Delegada de Investigaciones Administrativas.

f. Proceso de atención a víctimas de accidentes de tránsito - SOAT

Durante la vigencia 2025, la Delegada de Prestadores de Servicios de Salud adelantó acciones de inspección y vigilancia orientadas a evaluar la correcta atención de víctimas de accidentes de tránsito, verificando la implementación de procesos y procedimientos que garanticen la adecuada prestación de los servicios de salud, la correcta documentación y soporte de los cobros realizados, así como la gestión eficiente y racional de los recursos del sistema obligatorio de salud, incluyendo la cobertura del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT).

En desarrollo de estas actividades se realizaron ocho (8) auditorías a prestadores ubicados en los departamentos de Atlántico, Valle del Cauca, Huila, Cesar, Santander y Bogotá, auditándose cinco (5) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y tres (3) Empresas de Transporte Asistencial de Pacientes.

Como resultado de las auditorías, se identificaron hallazgos relevantes relacionados con deficiencias en la atención y seguridad del paciente, debilidades en los procesos de facturación y soporte de servicios, incumplimiento de requisitos de habilitación, fallas en la gestión del transporte asistencial, inconsistencias y falta de veracidad en la información reportada, omisiones en los reportes a los sistemas de

información obligatorios (SIRAS y FURIPS), así como conductas que obstruyen las labores de inspección y vigilancia. Adicionalmente, se evidenciaron falencias en la implementación del Sistema de Emergencias Médicas por parte de algunos entes territoriales.

De manera complementaria a las acciones de control, la Superintendencia ha participado en mesas técnicas interinstitucionales lideradas por el Ministerio de Transporte, con la participación de entidades del orden nacional, orientadas a la reglamentación de las condiciones generales y técnicas del SOAT, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 191 de la Ley 2294 de 2023, fortaleciendo así el marco normativo y operativo del aseguramiento frente a la atención de accidentes de tránsito.

Grupo de Inspección y Vigilancia Jurídico para los Prestadores de Servicios de Salud

a. Reformas Estatutarias

El numeral 29 del artículo 4 del Decreto 1080 de 2021 establece que es función de la Superintendencia Nacional de Salud *"Autorizar o negar previamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, las operaciones relacionadas con la disminución de capital y ampliación de objeto social a actividades no relacionadas con la prestación de los servicios de salud"* (Subrayado fuera de texto).

De manera concordante, el numeral 5 del artículo 25 del decreto ibídem preceptúa que la Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios de Salud tiene a su cargo la función de *"Recomendar al*

Superintendente Nacional de Salud autorizar o negar, de manera previa, las operaciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud relacionadas con la disminución de capital”, por su parte el numeral 5 del artículo 26 establece en cabeza de la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud, adelantar los estudios para determinar la viabilidad de las propuestas de modificación estatutaria de las instituciones prestadoras de servicios de salud que impliquen disminución del capital o ampliación del objeto social a actividades no relacionadas con la prestación de los servicios de salud. (Subrayado fuera de texto).

En virtud de ello, la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud ha recibido hasta la fecha de presentación de este informe (Vigencia 2025), 4 solicitudes de autorización de reformas estatutarias de IPS, de las cuales 2 se encuentran finalizadas con resolución de desistimiento, y las demás se encuentran actualmente en gestión (1 con el estudio de viabilidad en revisión y 1 en análisis financiero).

De igual forma, durante esta vigencia se han tramitado 7 solicitudes de reformas estatutarias de vigencias anteriores, las cuales a la fecha se encuentran finalizadas con resolución.

Tabla 120 Relación de reformas estatutarias vigencia 2025

Nit	Prestador	Fecha de radicación	Estado
800223206 - 1	BIENESTAR IPS	6/02/2024	Finalizada
900900122-7	FORPRESALUD IPS SAS	19/06/2024	Finalizada
890900650-9	ORGANIZACION SANTA LUCIA SA	27/02/2024	Finalizada
900900122-7	HEALTH & LIFE IPS SAS	22/08/2024	Finalizada
901570478-1	DENTIST SOCIAL MEDICAL SAS	28/10/2024	Finalizada
900269200-7	INVERSIONES LUDIMAX SAS	3/10/2024	Finalizada
900477525-7	IPS SERVICIOS DE GESTION INTEGRADA S.A.S. - SERGEINT SAS	29/11/2024	Finalizada
900013939 - 1	CORPORACIÓN PARA LA ATENCIÓN Y EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES - MILAGROZ	13/05/2025	Finalizada
900830581-3	FUNDACION IPS PARA EL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL DEL SURCOLOMBIANO-FUNIPSI	13/03/205	Finalizada
800251482-5	IPS HOGARES DE PASO LA MALOKA S A S	28/05/2025	Estudio de viabilidad
901570478-1	DENTIST SOCIAL MEDICAL SAS	12/11/2025	Análisis financiero

Fuente: SNS - Elaboración propia Dirección IV para Prestadores de Servicios de Salud.

b. Evaluación de Gerentes

El Decreto 1080 del 10 de septiembre de 2021, dentro de las funciones del Despacho del Superintendente Nacional de Salud, fijó en los numerales 24 y 25 del artículo 7, las siguientes: "24. Conocer y resolver en segunda instancia los recursos interpuestos por los directores o gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial en relación con los informes de gestión de aquellos. 25. Producir la evaluación no satisfactoria en los casos de no presentación del informe anual de cumplimiento de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión dentro de los plazos señalados en la norma por parte de los directores o gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, de conformidad con lo señalado en el numeral 74.6 del

artículo 74 de la Ley 1438 de 2011 o la norma que lo modifique o sustituya, y resolver el recurso de reposición que se interponga contra el acto administrativo expedido en los citados casos”.

A través de la Resolución No. 2021160000015410-6 del 8 de noviembre de 2021, el Superintendente Nacional de Salud delegó en el empleo del Superintendente Delegado para Prestadores de Servicios de Salud, Código 0110 Grado 23 de la Superintendencia Nacional de Salud, el ejercicio de las funciones, definidas en los numerales 24 y 25 del artículo 7 del Decreto 1080 de 2021.

Como apoyo a la Delegada de Prestadores de Servicios de Salud, esta Dirección, para lo corrido de la vigencia 2025, recibió un (1) trámite relacionado con la calificación de gerentes o directores de las ESE, resuelto con acto administrativo conforme al artículo 74 de la Ley 1438 de 2011.

Grupo de Inspección y Vigilancia para el Mejoramiento de los Prestadores de Servicios de Salud

a. Programa de Mejoramiento Institucional – PMI

De acuerdo con la actual estructura de la Superintendencia Nacional de Salud dispuesta en el artículo 26 del Decreto 1080 de 2021 y en el marco de las funciones asignadas a la Superintendencia Delegada para los Prestadores de Servicios de Salud – Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud, se ha implementado el Programa de Mejoramiento Institucional (PMI) como herramienta de inspección y

vigilancia para medir, identificar, evaluar, mitigar y controlar los riesgos de salud, solvencia y liquidez de los vigilados, partiendo de un diagnóstico del nivel de criticidad de la situación financiera y de resultados en salud de las ESE remitidas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público - MHCP a la Superintendencia Nacional de Salud por incumplimiento del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero – PSFF.

A continuación, se relacionan las ESE que a 31 de diciembre de 2024 proyectaron finalizar la ejecución del PMI, cuyo resultado fue evaluado en el primer semestre de la vigencia 2025:

Tabla 121 Empresas Sociales del Estado con Programa de Mejoramiento Institucional

No.	Departamento	Municipio	NIT	Nombre	Observaciones
1	Antioquia	Granada	890981182	ESE Hospital Padre Clemente Giraldo	Finaliza PMI y es remitida al MSPS para categorización de riesgo
2	Antioquia	Salgar	890981424	ESE Hospital San José	Finaliza PMI y es remitida al MSPS para categorización de riesgo
3	Antioquia	San Carlos	890981561	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Finaliza PMI y es remitida al MSPS para categorización de riesgo
4	Arauca	Arauca	800218979	ESE Hospital San Vicente de Arauca	Finaliza PMI y es remitida al MSPS para categorización de riesgo
5	Boyacá	Paipa	891855209	ESE Hospital San Vicente de Paúl de Paipa	Finaliza PMI y es remitida al MSPS para categorización de riesgo
6	Córdoba	Sahagún	812003851	ESE Hospital San Juan	En PMI durante la vigencia 2024

No.	Departamento	Municipio	NIT	Nombre	Observaciones
7	Cundinamarca	Gachetá	899999163	ESE Hospital San Francisco de Gachetá	Finaliza PMI y es remitida al MSPS para categorización de riesgo
8	Cundinamarca	Silvania	808003500	ESE Hospital Ismael Silva	Finaliza PMI y es remitida al MSPS para categorización de riesgo
9	Huila	Tesalia	891103889	ESE Hospital Santa Teresa	Finaliza PMI y es remitida al MSPS para categorización de riesgo
10	Meta	Restrepo	822006595	ESE Solución Salud	Finaliza PMI y es remitida al MSPS para categorización de riesgo
11	Santander	Encino	804015007	ESE Centro de Salud Encino	Finaliza PMI y es remitida al MSPS para categorización de riesgo
12	Sucre	Corozal	823000878	ESE Centro de Salud Cartagena de Indias	Finaliza PMI y es remitida al MSPS para categorización de riesgo
13	Sucre	Sampués	900208532	ESE Centro de Salud Sampués	Finaliza PMI y es remitida al MSPS para categorización de riesgo
14	Valle del Cauca	Calima	890312380	ESE Hospital San Jorge	Finaliza PMI y es remitida al MSPS para categorización de riesgo
15	Valle del Cauca	La Cumbre	800160400	ESE Hospital Santa Margarita	Finaliza PMI y es remitida al MSPS para categorización de riesgo

Fuente: SNS - Elaboración propia Dirección para Prestadores de Servicios de Salud, 1 de enero a 30 de septiembre 2025

De las quince (15) ESE que fueron evaluadas respecto al cumplimiento del PMI durante el primer semestre de 2025, catorce (14) dieron

cumplimiento a las metas establecidas, quedando una (1) ESE en seguimiento para la vigencia 2025:

- ESE Hospital San Juan de Sahagún.

Las entidades que finalizaron la ejecución del PMI, fueron remitidas al Ministerio de Salud y Protección Social a fin de ser incluidas en la clasificación del riesgo, en virtud de lo definido en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2014.

De otra parte, la Superintendencia Nacional de Salud recibió el día 23 de mayo de 2025 traslado del Ministerio de Hacienda y Crédito Público de las siguientes ESE, las cuales proyectaron finalizar su Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero en el 2023 y cuyo resultado de evaluación arrojó incumplimiento:

Tabla 122 Empresas Sociales del Estado con Programa de Mejoramiento Institucional

No.	Departamento	Municipio	Nombre
1	Antioquia	Don Matías	ESE Hospital Francisco Eladio Barrera
2	Guaviare	San José del Guaviare	ESE Red de Servicios de Salud de Primer Nivel del Guaviare

Fuente: SNS - Elaboración propia Dirección IV para Prestadores de Servicios de Salud a partir de la información suministrada por el MHCP en radicado nro. 20259300411474872 del 23/05/2025. En consecuencia, se realizó una evaluación de los indicadores de criticidad financieros de las dos (2) ESE trasladadas y se analizó información respecto a los resultados de salud dispuestos en fuentes de información oficial. Posteriormente, con base en dicho análisis, se determinó que, por

sus condiciones de riesgo, la ESE Red de Servicios de Salud de Primer Nivel del Guaviare deberá suscribir un PMI.

Es preciso indicar que, el Programa de Mejoramiento Institucional fue actualizado en la presente vigencia respecto a los indicadores y parámetros de evaluación tanto del componente financiero como del técnico científico, estableciendo metas que definen el cumplimiento o no del PMI.

b. Seguimiento al Plan de Intervenciones Colectivas

La Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud realiza seguimiento a la ejecución de recursos y resultados de la implementación de las acciones en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas, evaluando la inclusión de estrategias para la identificación y evaluación del riesgo colectivo, la búsqueda activa de la población y la canalización efectiva a las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS.

En consecuencia, a partir de la información reportada por la ESE en el Sistema de Información Hospitalaria – SIHO, se identificaron las entidades que de acuerdo con su presupuesto de la vigencia 2024, recibieron mayor cantidad de recursos por contratación del Plan de Intervenciones Colectivas del nivel departamental y municipal, priorizando en total treinta y cinco (35) ESE, las cuales actualmente son objeto de evaluación y análisis respecto de los resultados obtenidos.

c. Seguimiento a las ESE que finalizaron una medida especial

Como parte de las acciones para la supervisión del riesgo de los vigilados, la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud, realizó acciones en el marco del proceso de seguimiento y evaluación al vigilado a través de requerimiento de información a las Empresas Sociales del Estado que finalizaron una medida especial, la cual será analizada con el objetivo de generar alertas de riesgo con seguimientos periódicos frente a proceso críticos que impacten en la garantía de la continuidad de la atención.

Tabla 123 Empresas Sociales del Estado objeto de seguimiento y evaluación durante el 2025

Empresa Social del Estado	Departamento	Municipio
ESE Hospital Universitario del Caribe	Bolívar	Cartagena
ESE Hospital Local de Cartagena	Bolívar	Cartagena
ESE Hospital San Andrés de Chiriguaná	Cesar	Chiriguaná
ESE Hospital San Andrés de Tumaco	Nariño	Tumaco
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente	Bogotá D.C.	Bogotá D.C.

Fuente: SNS - Elaboración propia Dirección IV para Prestadores de Servicios de Salud -Corte: 29 de septiembre 2025.

d. Seguimiento Resolución 1980 de 2024

El Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1980 del 11 de octubre de 2024, por la cual se asignan recursos del rubro "Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud Ley 100 de 1993", a Empresas Sociales del Estado en medida especial de intervención forzosa administrativa para administrar por la Superintendencia Nacional de Salud y/o con Planes de Mejoramiento Institucional.

Entre las ESE beneficiarias se encontraban once (11) con un Programa de Mejoramiento Institucional suscrito y en seguimiento por la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud, como se relacionan a continuación:

Tabla 124 Empresas Sociales del Estado en PMI con asignación de recursos de la Resolución 1980 de 2024

Nombre	Departamento	Municipio	Recursos asignados
ESE Hospital Padre Clemente Giraldo	Antioquia	Granada	1.000.000.000
ESE Hospital San Vicente de Paúl	Antioquia	San Carlos	1.500.000.000
ESE Hospital San Vicente de Arauca	Arauca	Arauca	2.500.000.000
ESE Hospital San Vicente de Paúl de Paipa	Boyacá	Paipa	1.500.000.000
ESE Hospital San Juan	Córdoba	Sahagún	2.000.000.000
ESE Hospital Ismael Silva	Cundinamarca	Silvania	330.000.000
ESE Hospital Santa Teresa	Huila	Tesalia	500.000.000
ESE Centro de Salud Encino	Santander	Encino	800.000.000
ESE Centro de Salud Cartagena de Indias	Sucre	Corozal	800.000.000
ESE Hospital San Jorge	Valle del Cauca	Calima	1.000.000.000
ESE Hospital Santa Margarita	Valle del Cauca	La Cumbre	480.000.000

Fuente: SNS - Elaboración propia Dirección IV para Prestadores de Servicios de Salud.

Considerando que en el numeral 8.2. del artículo 8 de la Resolución 1980 de 2024 estableció las responsabilidades de la Superintendencia Nacional de Salud respecto al seguimiento a la destinación y ejecución de estos recursos, durante la vigencia 2025 se han realizado las siguientes acciones:

1. Mesas de trabajo conjunto con las ESE y el Ministerio de Salud y Protección Social para validar los conceptos a financiar.
2. Suscripción de actas tripartitas de compromisos respecto a los servicios a fortalecer.
3. Validación de cumplimiento de requisitos establecidos en la Resolución 1980 de 2024 y demás instrucciones impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para la utilización de los recursos asignados.
4. Requerimiento a las ESE el acto administrativo de cuentas por pagar de la vigencia 2024 en el que se identificaran las obligaciones generadas entre el 11 de octubre y el 31 de diciembre de 2024

Así las cosas, las siguientes ESE informaron a esta Dirección no haber constituido cuentas por pagar de la vigencia 2024 que pudieran ser financiadas con los recursos asignados:

Tabla 125 Empresas Sociales del Estado sin cuentas por pagar a financiar con los recursos de la Resolución 1980 de 2024

Nombre	Departamento	Municipio
ESE Hospital Padre Clemente Giraldo	Antioquia	Granada
ESE Hospital San Vicente de Paúl	Antioquia	San Carlos
ESE Hospital Santa Teresa	Huila	Tesalia
ESE Centro de Salud Encino	Santander	Encino
ESE Centro de Salud Cartagena de Indias	Sucre	Corozal
ESE Hospital San Jorge	Valle del Cauca	Calima
ESE Hospital Santa Margarita	Valle del Cauca	La Cumbre

Fuente: SNS - Elaboración propia Dirección IV para Prestadores de Servicios de Salud.

En consecuencia, se informó a las siete (7) ESE referenciadas en la tabla anterior que deberán realizar la devolución de los rendimientos financieros generados por los recursos asignados, además de reintegrar los saldos de los recursos no comprometidos a 31 de diciembre de 2024.

De otra parte, las cuatro ESE restantes son objeto de seguimiento de conformidad a la metodología establecida por esta Dirección sobre la utilización de los recursos asignados. Con corte a 31 de diciembre de 2025, se han autorizado los siguientes giros a los beneficiarios finales con base en la información aportada por los vigilados y certificada por sus revisores fiscales:

Tabla 126 Empresas Sociales del Estado con autorización de giro a beneficiarios finales

Nombre	Departamento	Municipio	Valor autorizado de giro
ESE Hospital San Vicente de Arauca	Arauca	Arauca	1.291.373.405
ESE Hospital San Juan	Córdoba	Sahagún	1.946.112.220
ESE Hospital Ismael Silva	Cundinamarca	Silvania	288.131.086
ESE Hospital San Vicente de Paul	Boyacá	Paipa	1.428.671.741

Fuente: SNS - Elaboración propia Dirección IV para Prestadores de Servicios de Salud.

Finalmente, el resultado del seguimiento a la ejecución de los recursos asignados mediante la Resolución 1980 de 2024 ha sido notificado al Ministerio de Salud y Protección Social, a través de oficio radicado con nro. 20254100303313771 del 22 de diciembre de 2025, al cual se adjuntó un informe por cada una de las ESE beneficiarias.

Articulación Grupos Internos de Trabajo

a. Revisiones circulares

Modificación de la Circular Externa 011 de 2020: Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud el Gobierno Nacional ha establecido directrices de carácter financiero de obligatorio cumplimiento por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las entidades Promotoras de Salud, con el objetivo de avanzar en el proceso de saneamiento de deudas del sector y el mejoramiento del flujo de recursos entre los actores, consistente en el proceso de depuración y conciliación permanente de las cuentas por cobrar y pagar y efectuar el respectivo saneamiento contable, lo cual se encuentra estipulado en el artículo 9 de la Ley 1797 de 2016 y reglamentado a través de la Resolución 6066 de 2016.

La Superintendencia Nacional de Salud en aras de realizar el seguimiento a este proceso expidió la Circular Externa 011 de 2020 con instrucciones para los distintos actores del Sistema, adelantaran todas las gestiones administrativas, tendientes a realizar el proceso de conciliación, depuración y saneamiento de las cuentas por cobrar y por pagar con sus acreedores por prestaciones de servicios de salud y de servicios y tecnologías en salud.

Para la vigencia 2025 se plantea la modificación las directrices de la Circular Externa 011 de 2020, partiendo de la necesidad de atender los comentarios realizados por la Contraloría General de la Nación frente a la

ejecución de acciones de inspección y vigilancia al proceso de formulación de glosas por parte de la Entidades Responsables de Pago así como armonizar los tiempos de los reportes de información exigidos a las Entidades Responsables de Pago sobre las actividades adelantadas y/o programadas para la depuración y conciliación de las cuentas por cobrar con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, frente al reporte de información que realizan los sujetos vigilados obligados conforme la Circular Conjunta 030 de 2013 dado que la información allí realizada debe ser consecuente con el cumplimiento de los compromisos que se hubieran pactado ente los actores del SGSSS, lo cual se debe conocer de manera preliminar al reporte exigido en la Circular Externa 011 de 2020.

Producto de las mesas internas lideradas por la Dirección de Innovación y Desarrollo, donde participó la Delegada para Prestadores de Salud, se expidió en julio de la presente vigencia la Circular Externa 2025151000000007-5, donde se establece un marco actualizado para los procesos de conciliación, depuración y saneamiento de cuentas entre los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyo objetivo fundamental es que mediante las actividades implementadas se garantice un adecuado flujo de recursos, donde el proceso de conciliación y resolución de glosas se lleve a cabo de manera oportuna, y que los resultados obtenidos se reflejen en los estados financieros de las entidades involucradas.

b. Requerimiento congreso, entes de control y otros

Como apoyo técnico y misional, la Dirección de inspección y vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud otorga el insumo necesario para dar respuesta a requerimientos de Congresistas y entes de control, frente a los cuales, en la vigencia 2025 se ha gestionado entre otras, las siguientes solicitudes:

Tabla 127 Requerimientos Entes de Control vigencia 2025

FECHA	PETICIONARIO	TEMA / ACCIONES
17/03/2025	Procuraduría Regional de Instrucción del Atlántico	Indagación Previa en contra de funcionarios de la ESE UNA, Gobernación del Atlántico y secretaría de salud, por presuntas irregularidades administrativas al interior de la ESE UNA.
03/04/2025	Representante a la Cámara por Bogotá HR Catherine Juvinao	Dar respuesta a la pregunta nro. 2, de Derecho de Petición la cual solicita <i>"Sírvase indicar la totalidad de prestadores que, desde el 07 de agosto de 2022 a la Fecha (abril de 2025), han remitido comunicaciones, oficios o notificaciones al Ministerio de Salud y Protección Social y/o la Superintendencia Nacional de Salud, En la cual se informe el cierre de sus operaciones de forma total o parcial (frente a Ciertos servicios en particular), por deudas presentadas por las Empresas Promotoras de Salud (EPS)."</i>
03/04/2025	Senadora Norma Hurtado Sánchez	Notificación de la proposición No. 55 de 2025-aditiva de la proposición No. 42 de 2025 y cierre del debate de la proposición 11 de 2024, aprobado mediante proposición No. 36 de 2024, aprobada en sesión de fecha 1 de abril de 2025, <i>"para que expliquen ante la Comisión Séptima del Senado de la República sobre el</i>

FECHA	PETICIONARIO	TEMA / ACCIONES
		<i>cumplimiento de las órdenes de la Corte Constitucional relacionadas con el pago de presupuestos máximos y los ajustes a la UPC".</i> Se dio respuesta respecto a la consulta sobre cómo el retraso en el flujo de recursos afecta a las redes en la evolución de las acreencias y sostenibilidad financiera de los hospitales públicos en riesgo medio y alto, conforme a la evaluación de los programas de saneamiento fiscal y financiero y los de la misma SNS.
07/04/2025	Procuraduría General de la Nación	Dar respuesta a interrogantes relacionados con problemas de abastecimiento de medicamentos e insumos en el país.
09/04/2025	Omar Restrepo Senador	Se brindan respuestas a las preguntas que serán realizadas al señor Superintendente respecto a la audiencia pública sobre la crisis estructural del sistema de salud en el Magdalena Medio y promover soluciones concretas desde el nivel nacional.
10/04/2025	Consejería Presidencial para las Regiones	Solicitud Urgente de Información sobre Acciones Desarrolladas en el Catatumbo
15/04/2025	Representante a la Cámara Jennifer Pedraza	Actuaciones de la Superintendente Delegada para Prestadores de Servicios de Salud
24/04/2025	Comisiones Séptimas Constitucionales de Senado y Cámara, a la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo sobre el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y Control en virtud de lo ordenado en la Ley 1616 de 2013	Se informan las acciones realizadas por la DPSS sobre salud mental, tales como gestión de PQRD, Auditorías, emisión de directrices y participación de mesas técnicas.
29/04/2025	Insumo Mesa Técnica en el Congreso: "Fortalecimiento	En el marco del estudio del Proyecto de Ley 410 de 2025 Senado y 312 de 2024 Cámara -

FECHA	PETICIONARIO	TEMA / ACCIONES
	de la Auditoría y el Sistema de Información en Salud"	"Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".
8/05/2025	Proposición 55 en trámite en la Comisión VII del Senado: HS NORMA HURTADO	Insumo para responder: 13. <i>¿Cuáles son los resultados a la fecha de las medidas administrativas adelantadas por la Supersalud a las EPS intervenidas en la actualidad? ¿Cómo afectan la prestación de servicios y el pago al talento humano en salud?</i>
8/05/2025	Secretaria Ad-hoc de la Comisión Legal Derechos Humanos y Audiencias del Congreso de la República	Insumo para contestar petición de la Veeduría Ciudadana Indígena Vencedorpiriri quien solicita información sobre la muerte de una menor en el hospital de Puerto Gaitán.
9/05/2025	Solicitud de informe-proyecto de ley "Reforma a la salud". HS Martha Isabel Peralta Epieyu - 20259300408634822	Se remite información solicitada por la representante de la cámara respecto a la red de prestadores de servicios de salud de Risaralda.
15/05/2025	20259300410503692 - DP HR Gloria Liliana Rodriguez Valencia	Se brinda información sobre los principales problemas identificados en materia de prevención para la transmisión de VIH/SIDA en Colombia
20/05/2025	Directiva Presidencial No. 01 de 2025	Se informa que, tras la verificación de los temas abordados en el mencionado decreto, no se identifican disposiciones directamente relacionadas con las funciones asignadas a esta Delegatura en el marco de la garantía de la prestación de los servicios de salud, no obstante, se reportan las acciones desarrolladas en Chocó, Auditorías y orientaciones técnicas.
26/05/2025	20259300411448662 - Traslado Msps - Dp Hr Liliana Rodríguez Valencia	Se brinda información sobre los principales problemas identificados en materia de prevención para la transmisión de VIH/SIDA en Colombia

FECHA	PETICIONARIO	TEMA / ACCIONES
29/05/2025	Representante a la Cámara por Bogotá HR Catherine Juvinao	Se remite información sobre la totalidad de informes de auditoría realizados al Hospital María Inmaculada E.S.E., que se utilizaron como sustento para la medida de intervención forzosa para administrar, además de los planes de mejora establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud al Hospital María Inmaculada E.S.E., con anterioridad a la intervención forzosa para administrar.
13/06/2025	Congreso de la República	CIRCULAR 024-2025 INFORME GOBIERNO NACIONAL AL CONGRESO DE LA REPÚBLICA XXVI - PERIODO 01 DE ENERO A 31 DE MAYO DE 2025
25/06/2025	James Mosquera Torres Congreso de la República	PETICION HR JAMES HERMENEGILDO MOSQUERA TORRES - MUNICIPIOS PDET - 20259300413958992 Se reportan acciones de IV realizadas por la Dirección desde el 7 de agosto de 2022 a junio 15 de 2025.
8/07/2025	Lina Garrido Congreso de la República	20259300415047222 - Solicitud de información - medicamentos - denuncia penal Se brinda respuesta a sobre desabastecimiento o escasez de medicamentos.
21/07/2025	HS Carlos Eduardo Guevara Villabón Senado de la República	Respuesta a solicitud de información sobre adultos mayores en situación de abandono hospitalario
25/07/2025	Invitación en el Congreso de la República al foro "Territorios que cuidan: avances y desafíos en salud para la población LGTBQI+" - Fecha: 11 de junio de 2025 Representante a la Cámara por el Departamento de	Se brinda respuesta a lo solicitado sobre enfoque diferencial, barreras de acceso a los servicios de salud.

FECHA	PETICIONARIO	TEMA / ACCIONES
	Putumayo ANDRÉS CANCIMANCE LÓPEZ	
30/07/2025	Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado	Respuesta solicitud de Información. SIDH. Petición P-586-25 Francisco Luis Correa Gallego y familia ante la CIDH. Información sobre Clínica Fundadores, área de sanidad del Establecimiento Penitenciario La Modelo.
8/08/2025	Gabriel Ernesto Parrado Durán Representante a la Cámara por el Departamento del Meta Pacto Histórico - PDA	Respuesta Derecho De Petición – Solicitud De Información Sobre Acciones E Intervenciones En El Departamento Del Meta
14/08/2025	Procuraduría General de la Nación	Se brinda insumo para respuesta informado que no se identificó ningún caso que sea competencia de la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud, toda vez que se trata de asuntos dirigidos a las EPS o a gestores farmacéuticos frente a la entrega de insumos o medicamentos, o la no prestación de servicios ordenados por el médico tratante.
26/08/2025	Contraloría General de la República	Se brinda insumo al Despacho del señor Superintendente para brindar respuesta sobre acciones realizadas con la FUNDACIÓN PARA EL SERVICIO INTEGRAL DE ATENCIÓN MÉDICA sobre quejas de pacientes diagnosticados con VIH
4/09/2025	Nadia Blel Scaff Senado de la República	Se remite información sobre las acciones realizadas respecto a enfermedades raras
04/09/2025	RC Sandra Bibiana Aristizábal Saleg.	Suministro insumo para atender solicitud frente información del proceso de intervención de EPS y pago Oportuno de IPS
10/09/2025	Fiscalía General de la Nación	Respuesta a solicitud información de estados financieros de las entidades BIENESTAR VIP SAS, BIENESTAR IPS SAS, KAIZEN SALUD IPS SAS, AVIDANTI S.A.S, EVE DISTRIBUCIONES

FECHA	PETICIONARIO	TEMA / ACCIONES
		S.A.S., ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A.S. 890102768
13/09/2025	Fiscalía General de la Nación	Respuesta a solicitud de información sobre auditoría realizada a Miocardio IPS SAS - Solicitud de Documentos, N.C. 110016000050201928710, O.PJ. # 12057522 - O.T. 40814 Delito: CONTRATO SIN CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES ART. 410 C.P.
23/09/2025	Procuraduría General de la Nación	Se brinda insumo a a subdirección de Defensa Jurídica en cumplimiento de lo dispuesto en la orden octava de la Sentencia T-510 de 2024, conforme a solicitud de la Procuraduría General de la Nación respecto de las acciones que se han adelantado por parte de la Superintendencia en aras de garantizar la prestación de los servicios de salud a la población que padece enfermedades huérfanas – raras dentro de las cuales se encuentran entre otros la Distrofia muscular tipo Duchenne (DMD).
03/10/2025	Insumo Respuesta Congreso	Se remite respuesta a la DPU sobre las Preguntas 8, 9, 10 y 11: sobre la información solicitada respecto a servicio de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).
06/10/2025	Traslado por competencia Procuraduría General de la Nación	Asociación de Pensionados y Jubilados de Electricaribe - Distrito Sucre "APELCARIBE". el día 02 de septiembre de 2025, interponen queja formal contra la Clínica Especializada la Concepción, por la decisión comunicada el 30 de agosto de 2025, mediante la cual suspendió los servicios de salud a los afiliados de la NUEVA EPS en el municipio de Sincelejo.

FECHA	PETICIONARIO	TEMA / ACCIONES
		Se realiza requerimiento al prestador, quien documenta todo el proceso de acciones adoptadas para la suspensión parcial y temporal de servicios no esenciales, así como el informe detallado del proceso, las comunicaciones a los aseguradores, entes de control y usuarios, así como la reactivación final de los servicios.
29/10/2025 10/12/2025	DERECHO DE PETICIÓN HR GABRIEL ERNESTO PARRADO DURAN	Se responde vía correo electrónico lo siguiente <i>"(...) Es importante mencionar que la información solicitada respecto de... es responsabilidad de las entidades que prestan el servicio en conjunto con las entidades territoriales, por lo que esta Dirección de Inspección y Vigilancia, no se dispone de esto.(...)"</i>. No obstante; con posterioridad se informa, que se procedió a realizar alcance del derecho de petición enviado inicialmente a las 4 entidades territoriales relacionadas con la afectación del corredor vial Bogotá - vía al Llano con el fin que en el ámbito de su jurisdicción se identifique las IPS afectadas y se proceda con el traslado de la comunicación generando respuesta directa al Honorable Representante con copia a este despacho para efectos de seguimiento. De conformidad con lo anterior se relaciona radicado por secretaria y se adjuntan los oficios para fines pertinentes. Secretaria de Salud de Vichada 20254100103166791 Secretaria de Salud del Meta 20254100103166801 Secretaria de Salud de Guaviare 20254100103166821

FECHA	PETICIONARIO	TEMA / ACCIONES
		Secretaria de Salud de Cundinamarca 20254100103166841
05/11/2025	Traslado por competencia de la Comisión de Derechos Humanos del Senado de la Republica	Requerimiento perentorio: respuesta de fondo y entrega de copias auténticas (Ley 1755/2015 y 1581/2012) — CTC 46-05-06 — Insistencia 23/09/2025. Caso ciudadana Patricia Brito Caldera. Se realiza requerimiento al prestador Clínica Reina Sofia para la entrega de información solicitada por el peticionario y seguimiento a la entrega de esta.
07/11/2025	SOLICITUD DE INFORMACIÓN DERECHO DE PETICIÓN	Se brinda respuesta a solicitud de información derecho de petición Concejal de Medellín sobre las preguntas "(...) 2. Interventoría y Auditoría Externa: · Resultados de las visitas de inspección, vigilancia y control (IVC) realizadas a las EPS e IPS en el país, con un informe de tendencias.", (...) 4. Subsidios y Regímenes especiales: Solicitar un informe consolidado sobre los hallazgos de auditoria y/o glosas impuestas a las IPS
12/11/2025	NOTIFICACION AUTO REQUIERE-INCIDENTE DE DESACATO RAD. 50006404600220250002700 ACCIONANTE: JONHATAN ANDRÉS DIAZ PATIÑO	Se brinda respuesta con las acciones correspondientes realizadas con la IPS proseguir.
18/11/2025	DERECHO DE PETICIÓN SENADOR FABIAN DIAZ PLATA	Se brinda respuesta respecto a la solicitud del senador Fabian Diaz Plata, en el marco del cumplimiento de los Autos 007, 089 y 504 de 2025 emitidos por la Honorable Corte Constitucional, así: <i>"(...) Sírvase REMITIR un informe detallado de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) responsables de los cobros por servicios</i>

FECHA	PETICIONARIO	TEMA / ACCIONES
		<i>prestados a pacientes fallecidos, conforme a los hallazgos presentados por la ADRES en su informe. (...)”. Subrayado fuera del texto.</i> Revisada la solicitud de información, se encuentra pertinente advertir que la Administradora de Los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES según lo establecido en el artículo 3 del Decreto 1429 de 2016 tiene la responsabilidad de “(...) <u>Adoptar y proponer los mecanismos que se requieran para proteger los recursos que administra la Entidad, con el fin de evitar fraudes y pagos indebidos, sin perjuicio de las directrices que imparta para el efecto el Ministerio de Salud y Protección Social y la Junta Directiva (...)”.</u> Subrayado fuera del texto. No obstante, lo anterior, se informa que la Dirección para Prestadores de Servicios de Salud mediante radicado nro.20254100102934471 realizó requerimiento a dicha entidad para que remita a este despacho informe que contenga los nombres y NIT de los PSS vinculados en las irregularidades referidas por el Senador Plata, junto con las facturas, soportes y valores presentados para cobro, así como las gestiones llevadas a cabo frente al asunto mencionado.
19/11/2025	Solicitud de información Proceso de Responsabilidad Fiscal PRF-80912-2023-44557 - Caso Hospital San Rafael de Leticia - Rad: 20255100026142482	Copia del informe final de visita de auditoria realizado al Hospital San Rafael del Municipio de Leticia, por el Consorcio Plansalud 2016, oficio NURC 1-2017-041627 del 13 de marzo de 2017. Respuesta: En atención a la solicitud se remite la siguiente información:

FECHA	PETICIONARIO	TEMA / ACCIONES
		Un (1) PDF - 1-2017-041627 Oficio de remisión Informe de seguimiento Un (1) PDF – Hospital San Rafael de Leticia Informe de visita de fecha 05 al 07 de diciembre de 2016 De esta manera se emite respuesta completa a la solicitud de información según requerimiento realizado.
21/11/2025	***URGENTE*** SEGUNDO REQUERIMIENTO PREVIO INCIDENTE DE DESACATO TUTELA 2025-00226	La Superintendencia Nacional de Salud, tuvo conocimiento de requerimiento relacionado con fallo de tutela radicado 110014009128-2025-00226-00 del Juzgado 128 Penal Municipal con Funciones de Conocimiento de Bogotá, D.C. relacionada con la atención de la señora Herminda Forero Valencia (q.e.p.d)
3/12/2025	Solicitud de insumo para respuesta de congresista (Dra. Norma Hurtado)	Se brinda respuesta a los interrogantes de la congresista Norma Hurtado sobre flujo de recursos, deudas del talento humano, reservas técnicas, cierre de servicios de IPS.
5/12/2025	TRASLADO DENUNCIAS CONTRA NUEVA EPS, IPS C.D.I. Y FOSCAL DP 202511946 FABIAN DÍAZ PLATA RADICADO 20255500029351422	Se brinda respuesta Respuesta: Desde la Dirección de Inspección y Vigilancia de la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud se realizaron requerimientos al CENTRO DE ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS (NURC 20254100103260401) y FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER – FOSCAL (NURC 20254100103260411)
09/12/2025	Comisión Nacional Derechos Humanos Senado de la Republica	Exigencia de resolución inmediata y denuncia por dilación administrativa - RE: Registrado: Supersalud: radicado 20254100102310471. Caso ciudadana Patricia Brito Caldera. Se brinda respuesta a la Comisión Nacional de Derechos Humanos, presentando toda la trazabilidad de los radicados de entrada y salida gestionados desde la SNS para dar

FECHA	PETICIONARIO	TEMA / ACCIONES
		respuesta a los requerimientos de la peticionaria.

Fuente: Elaboración propia Delegatura Prestadores de Servicios en Salud

c. Conceptos para decisión sobre medidas especiales

En el desarrollo de las auditorías, se identifican situaciones que ponen en riesgo tanto la vida de los usuarios como el flujo de recursos del sistema, por tanto, con el fin de poner en salvamento a las instituciones auditadas, la dirección de inspección y vigilancia para prestadores de servicios de salud, en coordinación con la dirección de medidas especiales para prestadores de servicios de salud realizó los correspondientes conceptos, en los que recomendó a la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud que se relacionan a continuación, la intervención forzosa administrativa para administrar a la siguiente ESE:

- ESE Universitaria del Atlántico.

d. Medidas cautelares

La Ley 1438 de 2011, en su artículo 125, otorgó al Superintendente Nacional de Salud la facultad de ordenar la cesación inmediata de las acciones que pongan en riesgo la vida o la integridad de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por parte de los sujetos vigilados, medida que conlleva que se inicie un proceso administrativo sancionatorio contra la entidad o institución de que se trate. Esta función

fue delegada en el empleo de Superintendente Delegado para Prestadores de Servicios de Salud mediante la Resolución 2021160000015410-6 de 2021.

Bajo esta facultad, la Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios de Salud ha ordenado, mediante acto administrativo motivado, la implementación de acciones tendientes a subsanar, de manera inmediata, las circunstancias que ponen en riesgo la salud de los usuarios, con el fin de evitar la materialización de dicho riesgo, tal y como se indicó.

En virtud de lo anterior, y considerando la necesidad de contar con un procedimiento interno que permitiera a la SNS ejercer la competencia preferente para imponer medidas sanitarias e institucionalizar el ejercicio de las medidas cautelares, la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud participó en la diagramación de las medidas descritas en el proceso de control, cuya validación y aprobación por parte de los Delegados de las áreas misionales se llevó a cabo el 8 de agosto de 2024.

Finalmente, en la misma fecha se aprobó el acuerdo de nivel de servicio entre la DIA y DPSS, con el fin de concertar de qué manera se realizarán los traslados provenientes del ejercicio de las medidas de control indicadas con el fin de iniciar el proceso sancionatorio respectivo.

Adicional a ello, en el mes de diciembre de 2025 se actualizaron los documentos derivados del seguimiento a la medida cautelar por medio de las mesas técnicas realizadas en el Proceso de Control.

Durante la vigencia 2025, la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud, en aras de salvaguardar la vida y la salud de los usuarios ha interpuesto doce (12), medidas cautelares con el fin de cesar de manera inmediata las acciones que ponen en riesgo la vida o la salud de los usuarios durante el proceso de atención, así:

Tabla 128 Medidas Cautelares impuestas, a prestadores de servicios de salud 2025

Nro de Resolución	Nombre del Prestador	# de órdenes
2025410010001864-6	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE	10
2025410010002694-6	SOCIEDAD MÉDICA VIDA S.A.S.	8
2025410010002539-6	HOSPITAL EDUARDO SANTOS DE ISTMINA	6
2025410010002695-6	ESE HOSPITAL LOCAL ISMAEL ROLDAN VALENCIA	4
2025410020010850-6	UNIDAD MOVIL DE EMERGENCIAS MÉDICAS VITALES	6
2025410030011235-6	ESE HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN	6
2025410010011431-6	ESE HOSPITAL EDUARDO SANTOS DE ISTMINA	3
2025410010011430 - 6	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TADO	6
2025410010011429 - 6	ESE HOSPITAL LOCAL ISMAEL ROLDAN VALENCIA	4
2025410020011571-6	ESE HOSPITAL MARIA ANGELINES DE II NIVEL DE ATENCION	6
2025410040012082-6	DUMIAN MEDICAL S.A.S.	7
2025410040012353-6	ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	4

Fuente: SNS - Elaboración propia Dirección IV para Prestadores de Servicios de Salud

e. Medida Sanitaria de Seguridad

En lo corrido de la vigencia 2025, se ordenó auditoría a la Sociedad Médica Vida S.A.S., identificada con el NIT 800.232.788-2, ubicada en el municipio de Quibdó – Chocó, mediante Auto No. 2025410010000458-7 del 28 de marzo de 2025.

La auditoría tuvo como objeto “adelantar acciones de inspección y vigilancia frente a las características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, en relación con la prestación de servicios de salud a la población menor de cinco (5) años con diagnóstico de desnutrición aguda, así como de los demás servicios de salud dirigidos a la población en general, con el fin de identificar posibles barreras de acceso, deficiencias en la atención o incumplimientos normativos que puedan poner en riesgo su salud y bienestar, en cumplimiento del plan de desaceleración de la mortalidad por desnutrición y de los lineamientos establecidos en la Resolución 2350 de 2020, la Resolución 3280 de 2018 —en lo relacionado con la Ruta Integral de Atención para la Primera Infancia y la Ruta Materno Perinatal—, y la Resolución 2465 de 2016, para la vigencia 2024 y lo corrido del año 2025”

.

En desarrollo de la acción de inspección y durante el recorrido por las instalaciones de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, el equipo auditor detectó en el servicio de Hospitalización Pediátrica (código 130), fallas relacionadas con los estándares de talento humano, dotación y procesos prioritarios, que afectan la prestación del servicio en óptimas condiciones, como se observa en la siguiente imagen:

Ilustración 22 Estado de Infraestructura servicio de Hospitalización que originó la medida de seguridad



Fuente: registro fotografico tomado por equipo auditor en el marco de la auditoría Sociedad Medica Vida S.A.S

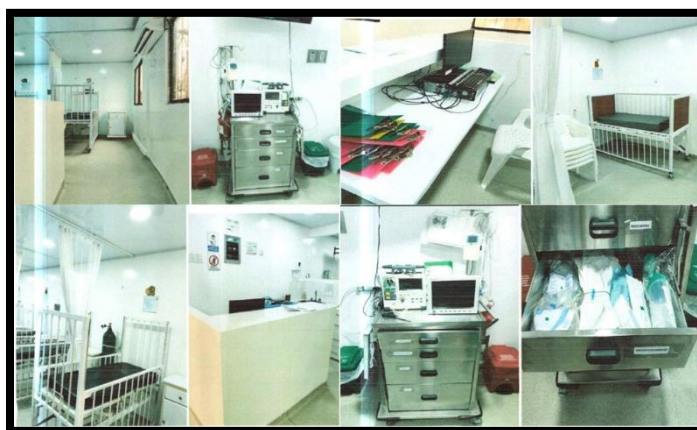
Bajo ese contexto, el 2 de abril de 2025 la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de la competencia preferente y en los términos del párrafo del artículo 130C de la Ley 1438 de 2011, impuso medida sanitaria de seguridad por incumplimiento de la normatividad vigente del Sistema Único de Habilitación consistente en la suspensión total del servicio de Hospitalización Pediátrica (código 130), hasta tanto el prestador subsane las irregularidades que dieron lugar a dicha decisión.

Lo anterior, se trasladó al Secretario Departamental de Salud del Chocó para su conocimiento, teniendo en cuenta que es la entidad encargada de vigilar y controlar el cumplimiento de la Resolución 3100 de 20191, para que adelantara las respectivas visitas de seguimiento, encaminadas a

verificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación y el eventual levantamiento de la medida impuesta y se requirió informar a esta Delegatura una vez se verificara el cumplimiento de las condiciones de habilitación y permanencia y se levantara la medida de suspensión, con la finalidad de reportar la novedad correspondiente en el REPS.

Mediante comunicación oficial el Secretario Departamental de Salud del Chocó informó el levantamiento de la medida sanitaria de seguridad impuesta por esta entidad a la IPS Sociedad Médica Vida S.A.S., en relación con el servicio de internación 130 – Hospitalización Pediátrica, según consta en el acta número 029 de visita de seguimiento, realizada el día 08 de mayo de 2025, ya que el prestador tomó los correctivos correspondientes encaminados a impactar positivamente la calidad de la atención en el servicio de hospitalización pediátrica, realizando las adecuaciones y mejoras necesarias para lograr una óptima prestación de los servicios de salud, así:

Ilustración 23 Estado de Infraestructura servicio de Hospitalización que originó el levantamiento de la medida de seguridad



Fuente: registro fotografico del acta
29 de visita de seguimiento por la Entidad Territorial del Chocó.

Por lo expuesto, se informa que la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud reportó la novedad de suspensión del servicio en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, así como la novedad de levantamiento de la medida, cuando se acrediten las condiciones para ello.

Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud

La Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud tiene como propósito garantizar la continuidad, accesibilidad y calidad en la prestación de los servicios de salud mediante la adopción de medidas de control frente a las instituciones prestadoras de servicios de salud que presentan situaciones críticas o irregulares en los componentes financieros, administrativos, jurídicos o técnico científicos que puedan afectar la adecuada prestación de los servicios y la garantía del derecho fundamental a la salud de los usuarios.

De acuerdo con sus funciones misionales, la Dirección realiza el seguimiento y monitoreo permanente del cumplimiento de las normas, planes, programas y cronogramas establecidos para las entidades que se encuentran bajo medida, desde los componentes administrativo – financiero, jurídico y técnico-científico. Así mismo efectúa el seguimiento a los indicadores de gestión, así como a la gestión integral de los agentes

interventores, promotores y contralores de las entidades sujetas a medida de control.

A través de estas acciones, la Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud contribuye al fortalecimiento del sistema de salud, asegurando la prestación oportuna y continua de los servicios, y promoviendo la sostenibilidad financiera de las instituciones prestadoras intervenidas, bajo los principios de eficiencia, eficacia y legalidad.

Sistema de gestión y control de las medidas especiales FENIX

Fénix es la plataforma tecnológica oficial de la Superintendencia Nacional de Salud que permite registrar, validar, controlar y hacer seguimiento a los indicadores que evidencian el avance de las entidades sometidas a medidas especiales, con base en el plan de trabajo orientado a su recuperación y fortalecimiento institucional. A través de este sistema, la Supersalud gestiona de manera integral el control, seguimiento y evaluación de dichas entidades, garantizando la transparencia, la trazabilidad y la supervisión en los ámbitos administrativo, financiero, asistencial, jurídico y de Mercadeo, con el propósito de fortalecer de forma continua la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Link de ingreso: FENIX

Esta plataforma es utilizada por:

- Delegatura para Entidades de Aseguramiento en Salud - Dirección de medidas especiales para entidades promotoras de salud y entidades adaptadas
- Delegatura para Prestadores de Servicios De Salud - Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud
- Oficina de liquidaciones

En Delegatura para Prestadores de Servicios De Salud - Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud se tiene 75 Indicadores así:

Tabla 129 Consolidado de indicadores FENIX

Componentes	Nº. de indicadores de FENIX General
Administrativos	6
Financiero	19
Jurídicos	6
Mercadeo	4
Tecnocientíficos	39
Tecnologías de Información Aplicadas a Salud	1
TOTAL	75

Fuente: Elaboración propia Delegatura Prestadores de Servicios en Salud - Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud.

Los indicadores que aplican a cada entidad dependen de la realidad institucional identificada al momento de su ingreso en medida especial, y se establecen con base en los hallazgos que motivaron dicha decisión, orientando el seguimiento al cumplimiento del plan de trabajo definido para su mejora. De noviembre de 2024 a septiembre del 2025 se aumentaron 15 indicadores para mejorar el seguimiento a las entidades en medida de intervención.

Tablero de control de indicadores de gestión

Los indicadores de gestión son variables clave que permiten medir y evaluar el desempeño de las Entidades Sociales del Estado (E.S.E.) bajo medida especial, en los componentes técnico-científico, jurídico y administrativo-financiero. A partir de su análisis se determina el grado de cumplimiento de las metas institucionales, la eficiencia en la gestión y los avances alcanzados en los procesos de mejora.

Estos indicadores constituyen una herramienta fundamental para la toma de decisiones del señor Superintendente Nacional de Salud, al ofrecer información precisa, verificable y actualizada sobre la gestión desarrollada por los interventores y gerentes. Su análisis y visualización se realiza mediante Power BI, plataforma tecnológica que consolida los datos y los presenta de forma dinámica e interactiva, facilitando el seguimiento integral y la identificación oportuna de alertas y resultados, la cual se

puede acceder mediante dispositivos conectados a internet solo para las personas autorizadas. Link de enlace: <https://surl.li/nvwaqv>

Ilustración 24 Indicadores de gestión de entidades bajo medida especial



Fuente: Elaboración propia Delegatura Prestadores de Servicios en Salud

Estrategia Plan Padrino

En el marco de la Estrategia “Plan Padrino”, La delegada para Prestadores de Servicios de Salud, a través de la Dirección de Medidas Especiales, ha fortalecido los procesos de acompañamiento técnico entre hospitales bajo medida especial y entidades con trayectoria consolidada en calidad y seguridad del paciente.

El Plan Padrino consiste en un modelo colaborativo de transferencia de conocimiento y fortalecimiento institucional, mediante el cual hospitales con buenas prácticas brindan apoyo metodológico, seguimiento y

asistencia técnica a otros prestadores que se encuentran bajo medida especial, que requieren mejorar sus procesos asistenciales, administrativos y de gestión del riesgo.

Posterior a las jornadas iniciales de réplica, el proceso continúa con reuniones periódicas, verificación de avances y orientación personalizada según las necesidades de cada entidad, garantizando que el acompañamiento se mantenga activo y ajustado a los resultados alcanzados.

Esta estrategia ha permitido consolidar una red de cooperación técnica entre prestadores, orientada a la sostenibilidad de los logros, la expansión de buenas prácticas y la mejora continua de la atención en salud, en línea con los estándares nacionales de calidad y la Política de Seguridad del Paciente.

Se han realizado 50 referenciaciones en buenas prácticas por parte de las ESE en medida especial a los hospitales Universitario del Caribe en Cartagena y San José de Maicao.

Los hospitales padrinos también participan activamente, otorgando asesoría y soporte de buenas prácticas en las reuniones semanales de seguimiento a las entidades que presentan criticidad: Nueva ESE Hospital Departamental San Francisco de asís (Quibdó), Hospital Regional del

Magdalena Medio (Barrancabermeja – Santander), ESE Hospital de Nazareth (Alta Guajira), ESE Universitaria del Atlántico (Barranquilla).

Empresas Sociales Del Estado Bajo Medida Especial

En el marco del propósito de la Dirección, a septiembre del 2025 se encuentran vigentes las siguientes Entidades en Medidas Especiales sobre las Empresas Sociales del Estado:

Entidades en Medida Especial a diciembre 2025

Tabla 130 Consolidado de nuevas actuaciones notificadas hasta agosto 2025

TIPO DE MEDIDA	IPS
Intervención Forzosa Administrativa Para Administrar	11
Intervención Forzosa Administrativa Para Administrar (suspendida)	1
Vigilancia Especial	1
Total	13

Fuente: Elaboración propia Delegatura Prestadores de Servicios en Salud – Dirección de Medidas Especiales

A diciembre de 2025, se encuentran bajo medida especial de control, los siguientes vigilados:

Tabla 131 ESE bajo medida especial de control 2025

Entidad	Departamento	Tipo de Medida
E.S.E. Hospital San José De Maicao	La Guajira	Intervención Forzosa Administrativa para administrar
E.S.E. Hospital San Rafael De Leticia	Amazonas	Intervención Forzosa Administrativa para administrar
E.S.E. Hospital La Misericordia	Quindío	Intervención Forzosa Administrativa para administrar
Hospital Rosario Pumarejo De López E.S. E	Cesar	Intervención Forzosa Administrativa para administrar
Hospital Luis Ablanque De La Plata E.S. E	Valle del Cauca	Intervención Forzosa Administrativa para administrar
Hospital Regional Alfonso Jaramillo Salazar E.S. E	Tolima	Intervención Forzosa Administrativa para administrar
Hospital Regional Magdalena Medio-Barrancabermeja	Santander	Intervención Forzosa Administrativa para administrar
E.S.E Hospital Nazareth	La Guajira	Intervención Forzosa Administrativa para administrar
E.S.E Universitaria Del Atlántico (UNA).	Atlántico	Intervención Forzosa Administrativa para administrar
Nueva E.S.E Hospital Departamental San Francisco De Asís.	Chocó	Intervención Forzosa Administrativa para administrar
Unidad de Salud de Ibagué ESE	Tolima	Intervención Forzosa Administrativa para administrar
E.S.E. Centro De Salud Giovani Cristini	Carmen de Bolívar	Vigilancia Especial
Hospital Departamental María Inmaculada ESE	Florencia	Suspendida la intervención Forzosa administrativa para administrar

Fuente: Elaboración propia Delegatura Prestadores de Servicios en Salud

Por otra parte, durante el periodo comprendido en la vigencia 2025, se realizó el levantamiento de tres (3) Medidas de intervención forzosa administrativa para administrar (Hospital San Andrés de Chiriguana,

Hospital San Andrés de Tumaco, ESE Hospital Local Cartagena, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente- Bogotá) , y el Desescalonamiento de una (1) Intervención Forzosa Administrativa para Administrar a Medida de Vigilancia Especial (Nueva ESE Hospital Departamental San Francisco de Asís -Quibdó-Choco) mejorando sustancialmente las condiciones de operación y sostenibilidad de cuatro ESE del territorio nacional.

Acuerdos de reestructuración de pasivos

En el marco de la normativa vigente que regula los procesos de reestructuración y salvamento económico de las entidades públicas (Ley 550 de 1999), se estableció un régimen orientado a promover la sostenibilidad financiera y la reactivación institucional de las empresas sociales del Estado (ESE), garantizando la continuidad en la prestación de los servicios de salud y la función social de estas entidades.

En este contexto, corresponde a la Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud adelantar el análisis y evaluación de la información financiera y administrativa presentada por las entidades, autorizar la promoción de los acuerdos de reestructuración de pasivos, designar al promotor del proceso y efectuar el seguimiento al cumplimiento de sus funciones desde la etapa de solicitud hasta la celebración y ejecución de los acuerdos.

Por lo anterior, se presenta la relación de entidades en acuerdo de reestructuración de pasivos a diciembre de 2025:

Tabla 132 Entidades en acuerdo de reestructuración 2025

Entidad	Departamento
E.S.E. Hospital Nuestra Señora De Los Remedios	La Guajira
E.S.E Hospital Local San Nicolas	Córdoba
Hospital Universitario Del Valle "Evaristo García" E.S.E.	Valle del Cauca
Hospital De Caldas E.S.E	Caldas
E.S.E Rio Grande La Magdalena	Bolívar
E.S.E Hospital San Diego De Cerete	Córdoba
E.S.E Hospital San Jerónimo De Montería.	Córdoba

Fuente: Elaboración propia Delegatura Prestadores de Servicios en Salud - Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud.

Acciones de seguimiento y monitoreo a empresas sociales del estado bajo medida especial de control

Durante la vigencia del 2025 se realizaron visitas de seguimiento, reuniones, eventos y mesas de trabajo a las E.S.E así:

Visitas de seguimiento

En la Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud, se realiza seguimiento en campo y documental a las Entidades prestadoras de servicios de salud que se encuentran en medida especial, frente a la información administrativa, financiera, jurídica y técnico

científica. Se realizaron un total de 39 visitas a Empresas Sociales del Estado bajo medida especial, durante la vigencia de 2025.

Tabla 133 Entidades bajo medida visitadas en 2025

ENTIDAD	VISITAS REALIZADAS
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA –(Leticia)	3
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE – (Bogotá)	2
E.S.E. HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS – (Cartagena)	1
HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ ESE – (Valledupar)	3
HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRES E.S.E. DE CHIRIGUANÁ – (Chiriguaná)	1
NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO DE ASÍS – (Quibdó)	4
E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO - (Maicao)	1
HOSPITAL SAN ANDRÉS E.S.E. – (Tumaco)	2
E.S.E. HOSPITAL LA MISERICORDIA –(Calarcá)	1
HOSPITAL REGIONAL MAGDALENA MEDIO – (Barrancabermeja)	5
HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR -EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – (Líbano)	1
HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA EMPRESA SOCIAL DELESTADO (ESE) – (Buenaventura)	3
ESE CENTRO DE SALUD GIOVANI CRISTINI – (Carmen de Bolívar)	3
ESE HOSPITAL SAN DIEGO DE CERETE- (Córdoba)	1
ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	1
E.S.E HOSPITAL NAZARETH (Guajira)	5
E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO (UNA) (Barranquilla)	2
TOTAL	39

Fuente: Elaboración propia Delegatura Prestadores de Servicios en Salud -Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud.

Seguimiento realizado a entidades en estado crítico

Desde la Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud se realizaron 140 reuniones semanales virtuales de seguimiento a las entidades en estado crítico; en acompañamiento del Hospital

Universitario del Caribe y San José de Maicao, en el marco del plan padrino, las cuales se realizaron así:

- ESE Hospital Local Cartagena de Indias.
- ESE Hospital Regional Magdalena Medio: Reuniones donde se abordó la contratación tercerizada.
- Nueva ESE Hospital Departamental San Francisco de Asís: Reuniones sobre metodología de costos.
- ESE Hospital de Nazareth: Seguimiento a plan de choque y avances de la medida de intervención.
- ESE Universitaria del Atlántico.

Seguimiento a decisiones de impacto - ESE bajo medida

Se realizaron 80 reuniones virtuales de seguimiento a decisiones de impacto tomadas por el agente especial interventor de las entidades en medida de vigilancia especial, desarrolladas cada lunes de 2:00 p.m. a 5:00 p.m., durante estas se abordaron los siguientes temas:

- Apertura, cierre o modificación de servicios asistenciales y administrativos.

- Estado actual y avances de los proyectos de inversión, fortalecimiento institucional e infraestructura.
- Contratación de alta cuantía y de servicios administrativos y asistenciales, incluyendo seguimiento a la ejecución contractual y cumplimiento de obligaciones.
- Decisiones o medidas con impacto directo en los usuarios o en la prestación de los servicios de salud.
- Seguimiento al cumplimiento de compromisos y decisiones adoptadas en reuniones anteriores.

Seguimiento a proyectos de inversión

Se realizaron 44 reuniones de seguimiento semanal a los proyectos de inversión que formulan los Agentes Interventores de las entidades en medida especial, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, las cuales tienen como objetivo verificar el avance físico, financiero y técnico de las iniciativas formuladas, con el fin de garantizar la asignación de recursos, y evaluar el cumplimiento de las metas establecidas.

A continuación, se presenta la relación de reuniones realizadas en la vigencia del 2025:

Tabla 134 Entidades objeto de seguimiento proyectos de inversión

ENTIDAD	CIUDAD	DPTO
E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO	MAICAO	GUAJIRA
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA	LETICIA	AMAZONAS
E.S.E. HOSPITAL LA MISERICORDIA	CALARCÁ	QUINDIO
HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ ESE	VALLEDUPAR	CESAR
HOSPITAL SAN ANDRES	TUMACO	NARIÑO
HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA EMPRESA SOCIAL DELESTADO (ESE)	BUENAVENTURA	VALLE DEL CAUCA
HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR -EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	LIBANO	TOLIMA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	BOGOTÁ	BOGOTÁ
HOSPITAL REGIONAL MAGDALENA MEDIO-BARRANCABERMEJA	BARRANCABERMEJA	SANTANDER
HOSPITAL DE NAZARETH	RIOACHA	LA GUAJIRA
HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS	CARTAGENA	BOLÍVAR
HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRES DE CHIRIGUANÁ	CHIRIGUANÁ	CESAR
ESE CENTRO DE SALUD GIOVANI CRISTINI	CARMEN DE BOLIVAR	BOLIVAR
NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO DE ASÍS	QUIBDÓ	CHOCÓ

Fuente: Elaboración propia Delegatura Prestadores de Servicios en Salud - Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud.

Las decisiones, compromisos y recomendaciones, realizadas tanto por la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social quedan evidenciadas en las respectivas actas.

Así mismo, en la rendición de cuentas realizada el 7 de julio y el 4 de diciembre de 2025, cada Agente Interventor realizó presentación del estado actual de los diferentes proyectos de inversión.

Seguimiento técnico y administrativo a los proyectos denominados Buques Hospital y a la E.S.E. Hospital de Nazareth.

En atención a las facultades otorgadas a la Superintendencia Nacional de Salud para ejercer la inspección, vigilancia y control sobre los prestadores de servicios de salud, la Dirección de Medidas Especiales de Prestadores de Servicios de Salud adelantó acciones de seguimiento técnico y administrativo a los proyectos denominados Buques Hospital y a la E.S.E. Hospital de Nazareth construcción del dotacional.

Estas acciones se desarrollaron con el propósito de garantizar la adecuada ejecución de los recursos asignados, el cumplimiento de las metas operativas y la correcta destinación de los recursos públicos destinados al fortalecimiento de la infraestructura y prestación de servicios de salud en zonas apartadas del país.

El objetivo del seguimiento fue verificar el cumplimiento de las metas operativas, técnicas, financieras y administrativas establecidas para los proyectos bajo medida especial, asegurando la correcta ejecución de los recursos y la continuidad en la prestación de los servicios de salud.

Actividades Realizadas

Durante el periodo reportado, la Dirección de Medidas Especiales efectuó:

- 48 seguimientos a los proyectos de Buques Hospital, y
- 36 seguimientos a la E.S.E. Hospital de Nazareth, con enfoque en:
- Revisión de la ejecución física y financiera.
- Verificación del cumplimiento de cronogramas y metas.
- Evaluación de avances en infraestructura, dotación y equipamiento.
- Identificación de riesgos administrativos o financieros.
- Emisión de observaciones y requerimientos a los operadores o ejecutores de los proyectos.

Avance de los Proyectos (Corte a diciembre de 2025)

1. Buques Hospital

- Buque San Rafael de Leticia: Programado: 10,15% – Ejecutado: 10,32%
- Buque Luis Ablanque de la Plata: Programado: 90.05% – Ejecutado: 90.07%

Dotación entregada (únicamente al Buque Luis Ablanque de la Plata):

- Fase 1: Equipos biomédicos por \$1.716 millones, ejecución 100%.
- Fase 2: Equipos biomédicos y mobiliario por \$1.578 millones.

Actualmente en ejecución.

2. E.S.E. Hospital de Nazareth

- Infraestructura física: Programado: 98% – Ejecutado: 98,07%.
- Durante el seguimiento, se evidenció un avance sustancial en la infraestructura física y el cumplimiento general del cronograma, con observaciones puntuales orientadas a garantizar el cierre técnico y operativo del proyecto.

Se concluye que la gestión adelantada por la Dirección de Medidas Especiales de Prestadores de Servicios de Salud permitió mantener el control institucional sobre la ejecución de los proyectos estratégicos de Buques Hospital y del Hospital de Nazareth.

Los avances evidencian una gestión responsable y un seguimiento técnico riguroso que contribuye al fortalecimiento de la red de prestación de servicios en regiones apartadas del país.

Compras conjuntas de medicamentos

Durante la vigencia 2025, a través de Resolución 0443 de junio 2025, se adjudica la Convocatoria Pública de Negociación Conjunta No. 001-2025 entre las siguientes entidades bajo medida especial:

Tabla 135 Consolidado de entidades bajo medida con adjudicación de la Convocatoria Pública de Negociación Conjunta No. 001-2025

ENTIDAD
HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRES E.S.E. DE CHIRIGUANÁ – (Chiriguaná)
E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO - (Maicao)
E.S.E. HOSPITAL LA MISERICORDIA –(Calarcá)
HOSPITAL REGIONAL MAGDALENA MEDIO – (Barrancabermeja)
HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR -EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – (Líbano)

Fuente: Elaboración propia Delegatura Prestadores de Servicios en Salud - Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud.

Por medio de esta negociación conjunta de medicamentos se lograron ahorros superiores a \$1.286 millones, garantizando la entrega de medicamentos con más de un año de vigencia y posibilidad de devolución antes de su vencimiento.

Se realizó una segunda negociación conjunta de medicamentos adelantada con 3 ESE bajo medida especial – Hospital Rosario Pumarejo de López, ESE Universitaria del Atlántico, Ese Hospital Luis Ablanque de la Plata - la cual logró una disminución del 30% en beneficios económicos en comparación con contratos anteriores.

Sostenibilidad financiera

Se realizó reunión con el objetivo de realizar socialización de las recomendaciones de sostenibilidad financiera a los hospitales en medida

especial, promoviendo el fortalecimiento de los ingresos y la austeridad en el gasto sin afectar la calidad de los servicios asistenciales, teniendo en cuenta que la sostenibilidad financiera se define como la capacidad de gestionar recursos garantizando continuidad y calidad de los servicios.

En dicha reunión se recomendaron las siguientes estrategias:

Estrategias de ingresos

- Diversificación de portafolio (imágenes diagnósticas, laboratorio, especialidades).
- Alianzas con EPS y entidades territoriales.
- Fortalecimiento de procesos de facturación y recuperación de cartera.
- Uso eficiente de infraestructura y servicios a terceros.
- Creación de unidades autosostenibles y metodología clara de costeo.

Acciones de austeridad

- Eliminación de gastos superfluos.
- Auditoría interna permanente.
- Capacitación del personal en gestión financiera.
- Políticas de cero papel y digitalización.
- Control estricto de servicios públicos y reducción de horas extras.

Control de costos

- Asignación eficiente de costos por servicio.

- Evaluación periódica de indicadores financieros y operativos.
- Contratación ajustada a la demanda real.
- Compras centralizadas y gestión de inventarios.
- Referenciación con instituciones similares.

Como conclusión de esta reunión la Superintendencia Nacional de Salud recomienda a las Empresas Sociales del Estado bajo medida especial fortalecer de manera integral la gestión institucional, priorizando la optimización de los servicios asistenciales, la austeridad en el gasto y el control eficiente de los costos operativos, con el fin de garantizar la sostenibilidad financiera y la continuidad en la prestación de los servicios de salud. Para ello, resulta indispensable implementar estrategias orientadas a mejorar la productividad, racionalizar el uso de los recursos, fortalecer los procesos de facturación y recaudo, y asegurar que cada decisión administrativa y financiera contribuya al equilibrio económico de la entidad, en cumplimiento de los principios de eficiencia, eficacia y transparencia en la gestión pública.

Depuración contable

En el marco de las acciones de fortalecimiento del control interno contable y sostenibilidad financiera adelantadas por las Empresas Sociales del Estado, y en cumplimiento de los lineamientos impartidos

por la Contaduría General de la Nación, a través de la Resolución 193 de 2016, la cual establece:

"3.2.15. Depuración contable permanente y sostenible

Las entidades cuya información financiera no refleje su realidad económica deberán adelantar las gestiones administrativas para depurar las cifras y demás datos contenidos en los estados financieros, de forma que cumplan las características fundamentales de relevancia y representación fiel. Asimismo, las entidades adelantarán las acciones pertinentes para depurar la información financiera e implementar los controles que sean necesarios a fin de mejorar la calidad de la información".

Por lo expuesto anteriormente, al igual, que teniendo en cuenta los saldos registrados en los estados de situación financiera de las entidades en medida especial, en el rubro cuentas por cobrar servicios de salud, a cargo de entidades liquidadas, se solicitó concepto a la Contaduría General de la Nación sobre las acciones que se deben adelantar para llevar a cabo el proceso de depuración contable en entidades liquidadas.

La Contaduría General de la Nación expidió el concepto No. 20251100024661 de fecha julio 7 de 2025, con el fin de dar trámite a la solicitud de la Superintendencia Nacional de Salud, relacionada con el procedimiento que se debe adelantar para la depuración de las cuentas

con cargo a las entidades liquidadas o en proceso de liquidación, el cual se socializó a las Empresas Sociales del Estado en medida especial mediante comunicación de fecha julio 10 de 2025.

Capacitación Contaduría General de la Nación

La Superintendencia Nacional de Salud dentro de los procesos que realiza a las entidades que se encuentran en intervención forzosa administrativa y vigilancia especial, efectúa seguimiento al componente financiero, con el fin de verificar que se estén aplicando lineamientos que le permitan obtener estados financieros razonables, que reflejen bienes, derechos y obligaciones reales para la entidad.

Por lo expuesto anteriormente, solicito a la Contaduría General de la Nación, la programación de capacitación para los agentes interventores, grupos financieros y contables, jefes de oficina jurídica y de control interno y revisor fiscal y/o contralor de esas entidades, al igual, que, para los equipos encargados del seguimiento por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, sobre depuración de estados financieros, en especial el tema relacionado con saldos de cartera por concepto de prestación de servicios de salud en entidades liquidadas, la cual se realizó mediante comunicación de fecha 4 de junio de 2025.

Recomendaciones cierre contable 2025

Con el fin de garantizar la integralidad de la información relacionada con el proceso contable, la Superintendencia Nacional de Salud, recomienda a las Empresas Sociales del Estado en medida especial, a través de los seguimientos realizados en FENIX, así como en las diferentes reuniones, adoptar las estrategias administrativas y financieras necesarias para promover y facilitar todas las actividades operativas requeridas en las diferentes áreas donde se originan los hechos económicos, así como todo el apoyo y logística necesarios para un adecuado cierre del periodo contable del año 2025.

Dentro de las recomendaciones realizadas, se encuentran adelantar acciones administrativas para la finalización del periodo contable, entre otras, cierre de contratación, tesorería y presupuesto; traslados y cierre de costos de producción; legalización de caja menor; recibo a satisfacción de bienes y servicios; reconocimiento de derechos y obligaciones; tomas físicas de inventarios de bienes; conciliaciones bancarias; y verificación, conciliación y ajuste de operaciones recíprocas.

Igualmente, se recomienda que, a través del Comité Técnico de Sostenibilidad Contable, se adelante la adopción y socialización de los lineamientos de control interno contable establecidos en la Resolución 193 de 2016 de la Contaduría General de la Nación (CGN), con el fin de

garantizar la razonabilidad de los estados financieros al cierre de la vigencia 2025.

Gestión de recursos

La Superintendencia gestionó ante el Ministerio de Salud y Protección Social la asignación de recursos para las Empresas Sociales del Estado en intervención administrativa forzosa y medidas especiales.

Tabla 136 Información equipos básicos de salud e infraestructura y dotación

Cifra en millones de pesos

Entidad	Número Equipos básicos	Recursos equipos básicos \$	Número de proyectos	Recursos infraestructura y dotación \$
Hospital Regional Magdalena Medio - Barrancabermeja	2	6.388	0	0
E.S.E. Hospital La Misericordia	16	1.578	0	0
E.S.E. Luis Ablanque de la Plata	20	15.089	8 proyectos infraestructura y 1 proyecto de dotación	70.173
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente	106	9.352	0	0
Hospital Regional Alfonso Jaramillo Salazar del Líbano	19	7.810	1 proyecto de dotación	1.137
Hospital San Andrés E.S.E. - Tumaco	43	11.196	1 proyecto de infraestructura	1.246

Entidad	Número Equipos básicos	Recursos equipos básicos \$	Número de proyectos	Recursos infraestructura y dotación \$
Hospital Regional San Andrés E.S.E. Chiriguaná	9	2.859	2 proyectos de infraestructura	0
E.S.E. Hospital San Rafael de Leticia	11	8.149	1 proyecto de infraestructura móvil	55.045
E.S.E. Hospital San José de Maicao	42	3.144	0	0
E.S.E. Rosario Pumarejo de López	2	338	0	0
Nueva E.S.E. Hospital Departamental San Francisco de Asís	36	6.080	1 proyecto de dotación y 1 proyecto mixto	18.101
E.S.E. Hospital Local Cartagena de Indias	79	20.132	1 proyecto de dotación	2.200
E.S.E. Hospital Universitario del Caribe - Vigilancia Especial	0	0	1 proyecto de dotación	2.152
E.S.E. Centro de Salud Giovanni Cristini	0	0	0	0
E.S.E. Hospital de Nazareth	0	0	0	0
E.S.E. Universitaria del Atlántico UNA	0	0	0	0
Valores en millones de pesos con excepción de número de equipos y número de proyectos	385	92.115	TOTAL	150.054

Fuente: Elaboración propia Delegatura Prestadores de Servicios en Salud - Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud.

Tabla 137 Información asignación recursos transporte especial, saneamientos pasivos, atención de partos, fortalecimiento de servicios

Cifras en millones de pesos

Nombre de la ESE	Recursos transporte especial	Saneamientos pasivos	Atención de partos	Fortalecimiento de Servicios
Hospital Regional Magdalena Medio - Barrancabermeja	0	0	595	5.000
E.S.E. Hospital La Misericordia	764	0	0	2.325
E.S.E. Luis Ablanque de la Plata	0	21.386	43	10.252
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente	0	0	777	30.000
Hospital Regional Alfonso Jaramillo Salazar del Líbano	1.055	0	13	5.000
Hospital San Andrés E.S.E. - Tumaco	0	5.228	356	3.000
Hospital Regional San Andrés E.S.E. Chiriguana	0	6.078	203	3.500
E.S.E. Hospital San Rafael de Leticia	0	0	0	0
E.S.E. Hospital San José de Maicao	2.335	13.761	1	14.000
E.S.E. Rosario Pumarejo de López	673	11.790	2	4.000
Nueva E.S.E. Hospital Dptal San Francisco de Asís	0	12.076	0	12.000
E.S.E. Hospital Local Cartagena de Indias	0	0	0	0

Nombre de la ESE	Recursos transporte especial	Saneamientos pasivos	Atención de partos	Fortalecimiento de Servicios
E.S.E. Hospital Universitario del Caribe - Vigilancia Especial	0	0	0	0
E.S.E. Centro de Salud Giovanni Cristini	0	0	0	0
E.S.E. Hospital de Nazareth	0	0	0	0
E.S.E. Universitaria del Atlántico UNA	0	0	0	0
TOTAL	4.827	70.319	1.990	89.077

Fuente: Elaboración propia Delegatura Prestadores de Servicios en Salud - Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud.

Formalización laboral en ESE bajo medida

La formalización laboral en las Empresas Sociales del Estado constituye un componente esencial para fortalecer la sostenibilidad institucional y garantizar condiciones dignas para el talento humano en salud. Desde la Superintendencia Nacional de Salud, a través de la Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud, se ha promovido este proceso como parte de las estrategias de recuperación administrativa y financiera de las ESE bajo medida, reconociendo que la estabilidad laboral incide directamente en la calidad de la atención y en la continuidad de los servicios a la población.

En 2025, se continuaron adelantado procesos de formalización laboral de más de 1.838 trabajadores en las ESE bajo medida de intervención, garantizando la estabilidad y continuidad del talento humano.

Tabla 138 Formalización laboral en ese bajo medida

Nombre de la ESE	No. De Cargos planta al inicio de la medida	Proyección planta de personal obtenida en los estudios de formalización laboral	Cargos incorporados en planta desde el inicio de la medida hasta la fecha	Cargos pendientes por incorporar
Hospital Regional Magdalena Medio - Barrancabermeja	12	230	0	0
E.S.E. Hospital La Misericordia	22	151	16	135
E.S.E. Luis Ablaque de la Plata	701	674	625	25
Hospital Regional Alfonso Jaramillo Salazar del Líbano	24	300	185	115
E.S.E. Hospital San Rafael de Leticia	0	0	0	0
E.S.E. Hospital San José de Maicao	51	0	193	63
E.S.E. Rosario Pumarejo de López	46	702	75	627
Nueva E.S.E. Hospital Dptal San Francisco de Asís	274	588	0	0
E.S.E. Centro de Salud Giovanni Cristini	0	0	3	8
E.S.E. Hospital de Nazareth	0	0	0	0
E.S.E. Universitaria del Atlántico UNA	0	0	0	0
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente	1.082	0	52	0
Hospital San Andrés E.S.E. - Tumaco	0	0	18	0

Nombre de la ESE	No. De Cargos planta al inicio de la medida	Proyección planta de personal obtenida en los estudios de formalización laboral	Cargos incorporados en planta desde el inicio de la medida hasta la fecha	Cargos pendientes por incorporar
Hospital Regional San Andrés E.S.E. Chiriguana	0	0	15	0
E.S.E. Hospital Local Cartagena de Indias	0	0	654	0
E.S.E. Hospital Universitario del Caribe - Vigilancia Especial	0	0	2	0
TOTAL	2.212	2.645	1.838	973

Fuente: Elaboración propia Delegatura Prestadores de Servicios en Salud

Asignación de recursos Ministerio de salud y protección social

La Dirección de Medidas Especiales de la Delegada para Prestadores de Servicios, en el marco de sus competencias de inspección, vigilancia y control, realiza seguimiento permanente a las resoluciones expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social relacionadas con la asignación de recursos a las Empresas Sociales del Estado, con el propósito de verificar su adecuada incorporación presupuestal, ejecución y destinación conforme a los fines establecidos en cada acto administrativo.

Este seguimiento permite identificar avances, rezagos y alertas en la gestión financiera de los recursos, garantizando su correcta aplicación de

acuerdo con lo señalado en los actos administrativos de asignación de recursos.

Durante la vigencia 2025, se realizó seguimiento a la asignación de recursos asignados en las siguientes resoluciones:

Resolución 1775 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social

Se realizó seguimiento a los recursos asignados mediante la Resolución 1775 de 2024 a la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., destinados al fortalecimiento de los servicios de salud por un valor de \$30.000 millones, los cuales fueron ejecutados para financiar gastos asociados a planta de personal, honorarios de personas naturales y jurídicas, adquisición de medicamentos e insumos hospitalarios, así como servicios de aseo, vigilancia y lavandería.

Resolución 1776 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social: Se realizó seguimiento a los recursos asignados mediante la Resolución 1776 de 2024 al Hospital La Misericordia de Calarcá, destinados al fortalecimiento de los servicios de salud por un valor de \$2.534 millones, para financiar gastos asociados a honorarios de personas naturales y jurídicas, adquisición de medicamentos e insumos hospitalarios, así como servicios de aseo, vigilancia y lavandería.

Resolución 1980 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección

Social: Se realizó seguimiento a los recursos asignados mediante la Resolución 1980 de 2024, destinados al fortalecimiento de los servicios de salud, para financiar gastos asociados a planta de personal, honorarios de personas naturales y jurídicas, adquisición de medicamentos e insumos hospitalarios, servicios de aseo, vigilancia, lavandería y servicios públicos, a las Empresas Sociales del Estado en medida especial que se relacionan a continuación:

Tabla 139 Consolidado de las ESE bajo medida especial con seguimiento de recursos asignados mediante la Resolución 1980 de 2024 –

Cifras en millones de pesos

ENTIDAD	VALOR ASIGNADO
HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRES DE CHIRUGANA	3.500
HOSPITAL REGIONAL MAGDALENA MEDIO	5.000
HOSPITAL SAN ANDRES DE TUMACO	3.000
HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR	5.000
HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ	4.000
HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA	10.000
NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO DE ASÍS	12.000
E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO	4.000
TOTAL	46.500

Fuente: Elaboración propia Delegatura Prestadores de Servicios en Salud

Resolución 2688 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social

Se realizó seguimiento a los recursos asignados mediante Resolución 2688 de 2024, a la Nueva E.S.E. Hospital Departamental San Francisco de Asís, destinados al fortalecimiento de los servicios de salud por un valor de \$458 millones, para financiar gastos asociados a planta de personal, honorarios, adquisición de medicamentos e insumos hospitalarios y servicios de aseo, vigilancia y lavandería.

Resolución 760 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social

Se realizó seguimiento a los recursos asignados mediante la Resolución 760 de 2025 al Hospital San José de Maicao, destinados al fortalecimiento de los servicios de salud por un valor de \$10.000 millones, para financiar gastos asociados a honorarios de personas naturales y jurídicas y adquisición de medicamentos e insumos hospitalarios.

Resolución 1944 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social

Se está realizando seguimiento a los recursos asignados mediante la Resolución 1944 de 2025 al Hospital Luis Ablanque de la Plata de Buenaventura, destinados al fortalecimiento de los servicios de salud por

un valor de \$253 millones, para financiar gastos asociados a honorarios de personas naturales y jurídicas.

Para un total de asignación de recursos por dichos conceptos: \$ 89.743 millones.

Evento informe de gestión de las IPS en medida especial

El día 13 de enero de 2025 en las instalaciones de la Superintendencia Nacional de Salud se llevó a cabo la presentación de Informe de Gestión de las IPS en Medida Especial ante el superintendente Nacional de salud, donde las Empresas sociales del Estado en Medida de intervención socializaron lo relacionada a su capacidad instalada, formalización laboral, mejoras en el componente asistencial, logros en infraestructura, radicación de proyectos ante el Ministerio de Salud y Protección Social, avances en el componente financiero y jurídico, equipos básicos, entre otros.

Jornada de articulación ese intervenidas con las EPS

Jornada liderada por la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud el 17 de enero de 2025 se realizó una jornada de articulación de EPS y ESE intervenidas, en las instalaciones de la Superintendencia Nacional de Salud. Durante esta jornada las Empresas Sociales del Estado presentaron a las EPS la información correspondiente a la cartera con

corte al 31 de diciembre de 2024, la situación contractual, la población asignada. Este espacio permitió identificar oportunidades de mejora en la gestión contractual y financiera.

Jornada presentación de rendición de cuentas agentes interventores y gerentes de las ESE en intervención forzosa administrativa y medidas especiales

Vigencia 2025

En los meses de Julio y diciembre de 2025 se llevaron a cabo jornadas de presentación de rendición de cuentas por parte de los agentes interventores y gerentes de las Empresas Sociales del Estado sujetas a intervención forzosa administrativa y medida de vigilancia especial. El evento, convocado por la Superintendencia Nacional de Salud, reunió en Bogotá a los representantes de las instituciones prestadoras de servicios de salud intervenidas o bajo medida especial, con el propósito de exponer el balance de gestión correspondiente al primer y segundo semestre del año.

Allí se destacó el fortalecimiento de los equipos básicos de salud, la apertura y reapertura de servicios en cada uno de los hospitales, así como la inversión en su infraestructura.

Se abordaron los siguientes temas:

- Información de la región en la cual funciona el hospital, población potencial, población contratada y entidades aseguradoras con las cuales se tienen contratos de prestación de servicios de salud.
- Apertura y reapertura de servicios.
- Gestión financiera.
- Recursos asignados por el Gobierno Nacional.
- Equipos básicos, señalando los recursos asignados, señalando número de equipos, número de hogares y personas caracterizadas, al igual, que las actividades de PYM realizadas.
- Gestión de la desaceleración de la desnutrición.
- Compra conjunta de medicamentos.
- Formalización laboral.
- Proyectos de inversión.
- Desafíos y retos.

Experiencias exitosas “salvando vidas”

En el corregimiento de Nazaret alta Guajira opera desde enero de 2025 el primer hospital de campaña de segundo nivel. En su primer semestre ha brindado 2.096 atenciones en salud, incluyendo 5 cesáreas, 9 partos vaginales, 99 cirugías generales y 36 procedimientos ginecológicos. En consulta externa, 1865 personas fueron atendidas en especialidades como Medicina Interna, pediatría y cirugía general.

Además, 82 pacientes fueron hospitalizados. Esta unidad móvil cuenta con quirófano, laboratorio clínico, rayos X y servicio de hospitalización desde abril.

La atención de la desnutrición es una de las banderas más grandes que tiene el hospital campaña, por eso a todo niño entre 0 y 59 meses de edad que nos ingresa, se le realiza toma de peso, talla y perímetro del Jack de manera inmediata se hospitaliza, atendiendo su cuadro infeccioso y paralelamente su recupera su estado nutricional y se egresa cuando tienen un peso adecuado.

El Hospital San José de Maicao está comprometido, con el fin de evitar la mortalidad por desnutrición en la norte extrema de la Guajira. Para lograr este objetivo se compromete con la salud infantil mediante el fortalecimiento y la reestructuración de su ruta de atención de alteraciones nutricionales. Es así como realiza un modelo de atención

diseñando un modelo con etapas, que incluye equipos básicos, análisis de las necesidades del territorio, articulación de actividades con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y mantenimiento nutricional.

Experiencias exitosas “seguridad del paciente” y buenas prácticas

El Hospital Universitario del Caribe, se ha consolidado como un referente de compromiso, liderazgo y transformación en el sector salud en el marco del programa plan padrino de la Superintendencia Nacional de Salud.

En este proceso además de transferir conocimientos, se tejen lazos de confianza y colaboración con instituciones hermanas, uniendo esfuerzos para transformar realidades y devolver a miles de personas la dignidad de una atención en salud transformada con calidad, humanización y compromiso.

El Hospital Universitario del Caribe para lograr su sostenibilidad y la seguridad del paciente, adelanta entre otras las siguientes practicas:

- Actividades sostenibles y seguras que impactan positivamente a los hospitales y a la comunidad.
- Proteger el entorno, fortaleciendo la gestión ambiental, bajo la premisa de construir un ambiente seguro, impulsando acciones concretas en áreas

críticas para garantizar el bienestar de los pacientes, colaboradores y comunidad en general.

- Se trabaja por un consumo sostenible, por un mejor planeta y por ello también se implementado en las instalaciones jardines que proporcionan oxígeno y ambiente vital para la mejora de pacientes y la salud mental de todos nuestros trabajadores.
- Fortalecimiento de la gestión administrativa, garantizando la eficiencia operativa y la sostenibilidad de sus procesos relacionados con diferentes aspectos, como la modernización de las áreas administrativas.
- De urgencias, consulta externa y hospitalización, la dotación de equipos biomédicos, la adecuación del parqueadero.
- La dotación de equipos de cómputo, sillas ergonómicas para el talento humano, mejoran el sistema de perifoneo adecuaciones en las áreas externas, encerramiento, la impermeabilización, el aumento del recaudo en un 18%, el cumplimiento de las acciones descritas en el plan de depuración contable, logrando la razonabilidad con salvedades de los estados financieros y la disminución de las cuentas por pagar en un 28% con respecto a la vigencia anterior.

En cuanto a la gestión realizada como plan padrino de seguridad del paciente y la humanización, se han realizado las siguientes actividades:

Referenciación en seguridad del paciente en las instalaciones a las delegaciones de varias intervenidas, quienes participaron activamente en un espacio de formación e intercambio de saberes y vivencia directa de nuestras buenas prácticas, de las siguientes entidades:

- Hospital Regional Alfonso Jaramillo Salazar
- Nueva ESE Hospital Departamental San Francisco de Asís
- Hospital Regional del Magdalena Medio
- Hospital Local Cartagena de Indias
- Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E
- Hospital Rosario Pumarejo de López

La cultura de la seguridad del paciente tiene un compromiso sostenido, con acciones de impacto real, atención segura y humanizada que beneficie a todos los usuarios y colaboradores del hospital.

De otra parte, es importante mencionar que el Hospital Universitario del Caribe ha sido reconocido internacionalmente en el ranking a nivel mundial de prestadores de servicios de salud, a nivel nacional ocupando el número 55, el segundo en el Distrito de Cartagena y el primero en la

costa caribe en su territorio. Reconocido por el buen manejo del agua y su sostenibilidad ambiental, fue invitado como ponente en Chile en buenas prácticas de desinfección.

Igualmente, se realizó presentación a los proyectos de inversión relacionados a continuación:

- Buque Hospital – E.S.E Luis Ablanque de la Plata
- Buque Hospital E.S.E San Rafael de Leticia
- Construcción ESE Nazareth – Alta Guajira

Referenciación Hospital Universitario del Caribe

La Delegada para Prestadores de Servicios de Salud, en el marco de su estrategia de fortalecimiento institucional y mejora continua en la prestación de servicios de salud de las entidades en medida especial, realizó referenciación interinstitucional, en la que el Hospital Universitario del Caribe, con el fin de compartir experiencias exitosas en la implementación de herramientas clave para la eficiencia administrativa y la calidad en la gestión.

Durante la jornada se abordaron los siguientes temas:

- Contratación a través de SECOP II
- Modelo de contratación de servicios tercerizados
- Metodología de costos
- Facturación electrónica

Así mismo, se realizó seguimiento a las acciones realizadas por las Empresas Sociales del Estado que participaron en esta jornada, obteniendo los siguientes resultados:

- Hospital San José de Maicao

Fortaleció seguridad del paciente con sistema de llamado y mejoró la facturación adoptando el aplicativo del Hospital Universitario del Caribe.

- Hospital San Rafael de Leticia

Implementó manillas de identificación y paquetes instruccionales; fortaleció facturación con nuevos módulos de trazabilidad y ajustó procesos de contratación y manuales de procedimientos.

- Hospital Regional del Magdalena Medio

Implementó manillas en urgencias, revisó contratos con terceros y avanzó en metodología de costos y trazabilidad de pacientes.

- Hospital La Misericordia:

Adoptó Moodle y Classroom para capacitación, implementó códigos QR para reporte de eventos y mejoró procesos de identificación de pacientes y facturación.

- Hospital Regional Alfonso Jaramillo Salazar

Avanzó en SECOP Transaccional, intranet institucional, plataforma de capacitación y software Sinergia; fortaleció seguridad del paciente y renegoció contratos.

- Hospital Rosario Pumarejo de López

Mejóro la radicación de cuentas ADRES por accidentes de tránsito, adquirió y reparó sistemas de llamado, y proyectó implementar software de costos.

Conclusiones generales de la jornada

- Los hospitales implementarán las prácticas observadas en el Hospital Universitario del Caribe, en áreas de seguridad del paciente, facturación y contratación.
- Se continuará el fortalecimiento tecnológico con plataformas de costos, trazabilidad y capacitación.
- La Supersalud realizará seguimiento a los avances presentados en campo.
- Se incentivará la conformación de comités de innovación y buenas prácticas en cada hospital.
- Todos los hospitales coincidieron en que la experiencia de referenciación en el Hospital Universitario del Caribe fue enriquecedora, destacando el intercambio de conocimientos, la adopción de nuevas tecnologías y el compromiso con la mejora continua.

Mesa de Trabajo Cartera con EPS intervenidas y ESE en medida especial

El día 22 de julio de 2025 se llevó a cabo una mesa de trabajo sobre cartera, con la participación de Entidades Promotoras de Salud (EPS)

intervenidas y Empresas Sociales del Estado (ESE) bajo medida especial. Este espacio permitió revisar el estado de las obligaciones financieras, identificar barreras en el flujo de recursos y concertar acciones orientadas a mejorar la gestión y recuperación de cartera en el marco de las medidas adoptadas por la Superintendencia Nacional de Salud.

El 24 de octubre de 2025 se llevó a cabo mesa de trabajo sobre cartera entre 6 ESE en medida especial y COOSALUD EPS, logrando acuerdos de pago por \$10.346 millones de pesos.

Mesas técnicas de seguimiento – corregimiento del saldo Sentencia T 045 de 2010

En el marco de la vigilancia especial que rige sobre el Centro de Salud Giovanni Cristini, la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud, a través de la Dirección de Medidas Especiales, acompaña el proceso de seguimiento a la Sentencia T-045 de 2010 de la Corte Constitucional, dado que una de las sedes bajo medida se encuentra ubicada en el corregimiento de El Salado, municipio de El Carmen de Bolívar. Este acompañamiento se desarrolla de manera articulada con el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de fortalecer la red de prestación de servicios y asegurar el cumplimiento de las órdenes impartidas por la Corte.

En este contexto, la Delegada, por intermedio de la Dirección de Medidas Especiales, participa activamente en las Mesas Técnicas de Seguimiento al Puesto de Salud del corregimiento de El Salado, en atención a las órdenes 2, 3, 4 y 5 de la Sentencia T-045 de 2010.

Durante la sesión realizada el 10 de julio de 2025, se abordó el proyecto de construcción del nuevo Centro de Salud, previsto para edificarse en las instalaciones actualmente destinadas a la Casa del Adulto Mayor. Estas mesas son lideradas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en ejercicio de su función de acompañamiento y gestión sectorial, y cuentan con la participación de entidades del orden nacional y territorial para garantizar la articulación institucional y el avance efectivo de los compromisos establecidos.

Mesa de trabajo con EPS Mutualser y ESE Giovanni Cristini en medida especial

El día 3 de octubre de 2025, en la ciudad de Cartagena, se brindó acompañamiento in situ a la mesa de trabajo con la EPS Mutualser y la ESE Giovanni Cristini, durante la reunión de presentación del portafolio de servicios de la IPS ante la EPS MUTUALSER, con el objetivo de avanzar en la contratación del 100% de los servicios ofertados para la población afiliada en la región.

Desde la Superintendencia Nacional de Salud se realizó seguimiento y acompañamiento técnico, orientado a fortalecer la capacidad de atención del hospital. Durante la jornada, se promovió el aprendizaje de herramientas prácticas exitosas que contribuyen a mejorar los resultados institucionales, y se garantizó el acompañamiento requerido para adelantar un proceso de negociación bajo estándares de calidad y enfoque en resultados.

Resultados obtenidos

1. Asignación del 100% de la población de la zona rural propuesta por Mutualser para atención en la ESE Giovanni Cristini.
2. Cumplimiento del 98% en la evaluación de condiciones de atención y calidad, según visita técnica realizada el 9 de octubre de 2025.

Enfoque sobre nutrición en los departamentos de La Guajira y Choco

La Delegada para Prestadores de servicios de salud a través de la Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud (DMEPSS), ha priorizado la atención integral de niños y niñas en riesgo de desnutrición en cumplimiento de las Sentencias T-302 de 2017 (departamento de La Guajira) y T-080 de 2018 (departamento del Chocó), mediante las cuales la Corte Constitucional declaró el estado de

cosas inconstitucional por la vulneración de los derechos fundamentales de la niñez indígena y rural. En desarrollo de estas órdenes judiciales, la Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud ha diseñado y ejecutado estrategias de verificación, acompañamiento técnico y fortalecimiento operativo en las entidades bajo medida, con énfasis en la ESE Hospital de Nazareth, el Hospital San José de Maicao y el Hospital San Francisco de Asís, para garantizar la atención oportuna, continua y culturalmente pertinente de los menores con riesgo o diagnóstico de desnutrición.

En este marco, la Dirección ha efectuado seguimiento técnico permanente al cumplimiento de los lineamientos de la Resolución 2350 de 2020 y la Resolución 3280 de 2018, promoviendo la capacitación del talento humano, la medición antropométrica completa, la detección temprana de riesgos nutricionales y la adherencia al lineamiento técnico. Asimismo, ha fortalecido la articulación con el Ministerio de Salud, el ICBF y las entidades territoriales, mediante la participación en los Comités de Emergencias Nutricionales de los departamentos de la Guajira y del Chocó, desde los cuales se definen acciones conjuntas para mejorar la oportunidad de la atención y la continuidad del cuidado.

Como resultado de los seguimientos técnicos, se ha evidenciado un mejoramiento progresivo en la trazabilidad de los casos, una mayor articulación con el ICBF para la atención complementaria, y una reducción de brechas en la disponibilidad de suplementos terapéuticos. Estos

avances reflejan el impacto positivo del acompañamiento técnico, la formación continua del talento humano y los mecanismos interinstitucionales de coordinación liderados por la DMEPSS, que contribuyen al fortalecimiento del sistema de atención nutricional y a la garantía efectiva de los derechos de la niñez en los departamentos de la Guajira y Chocó.

Comités en los que participa la Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud:

Tabla 140 Consolidado de comités en lo que participa DMEPSS

Tipo de Reunión	Día de reunión	Duración
Comité de Emergencia Nutricionales de la Guajira	Lunes	9:30 – 12:00 am
Comité de Emergencia Nutricionales de Choco	Jueves	2:00 – 6:00 pm
Plan de choque de tenciones nutricionales, EDA ERA y gestantes de Uribia	Todos los días	4:00 – 5:30 pm
Comité de Soberanía, Seguridad Alimentaria y Nutricional	Trimestral	8:30 – 11:00 pm

Fuente: Elaboración propia Delegatura Prestadores de Servicios en Salud- Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de salud

Logros:

Logro 1. Protección de la vida y seguridad de los pacientes mediante medidas cautelares y sanitarias a Prestadores de Servicios de Salud

La Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud a través de la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud, durante la vigencia 2025, ordenó doce (12) medidas cautelares a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y 1 medida sanitaria de seguridad (cierre temporal de servicios), con el fin de detener de forma inmediata prácticas que podían poner en riesgo la vida o integridad física de los pacientes o el uso inadecuado de los recursos del SGSSS.

En ese sentido, las órdenes que se impartieron a los prestadores de servicios de salud en virtud del artículo 125 de la Ley 1438 de 2011, se fundamentaron en las circunstancias particulares evidenciadas en el ejercicio de las funciones de inspección y vigilancia, como lo son las auditorías, para lo cual, estas medidas incluyeron órdenes de cesación provisional de actividades para los Prestadores de Servicios de Salud en situación crítica. Adicionalmente, en abril de 2025, se aplicó una medida sanitaria por condiciones críticas en la atención pediátrica de un vigilado, ordenando la suspensión del servicio de hospitalización pediátrica.

En consecuencia, las medidas fueron adoptadas para proteger la vida y la salud de los usuarios, garantizar la calidad en la prestación de servicios, corregir situaciones críticas que afectaron la atención y promover que los vigilados realizaran mejoras inmediatas. Como resultado, se logró que las instituciones intervenidas implementaran acciones correctivas que elevaron los estándares de seguridad y calidad asistencial, especialmente en servicios sensibles como el de hospitalización pediátrica.

Logro 2. Fortalecimiento de las acciones de inspección y vigilancia sobre la atención a víctimas de accidentes de tránsito y uso del SOAT

La Delegatura para Prestadores de Servicios de salud a través de la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud, durante la vigencia 2025, realizó acciones de inspección y vigilancia a nueve (9) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Empresas de Transporte Asistencial, priorizadas por su gestión en la atención de víctimas de accidentes de tránsito. Estas acciones se complementaron con la participación en mesas técnicas interinstitucionales y mesas de trabajo regionales y departamentales con el fin de que cada entidad desde su competencia, identifique las deficiencias y/o irregularidades que tiene el proceso de atención de víctimas de accidentes de tránsito, con el objeto de reglamentar las características y condiciones generales y técnicas de la póliza SOAT, sus cuantías y amparos, así como los demás aspectos necesarios para el

funcionamiento de dicho seguro; aunado a esto, se suscribió un convenio con la Federación Colombiana de Aseguradores Fasecolda para fortalecer la lucha contra el fraude y la evasión del SOAT.

Las instituciones vigiladas fueron seleccionadas mediante una metodología interna de priorización que incluyó análisis de situaciones atípicas cometidas por los sujetos vigilados que pueden afectar la operación del sistema establecido para la atención de víctimas de accidentes de tránsito, las cuales fueron reportadas por entidades como ADRES, Fasecolda y autoridades territoriales. En este sentido, se evaluó la gestión de los CRUE y SEM, el cumplimiento de la Resolución 926 de 2017 y la Circular Externa 015 de 2016. Asimismo, se documentaron irregularidades como facturación de servicios no prestados, uso de infraestructura inexistente o habilitación irregular de servicios.

Estas acciones permitieron garantizar la atención oportuna y de calidad a las víctimas de accidentes de tránsito, mejorar la operación de los Sistemas de Emergencias Médicas, combatir el fraude y la evasión del SOAT y fortalecer la coordinación entre actores del sistema. Como resultado, se logró mayor articulación institucional, identificación de prácticas indebidas y generación de lineamientos orientados al cumplimiento del derecho fundamental a la salud en contextos de urgencia.

Logro 3. Fortalecimiento de la sostenibilidad financiera y operativa de las Empresas Sociales del Estado ESE a través del Programa de Mejoramiento Institucional (PMI)

La Delegada para Prestadores de Servicios de Salud a través de la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud, realizó seguimiento al Programa de Mejoramiento Institucional (PMI) en 24 Empresas Sociales del Estado (ESE). De estas, 4 culminaron exitosamente su ejecución, 5 se acogieron al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF) y 15 continuaron en seguimiento para 2025, de las cuales 14 cumplieron los objetivos del PMI y fueron categorizadas como entidades sin riesgo por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y 1 de estas, continua en seguimiento. Para el mes de mayo de 2025, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, trasladó a la Superintendencia Nacional de Salud 2 entidades por incumplimiento del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF), las cuales una vez evaluadas respecto a sus condiciones de riesgo actuales, se determinó que una (1) continuaría en seguimiento mediante el Programa de Mejoramiento Institucional (PMI).

Este Programa de Mejoramiento Institucional (PMI), es una herramienta de inspección y vigilancia que ha permitido la identificación, medición, evaluación y control de riesgos financieros y de salud, a partir de los reportes efectuados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público - MHCP a la Superintendencia Nacional de Salud, acerca de los incumplimientos

del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero – PSFF por parte de las ESE, por lo cual, se aplicó un modelo de supervisión basado en riesgos, que incluyó la evaluación continua de indicadores financieros y de prestación de servicios, así como la formulación de planes de mejora, con seguimiento periódico de su ejecución.

Este programa permitió fortalecer la sostenibilidad financiera, operativa y asistencial de las ESE en riesgo, garantizando la continuidad en la prestación de servicios de salud y asegurando que estas entidades cumplan con su misión en los territorios que atienden. Como resultado, la gran mayoría de las instituciones bajo seguimiento lograron estabilizar sus condiciones operativas y fueron reclasificadas como entidades sin riesgo por el Ministerio de Salud y Protección Social, contribuyendo a una red pública hospitalaria más sólida y confiable.

Logro 4. Fortalecimiento de orientaciones Técnicas con enfoque en la Gestión de Riesgos asociados a los eventos de interés Salud Pública

Durante la vigencia 2025, la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud en el marco de las prioridades de salud pública definidas por el Gobierno Nacional frente a la Salud Materna Perinatal, la Seguridad Alimentaria y Nutricional y el Dengue, fortaleció su proceso de seguimiento y evaluación a los vigilados con un enfoque preventivo y de desarrollo escalonado, dirigido a monitorear de manera concurrente la

gestión integral de los riesgos en salud asociados a los eventos de interés en salud pública, con la realización de veinticuatro (24) orientaciones técnicas en los departamentos de Valle del Cauca, Cesar, Córdoba, Guajira, Bolívar, Santander, Tolima, Huila, Antioquia, Chocó, Meta, Norte de Santander, Sucre, Nariño, Atlántico, Risaralda y Magdalena, dirigidas a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas e indígenas, priorizadas por sus indicadores críticos en salud pública, especialmente en mortalidad materna, desnutrición infantil y vigilancia de eventos prioritarios.

La realización de las orientaciones técnicas permitió afianzar el deber del prestador como Unidad Primaria Generadora de Datos - UPGD, igualmente la responsabilidad que les asiste en el cumplimiento de las características del SGSSS y del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en Salud, adicional a ello, se abordaron temas relacionados con la aplicación del Lineamiento de Atención Primaria Integral en Salud, cumplimiento normativo, fortalecimiento de equipos básicos, y acciones correctivas frente a la desnutrición aguda y mortalidad materna, para lo cual se establecieron planes de acción con los prestadores que presentaban mayor número de fallas, realizando seguimiento hasta el cierre efectivo de las acciones de mejora.

Este proceso contribuyó a mejorar la calidad, continuidad y oportunidad de los servicios en salud pública en zonas con alta vulnerabilidad como Chocó y La Guajira. Se evidenció una mayor adherencia del talento

humano en salud al Lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda y una reducción progresiva en las fallas notificadas. Así mismo, permitió generar alertas interinstitucionales con impacto en la toma de decisiones por parte de otras delegadas y entidades como INVIMA y el Ministerio de Salud, promoviendo respuestas integrales desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Logro 5. Fortalecimiento del control sobre la prestación de servicios y la transparencia en el manejo de recursos del SOAT

La Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud, a través de la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud, adelantó acciones de inspección y vigilancia, entre otras, a dos (2) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), en las cuales se evidenciaron falencias en la prestación de los servicios relacionados con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), así como irregularidades en los cobros realizados a las entidades aseguradoras.

Como resultado de las auditorías efectuadas, se impusieron sanciones por valor de \$3.795.000.000 a las instituciones involucradas, garantizando la aplicación efectiva del marco normativo y la recuperación de la confianza institucional en el uso adecuado de los recursos del sistema.

Adicionalmente, durante las labores de verificación se identificaron sobre costos en medicamentos y en material de osteosíntesis, hechos que

fueron trasladados a la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC), entidad que, tras adelantar sus propias investigaciones, impuso las sanciones por valor de \$5.700.000.000 a los responsables.

Estas acciones evidencian el compromiso de la Delegatura con el fortalecimiento del control institucional, la transparencia en la gestión de los recursos del SGSSS y la protección del usuario, contribuyendo a la detección oportuna de prácticas indebidas y al mejoramiento de la calidad y legalidad en la prestación de los servicios asociados al SOAT.

Logro 6. Levantamiento Medida de Vigilancia Especial y desescalonamiento de la Intervención Forzosa Administrativa para Administrar

Durante la vigencia 2025, la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud a través de la Dirección de Medidas Especiales, logró el levantamiento de tres (3) Medidas de intervención forzosa administrativa para administrar, y el Desescalonamiento de una (1) Intervención Forzosa Administrativa Para Administrar a Medida de Vigilancia especial, entidades que fueron citadas anteriormente, un total de 4 entidades enrutadas para la prestación de servicios de salud con criterios de calidad en la atención, mejorando sustancialmente las condiciones de operación y sostenibilidad de dichas ESE del territorio nacional.

- ESE Hospital Local Cartagena de Indias: Se levantó la medida de Intervención Forzosa Administrativa, en virtud de la ampliación de la oferta de servicios de apoyo diagnóstico y disponibilidad de las especialidades básicas, equilibrio financiero con superávit, formalización laboral de 654 personas, disponibilidad de insumos y medicamentos, mejoramiento en la implementación de la política de seguridad del paciente y mejora de las condiciones de infraestructura.
- Hospital San Andrés ESE de Tumaco: Se realizó el levantamiento de la intervención Forzosa Administrativa para administrar, dado que se apertura el servicio de la UCI, mejoramiento en infraestructura , equilibrio operacional , implementación de la ruta de promoción y mantenimiento, estrategias de parto humanizado, es un hospital que hace parte de la Estrategia Hospital Padrino (Fundación Valle del Lili), Alianza Estratégica con la Clínica Imbanaco, UNAL Servicio de Telemedicina, Asignación de recursos del gobierno nacional por \$26.488 millones.
- ESE Hospital Regional San Andrés De Chiriguana-César: Se realizó levantamiento de la medida especial de intervención Forzosa Administrativa para Administrar, en razón al proceso de formalización laboral adelantado, Implementación Ruta Materno Perinatal Resol 3280/18 en Sede Principal y Corregimientos, Creación del Centro Atención Primaria en Salud CAPS en el corregimiento de Rinconhondo, La ESE aportó con éxito al plan de desaceleración de mortalidad por desnutrición en el departamento del Cesar, La estrategia de atención primaria en salud

con la implementación y de los Equipos Básicos de Salud ha sido una experiencia exitosa, Disponibilidad de la UCI ha posicionado a la ESE en el territorio de la región Centro y Sur del Cesar asignación de recursos del gobierno nacional por \$17.455 millones.

Logro 7. Fortalecimiento al seguimiento de proyectos estratégicos y de impacto

Durante el 2025, la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud a través de la Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud, ejecutó el seguimiento técnico y contractual a 4 proyectos de alto impacto nacional, entre ellos 1 buque Hospital Buenaventura, el cual tiene un avance constructivo en más del 90%; 1 buque Hospital de Leticia, y la construcción del hospital ESE Nazareth en la Alta Guajira, del cual se tiene prevista la entrega antes del plazo contractual, y dos negociaciones conjuntas de medicamentos entre 5 y 3 hospitales, logrando ahorros superiores a \$1.286 millones y garantizando la entrega oportuna y posibilidad de devolución antes de su vencimiento.

Se adelantó el proceso de formalización laboral de 1.838 trabajadores, garantizando la estabilidad y continuidad del talento humano. Así mismo, la gestión de asignación de recursos por parte del gobierno nacional destinados a equipos básicos y especializados en salud por \$92.115 millones, y de \$316.267 millones para Infraestructura y dotación,

transporte especial, saneamiento de pasivos, fortalecimiento de servicios y atención de partos.

Estas acciones permitieron mejorar y acercar a la comunidad a los servicios de salud en zonas de difícil acceso, como la Alta Guajira, el Amazonas y el Pacífico, mediante soluciones innovadoras como hospitales flotantes y obras hospitalarias en territorio. Además, el modelo de negociación conjunta fortalece la sostenibilidad financiera hospitalaria, mejora el uso de los recursos públicos y promueve sinergias regionales en compras estratégicas. Todo lo anterior, tiene impacto directo en los derechos de la población más vulnerable del país, garantizando servicios oportunos, continuos y de calidad.

Logro 8. Implementación de herramienta para el seguimiento técnico y operativo a las Empresas Sociales del Estado ESE bajo medida especial

La Delegada para Prestadores de Servicios de Salud a través de la Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud desarrolló, consolidó e implementó una herramienta de monitoreo institucional (Tablero de control), compuesta por 38 indicadores de gestión, con el propósito de realizar un seguimiento integral, periódico y basado en evidencias a las Empresas Sociales del Estado E.S.E bajo medida especial. Esta herramienta permite la evaluación

multidimensional del desempeño institucional, incorporando criterios técnicos, jurídicos y financieros, así como alertas tempranas.

Estos indicadores de gestión se estructuraron en tres dimensiones: Técnico-científico, en la cual se monitorea la calidad, oportunidad, continuidad y pertinencia de la atención en salud; Jurídica, que analiza el cumplimiento normativo, gestión de acciones judiciales, derechos fundamentales y planes de mejoramiento y Administrativo-financiera, indicadores que evalúan flujo de recursos, ejecución presupuestal, procesos contractuales, cartera y la sostenibilidad financiera y operativa de la entidad.

Con esta herramienta, se fortaleció la capacidad institucional para la toma de decisiones estratégicas, facilitando el enfoque preventivo, la identificación de avances, la priorización de acciones correctivas y la articulación interinstitucional requerida para abordar contextos complejos, como aquellos que afectan a territorios dispersos, grupos étnicos o poblaciones con alta vulnerabilidad nutricional y sanitaria.

3.4. Delegatura para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS

Desde la Delegatura para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la gestión se orientó al fortalecimiento de las capacidades institucionales de las entidades

territoriales, promoviendo una gobernanza más efectiva, articulada y resolutive en los territorios. Las acciones se enfocaron en los ejes de prestación de servicios, aseguramiento, salud pública y financiamiento, contribuyendo a una administración más transparente, eficiente y orientada a la garantía del derecho fundamental a la salud.

En coherencia con el enfoque estratégico de la Superintendencia Nacional de Salud, se impulsó la transformación de las Direcciones Regionales hacia un modelo de gestión resolutive, mediante una articulación permanente con las Delegadas misionales, con el propósito de fortalecer la capacidad de respuesta institucional y la atención oportuna de las situaciones identificadas en territorio.

Adicionalmente, a finales de 2025 se dio inicio al liderazgo de la estrategia de territorialización de la Superintendencia Nacional de Salud, orientada a articular y coordinar de manera integral las actuaciones institucionales en los territorios, potenciando su impacto y efectividad.

La estrategia adopta un enfoque territorial y resolutive, basado en la priorización de territorios críticos, la articulación de capacidades institucionales y la intervención sobre problemáticas estructurales del sistema de salud, a partir del análisis de indicadores de salud, gestión del riesgo y desempeño institucional. Su desarrollo se materializa a través de las Mesas de Análisis Territorial (MAT), concebidas como espacios técnicos para el análisis integral y articulado de eventos priorizados —como

mortalidad materna, mortalidad infantil y otros eventos críticos— que soportan la toma de decisiones oportunas y basadas en evidencia.

Frente a las acciones de inspección y vigilancia desarrolladas desde la Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, se presentaron avances importantes en las auditorías, las Mesas de Inspección y Vigilancia y demás instrumentos aplicados, los cuales se presentan a continuación.

Auditorías

Durante el 2025 se adelantaron 20 auditorías, 15 corresponden a Entidades territoriales y 5 auditorías a Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS.

Las auditorías realizadas abarcaron distintos componentes del sistema de salud. Desde las Direcciones Regionales se evaluaron el aseguramiento, la prestación de servicios, el financiamiento y la salud pública. El Grupo de Inspección y Vigilancia en Salud Pública enfocó su labor, incluyendo el PSPIC, PAI, vida saludable, enfermedades transmisibles, salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, calidad del agua y el cumplimiento de la Sentencia T-302 de 2017 y sus autos.

Se destacan las auditorías con poblaciones especiales como población indígena, víctimas del conflicto armado y personas con discapacidad y las de Sistema Único de Habilitación - SUH.

Finalmente, la Dirección de Inspección y Vigilancia a Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos supervisó el cumplimiento de las normas de salud en juegos de azar y empresas de licores, así como la generación, transferencia, recaudo y fiscalización de los recursos del SGSSS y las rentas cedidas.

Mesas de Inspección y Vigilancia

Para la vigencia 2025 se realizaron setenta y nueve (79) mesas de inspección y vigilancia, de las cuales veintidós (22) tuvieron por objeto identificar las acciones adelantadas por las entidades territoriales para prevenir y controlar la Fiebre Amarilla en la jurisdicción, en el marco de lo establecido normativamente en la Circular Externa 012 de 2025 y desde la perspectiva de la gestión integral del riesgo. A continuación, se mencionan los territorios en los que se desarrollaron las mesas de IV.

Tabla 141 Mesas IV realizadas durante la vigencia 2025.

Departamento	Municipios atendidos
Amazonas	Leticia
Antioquia	Cáceres, Cañasgordas, Guarne, Medellín, Tarso, Turbo
Arauca	Arauca, Saravena
Atlántico	Sabanagrande
Bolívar	Mahates, Villanueva
Boyacá	Chitaraque, Cubará, Gámeza, Iza, Sotaquirá
Caldas	Anserma, Manzanares, Marmato, Neira, Risaralda
Caquetá	San Vicente del Caguán
Casanare	San Luis de Palenque
Cauca	Caloto, López de Micay, Piamonte, Popayán

Cesar	Bosconia, González
Chocó	Bagadó, Bojayá, Tadó
Córdoba	Montería, San Antero, Tierralta
Cundinamarca	Girardot, Madrid
Huila	Aipe
La Guajira	Albania
Magdalena	Ciénaga, Santa Ana
Meta	Granada, La Macarena, Puerto Gaitán, Puerto López, San Carlos de Guaroa, San Martín, Villavicencio
Nariño	Barbacoas, Magüí Payán, Olaya Herrera, Sandoná, Túquerres
Norte de Santander	Chitagá, Cúcuta, El Tarra, Toledo
Quindío	Armenia
San Andrés y Providencia	San Andrés
Sucre	Guaranda
Tolima	Ataco, Coyaima, Cunday, Dolores, El Guamo, Ibagué, Icononzo, Palocabildo, Prado, Purificación, Saldaña, Villarrica
Valle del Cauca	Ansermanuevo, Dagua, Sevilla
Vaupés	Mitú
Vichada	Cumaribo, Puerto Carreño

Fuente: Elaboración propia Delegatura para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Mesas de Gobernanza

Se realizaron cuarenta y un (41) mesas de gobernanza a las entidades territoriales en donde se identificaron los riesgos a partir del nivel de desempeño municipal, generando compromisos por parte de los vigilados en los componentes de aseguramiento, financiamiento, prestación de servicios de salud y salud pública con el propósito de mejorar los

indicadores territoriales. Dentro de las mesas IV realizadas se encuentran:

Tabla 142 Mesas IV vigencia 2025

Departamento	Municipios atendidos
Atlántico	Suan
Boyacá	Socha
Cauca	Guapi
Cesar	Becerril, Tamalameque
Chocó	Quibdó, Lloró
Huila	Acevedo
La Guajira	Fonseca
Magdalena	Salamina, Pueblo Viejo, Remolino
Norte de Santander	Pamplona
Vaupés	Mitú
Arauca	Arauca
Putumayo	Orito, San Miguel, Valle del Guamuez
Risaralda	Pueblo Rico
Valle del Cauca	Buenaventura
Nariño	Tumaco

Fuente: Elaboración propia Delegatura para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Por su parte la Dirección de Inspección y Vigilancia para Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, realizó 6 mesas de gobernanza sobre rentas cedidas en los siguientes departamentos: La Guajira, Cesar, Tolima, Caquetá, Arauca, Vaupés, Guaviare y Nariño.

Acciones Integrales en Territorio

Se realizaron diecisiete (17)³ Acciones Integrales en Territorio- AIT, con el propósito de verificar el cumplimiento de las responsabilidades y competencias de los vigilados en el marco de las actividades que lo componen (Mesa Inspección y Vigilancia, Listas de Verificación Rápida, Jornadas de Atención al Usuario), como resultado se abordaron en la mesa de trabajo las problemáticas identificadas con el fin de establecer planes de mejoramiento. A continuación, se presentan las trece (13) AIT realizadas:

Tabla 143 Acciones Integrales en Territorio vigencia 2025

Departamento	Municipios con AIT
Antioquia	Turbo
Bolívar	Magangué
Caquetá	San Vicente del Caguán
Cauca	Popayán
Cundinamarca	Pacho
Magdalena	Santa Ana
Meta	Puerto López
Nariño	Olaya Herrera
Norte de Santander	Cúcuta, Villa del Rosario
Santander	Vélez
Valle del Cauca	Sevilla
Chocó	Istmina

Fuente: Elaboración propia Delegatura para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

³ De las 17, 4 correspondieron a seguimientos.

Red de Controladores

La Red de Controladores genera un escenario colaborativo, donde se desarrollan prácticas de Inspección, Vigilancia y Control complementarias, tendientes a abordar los principales problemas del sector salud en articulación y coordinación de las instituciones presentes en el territorio.

Durante el 2025, se activó la Red de Controladores en quince (15) departamentos del país: Caldas, Risaralda, Quindío, Magdalena, La Guajira, Bolívar, Atlántico, Boyacá, Huila, Vichada, San Andrés, Putumayo, Vaupés, Valle del Cauca y Tolima.

Entre los ejes temáticos de mayor relevancia abordados durante la Red de Controladores, el que generó mayor impacto fue la dispensación de medicamentos, seguido por los procesos de referencia y contrarreferencia, la problemática de desnutrición en menores de cinco años, y el funcionamiento de los laboratorios de salud pública

Vigilancia en Salud Pública

Acciones Frente a la Morbimortalidad Por Desnutrición En Niños Y Niñas Menores De 5 Años

En el 2025, se llevó a cabo el seguimiento a los planes de acción formulados a partir del requerimiento dirigido a las cuarenta y tres (43) entidades territoriales departamentales y distritales, a través del cual la delegatura solicitó en la vigencia anterior las "Acciones de vigilancia,

inspección y control frente a la adherencia al "Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad" Resolución 2350 de 2020, para la vigencia 2023, y el análisis de mortalidad integrada en menores de cinco años para la vigencia 2024.

Como resultado del seguimiento efectuado, se evidencia un avance positivo en la ejecución de las actividades establecidas en los planes de acción, lo que a su vez ha permitido el fortalecimiento de las capacidades institucionales de inspección y vigilancia de las entidades territoriales en lo referente al abordaje integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños menores de 5 años.

Plan de Desaceleración de la Mortalidad por Desnutrición Aguda en Niños Menores de 5 Años.

En lo corrido del 2025, se participó en 192 Comités Departamentales de seguimiento a la desnutrición, en el marco del Plan de desaceleración para la reducción de la mortalidad por desnutrición liderado por el MSPS y las Secretarías Departamentales de Salud, y que cuenta con la participación de ICBF, EAPB y prestadores de servicios de salud que operan en los 12 departamentos priorizados. El propósito de estas reuniones es identificar alertas y generar la respuesta oportuna a las situaciones que ponen en riesgo la salud de los niños notificados por desnutrición aguda.

Se realizó Mesa de IV en el departamento de Vichada con el objeto de hacer seguimiento y monitoreo al cumplimiento de las funciones de dirección y coordinación del SGSSS atribuidas a la entidad territorial. También en esta entidad territorial, cuyos indicadores de desnutrición en menores de 5 años lo ubica en los primeros lugares en prevalencia en el país.

Mesas de Inspección y Vigilancia en el Marco del Seguimiento a “Plan De Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna”

En seguimiento al plan se propuso metodología de intervención a las entidades territoriales, prestadores y aseguradores donde se incluye la elaboración de un instrumento de seguimiento por parte de cada componente y el desarrollo de una agenda conjunta con aseguradores y prestadores. A partir de esto se desarrollaron las siguientes mesas de IV:

- Secretaría Departamental del Vichada: se generaron un total de 16 alertas frente a las situaciones identificadas
- Secretaría Departamental del Antioquia: Se generan un total de 20 alertas frente a las situaciones identificadas

Por otra parte, se realizó seguimiento a las acciones acordadas Mesas de Inspección y Vigilancia desarrollada con la secretaria Departamental de Salud de la Guajira, donde más del 50% de los diez (10) compromisos se encontraron en gestión deficiente.

Traslado a investigaciones administrativas:

Posterior a la revisión de los incumplimientos a los compromisos remitidos por el MSPS frente a las responsabilidades del “plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna”, así como los presentados en el seguimiento a las mesas de inspección y vigilancia, se realiza proceso de traslado de las siguientes entidades territoriales.

Tabla 144 Traslado a Investigaciones Administrativas

TRASLADO A INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS	ENTIDAD TERRITORIAL
Solicitud de apertura de investigación administrativa a la Gobernación de La Guajira-Secretaría Departamental de Salud, por incumplimientos identificados en mesa de inspección y vigilancia respecto a sus responsabilidades frente a la notificación de veintidós (22) casos de mortalidad materna durante el año 2024.	SDS Guajira
Solicitud de apertura de investigación administrativa a la Gobernación de Antioquia-Secretaría Seccional de Salud, por incumplimientos identificados en la gestión respecto a sus responsabilidades frente a la notificación de dieciséis (16) casos de mortalidad materna durante el año 2024.	SDS Antioquia
Solicitud de apertura de investigación administrativa a la Gobernación de Córdoba-Secretaría de Desarrollo de la Salud, por incumplimientos identificados en la gestión respecto a sus responsabilidades frente a la notificación de siete (7) casos de mortalidad materna durante el año 2024.	SDS Córdoba
Solicitud de apertura de investigación administrativa a la Gobernación de Magdalena-Secretaría Seccional de Salud, por incumplimientos identificados en la gestión respecto a sus responsabilidades frente a la notificación de cinco (5) casos de mortalidad materna durante el año 2024.	SDS Magdalena
Solicitud de apertura de investigación administrativa a la Gobernación de Chocó-Secretaría Departamental de Salud, por incumplimientos identificados en mesas de inspección y vigilancia en relación con las competencias de la entidad territorial frente a la mortalidad materna, mortalidad por desnutrición, vigilancia de la calidad del agua y la gestión en salud pública de la malaria	SDS Chocó

Fuente: Elaboración propia Delegatura para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Infecciones de Transmisión Sexual

Se realizó requerimiento de información a 36 entidades territoriales departamentales y distritales, frente a Salud Sexual y Reproductiva (SSR), con relación a los eventos de sífilis gestacional, sífilis congénita, VIH/SIDA y Hepatitis B. Con la información obtenida, se generó advertencia de cumplimiento de competencias y obligaciones frente a la gestión integral del riesgo a 34 entidades territoriales. De igual manera se identificó las ET departamentales y distritales críticas con la finalidad de ser incluidas en el ejercicio de auditoria proyectada para el año 2026.

Enfermedades Transmitidas por Vectores (dengue, malaria y fiebre amarilla)

Durante el año 2025, se ha fortalecido la gestión frente al control de la fiebre amarilla mediante la realización de mesas de inspección y vigilancia y mesas técnicas de trabajo, tanto presenciales como virtuales, interviniendo la totalidad de las entidades territoriales y concentrando las acciones principalmente en los territorios con mayor nivel de riesgo, como los departamentos de Tolima, Huila, Meta y Putumayo. Algunas de estas mesas fueron desarrolladas en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Instituto Nacional de Salud (INS), lo que permitió coordinar acciones de

respuesta, seguimiento a los equipos vacunadores y verificación del cumplimiento de la Circular 012 de 2025 y la Resolución 691 de 2024.

En el marco de la situación en Salud Pública por Fiebre Amarilla, se han realizado las siguientes acciones en departamentos y municipios con circulación viral:

- Se realizó mesa de inspección y vigilancia en articulación con MSPS y OPS en el departamento de Arauca para verificar línea estratégica 3 de la circular 012/2025, la cual se encuentra en seguimiento.
- Se realizó mesa de trabajo con el municipio de Cubará en el marco de sus responsabilidades y cumplimiento de la vigilancia de los eventos de Interés en salud pública de su jurisdicción, la cual se encuentra en seguimiento. Se han impartido instrucciones orientadas al obligatorio cumplimiento de las normas emitidas desde el orden nacional por parte de las entidades territoriales con relación al control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores ETV's (Dengue, Malaria y Fiebre Amarilla).
- Se realizaron treinta y dos (32) Mesas con entidades territoriales departamentales y tres (3) distritales, con el objetivo de verificar el cumplimiento de sus responsabilidades, de acuerdo con lo establecido en la Circular 012 y la Resolución 691 de 2025. Estas mesas se desarrollaron en el marco de la línea estratégica de promoción de la salud y prevención primaria mediante la

vacunación, con el fin de reducir la transmisión y morbilidad del brote de fiebre amarilla presente en sus jurisdicciones.

- Se realizaron mesas de inspección y vigilancia y mesas técnicas de trabajo presenciales en los Departamento de Tolima, Meta y Arauca y en los municipios de Cubará (Boyacá) y Girardot (Cundinamarca), con el objetivo de verificar la gestión del Programa Ampliado de Inmunización – PAI para alcanzar coberturas útiles del esquema regular y, de manera específica, para el evento de Fiebre Amarilla.
- En el mes de diciembre se realizó mesa técnica de cierre y seguimiento al departamento de Tolima, para verificar el cumplimiento de responsabilidades territoriales de la Secretaría de Salud en la vigencia 2025, de acuerdo con lo establecido en la Circular 012 y la Resolución 961 de 2025.
- Se construyó un video informativo sobre la fiebre amarilla, en el cual se explica qué es la enfermedad, su circulación en el corredor endémico y la importancia de la vacunación como principal medida de prevención. Este video alcanzó 6.230 visualizaciones y puede ser consultado en <https://www.youtube.com/watch?v=qi9X4X4jp4A>.
- Se realizaron seis (6) mesas de Inspección y Vigilancia presenciales en los Departamento de Quindío, Tolima, Meta y Arauca; así como en los municipios de Cubará (Boyacá) y Pacho (Cundinamarca), con el objetivo de verificar la gestión del Programa Ampliado de Inmunización – PAI.

- Se participó en seis (6) Puestos de Mando Unificado del departamento del Tolima: un (1) Puesto de Mando Unificado del departamento de Caldas - municipio de Neria; dos (2) puestos de Mando Unificado del orden Nacional; tres (3) Comités Estratégicos de Salud Pública del MSPS; y un (1) Simposio de Fiebre Amarilla del departamento del Tolima.

Estas acciones permitieron evaluar el cumplimiento de las responsabilidades por parte de las entidades territoriales, generar de planes de acción y realizar seguimiento a los mismos, con el fin de los actores del SGSSS alcancen coberturas útiles del esquema regular de vacunación, y de manera específica, a fortalecer la respuesta frente al evento de Fiebre Amarilla.

Mesas en el marco de la alerta epidemiológica por Tosferina (Coqueluche)

Se realizaron once (11) mesas de Inspección y Vigilancia en el marco de la Circular Externa Conjunta 0011 de marzo de 2025 dirigidas a: Distrito de Bogotá; municipio de Madrid (Cundinamarca); Anserma (Caldas); Caldono (Cauca); Bagadó, Bojayá y Tadó (Chocó); Tierralta (Córdoba); Ciénaga (Magdalena); Puerto Gaitán (Meta); y Mistrató (Risaralda).

Salud Mental

Frente al tema de salud mental se destacan las siguientes acciones realizadas desde la Delegatura para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS:

- Realización y envío a 38 entidades territoriales del informe de análisis del reporte de las entidades territoriales de la Circular Externa 002 de 2018 correspondiente a la vigencia 2024.
- Realización y envío de requerimiento a cuatro entidades territoriales sobre la realización de mesa de trabajo técnica dado el no cumplimiento de reporte de acuerdo con la Circular 002 de 2018.
- Realización y envío a 44 entidades territoriales de alertas epidemiológicas críticas e instrucciones estratégicas y técnicas integradas para la implementación territorial de la Ley 2460 de 2025 y el Decreto 729 de 2025.
- Diseño de propuesta de articulación técnica interinstitucional en el marco de la Ley 2460 y el Decreto 729 de 2025.
- Realización y envío a entidades territoriales de instrucciones frente al análisis del comportamiento y la gestión de los eventos de interés en salud pública (Intento de suicidio y violencia de Violencia de género e intrafamiliar y ataques con agentes químicos).

Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas-PSPIC:

La Delegatura para Entidades Territoriales y GRAR del SGSSS ha realizado acciones de inspección y vigilancia en el marco de sus competencias a la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones

Colectivas. A continuación, se relacionan las gestiones adelantadas durante la vigencia 2025:

- Construcción de la herramienta para el monitoreo y evaluación en articulación con el MSPS (Resolución 1597 de 2025): se viene adelantando mesas técnicas de trabajo entre el MSPS y la Supersalud, con el propósito de construir los criterios de monitoreo y evaluación de la Gestión Territorial Integral en Salud Pública, con el fin de lograr evaluar el proceso de manera integral, facilitando a todos los actores involucrados el seguimiento al cumplimiento de las metas de resultado establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública y al Plan Territorial de Salud – PTS.

En cumplimiento del plan de trabajo se realizaron pruebas documentales y se tiene programado para el 2026 hacer prueba piloto en campo, expedir el acto administrativo e iniciar su implementación.

- Priorización PSPIC en acciones de IV 2025: se priorizó el abordaje de esta temática con el propósito de fortalecer la gobernanza, la apropiación conceptual y evaluar el cumplimiento, según el caso, en Mesa de Inspección y Vigilancia en el departamento de Antioquia, Acciones Integrales en el Territorio con las provincias de Rionegro y del Alto Magdalena, Mesa de fortalecimiento hacia la gobernanza con la provincia de Sumapaz y en 100% de las Mesas de fortalecimiento de Inspección y Vigilancia ejecutadas.

- Seguimiento a la oportunidad en la contratación de las acciones del PSPIC a través de SECOP: se efectuaron 1.635 búsquedas en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública (SECOP). De estas, se revisaron un total de 554 contratos correspondientes a los departamentos, 21 contratos de los distritos y 1.057 contratos de los municipios. Esta revisión se toma como fuente de consulta para generar las alertas a las entidades territoriales y toma de decisiones para las acciones de IV.
- Requerimiento de información sobre la contratación de las acciones del PSPIC: tomando como consulta la búsqueda a la que hace referencia el punto anterior e informe remitido por el Ministerio de Salud y Protección Social, se priorizaron 15 entidades territoriales a las que se requirió por no contar con información referente a la contratación, de igual forma se remitieron solicitud a 34 entidades territoriales debido a que los soportes de contratación publicados en el SECOP no dan cuenta de los recursos asignados en el SGP.

Seguimiento a los Laboratorios de Salud Pública Departamentales- LSPD

Durante la vigencia 2025, Se realizaron seis (6) mesas técnicas de trabajo presenciales con las Entidades Territoriales de Córdoba, Magdalena, Caldas, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Cesar y Cauca, con el objetivo de verificar el cumplimiento de sus

responsabilidades frente a la operación del Laboratorio de Salud Pública de su jurisdicción.

Así mismo, se emitió requerimiento a las treinta y tres (33) entidades territoriales sobre las responsabilidades frente al envío de muestras de fiebre amarilla al Instituto Nacional de Salud.

Seguimientos Específicos: Sentencia T – 302 de 2017 -La Guajira.

Durante la vigencia 2025 se realizó un seguimiento en campo y 2 seguimientos documentales a los planes de mejoramiento producto de las auditorías específicas llevadas a cabo en la vigencia 2024 a las entidades territoriales de La Guajira, Riohacha, Uribia, Maicao y Manaure cuyo objeto fue Verificar el cumplimiento de las funciones, competencias, obligaciones y responsabilidades del Departamento de La Guajira- Secretaría Departamental de Salud, Distrito de Riohacha, Municipios de Manaure, Maicao y Uribia frente al cumplimiento de las ordenes de la Sentencia T302 de 2017 y sus Autos 696 de 2022, 1290 de 2023, 310 y 311 de 2024 así como las acciones desarrolladas en atención a la circular Externa 2023151000000015-5 de 17-11-2023, en los componentes Administrativos, de Salud Pública, Aseguramiento, Prestación de Servicios y Financiamiento durante el periodo comprendido entre el 01 agosto de 2023 al 30 de septiembre de 2024.

Inspección y vigilancia (IV) al acceso y garantía a la calidad de las Entidades Territoriales

Mesas Técnicas de Fortalecimiento de Competencias de IV de las ET (MTF)

Las mesas técnicas son espacios participativos liderados por la Superintendencia Nacional de Salud, en los que asisten representantes de las entidades territoriales, vigilados de este ente de control, cuyo propósito es monitorear y verificar el cumplimiento de sus funciones, competencias y obligaciones, mediante un proceso dinámico que permite evaluar y socializar resultados obtenidos de acciones de inspección y vigilancia, lo que contribuye con el fortalecimiento de las facultades de dirección, coordinación y vigilancia del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS, por parte de las entidades territoriales.

Con un cumplimiento del 100%, se llevaron a cabo las 11 Mesas Técnicas de Fortalecimiento previstas para 2025, registrando un promedio de 151 asistentes por jornada, que a continuación se detallan:

Tabla 145 Mesas Técnicas de Fortalecimiento realizadas en la vigencia 2025

n	Regional	Fecha de realización	Asistentes día 1	Asistentes día 2	Asistentes día 3
1	Centro	Mayo 15 al 16	278	249	-
2	Nororiental	Octubre 01 al 02	187	266	183
3	Norte	Octubre 01 al 02	100	132	109
4	Norte	Octubre 15 al 17	92	131	123

n	Regional	Fecha de realización	Asistentes día 1	Asistentes día 2	Asistentes día 3
5	Orinoquia	Octubre 21 al 23	115	139	133
6	Caribe	Octubre 22 al 24	80	100	102
7	Nororiental	Octubre 29 al 31	156	171	131
8	Andina	Noviembre 05 al 07	206	255	240
9	Andina	Noviembre 12 al 14	105	138	158
10	Occidental	Noviembre 19 al 21	122	183	68
11	Sur	Noviembre 26 al 28	88	109	89
Promedio de asistentes por día					151

Fuente: Elaboración propia Delegatura para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Auditorías Gaudi

Durante la vigencia se expidieron las Circulares No. 2025500030000003-5 del 21 de febrero y No. 2025151000000005-5 del 3 de junio de 2025, con el fin de modificar y actualizar la Circular Externa 001 de 2020.

En consonancia con lo anterior, se desarrolló la “Guía de Auditoría Institucional GAUDI V5”, para lo cual se realizaron los ajustes correspondientes al aplicativo, adaptándolo a esta nueva versión. Adicionalmente, se brindó soporte técnico a los auditores de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales.

Así mismo, se gestionaron los accesos a la plataforma, efectuando la creación de 1.820 usuarios y la inactivación y ajuste de 45 cuentas. De igual manera, se adelantó la gestión administrativa para la cancelación de 195 auditorías por inconsistencias en el cargue de la información.

Frente a los procesos de capacitación, se ejecutaron jornadas a nivel nacional en los meses de marzo y julio con una participación de 474 y 2703 personas respectivamente, en donde se aclararon inquietudes en lo relacionado con el uso de la plataforma y la guía de auditoría institucional Gaudi V5. Adicionalmente, se realizaron mesas de trabajo focalizadas para resolver inquietudes y fortalecer la gestión local con la Secretaría de Salud del Caquetá y la Secretaría de Salud de Sucre.

Durante el primer semestre de 2025, las entidades territoriales realizaron las auditorías GAUDI, evaluando la gestión correspondiente a la vigencia 2024. Como resultado a nivel nacional, las siguientes EPS obtuvieron una calificación baja, con un cumplimiento inferior al 50 % de sus obligaciones en la prestación de servicios de salud a su población afiliada: Aliansalud, Asmet Salud, AIC, Cajacopi Atlántico, Capital Salud, Capresoca, Comfaoriente, Comfenalco Valle, Compensar, Coosalud, Emssanar, Sura, Famisanar, Mallamas EPSI, Nueva EPS, Pijaos Salud EPSI, Savia Salud y Servicio Occidental de Salud (EPS SOS).

Mediante la Circular Externa 2025151000000005-5 del 3 de junio de 2025, se emitieron las directrices para la aplicación de la Guía de Auditoría Institucional GAUDI V5. En desarrollo de esta disposición las entidades territoriales distritales y municipales realizaron y finalizaron 4.751 auditorías del primer semestre de la vigencia 2025.

Como resultado de este ejercicio, a nivel nacional se evidenció un cumplimiento bajo del 18%, frente a la evaluación de los 12 criterios asociados a los estándares de prestación de servicios de salud, la garantía de las actividades establecidas en la Resolución 3280 de 2018, en las Rutas de Promoción y Mantenimiento de la Salud y Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, por parte de las EPS que cuentan con capacidad autorizada en cada jurisdicción.

Dando continuidad al proceso y de conformidad con los plazos establecidos en la citada Circular, la evaluación correspondiente al segundo semestre de 2025 se ejecutará en el primer semestre del 2026.

Verificación de la capacidad de respuesta de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres – CRUE

Como medida preventiva ante el período de alta afluencia de Semana Santa, durante la vigencia 2025 se aplicaron listas de verificación rápida para evaluar la capacidad de respuesta ante posibles eventos catastróficos de ocho (8) Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE) en los departamentos del Meta, Sucre, Caldas, Chocó, Casanare, San Andrés, Córdoba y Distrito de Barrancabermeja.

La evaluación se centró en cuatro componentes clave: organización, financiación, operación y funcionamiento. El análisis comparativo con los resultados de 2024 arrojó una mejora significativa en el 90% de los CRUE

evaluados en cuanto al cumplimiento de sus obligaciones. No obstante, se identificó un descenso en el cumplimiento en el CRUE del Archipiélago de San Andrés, cuyo cumplimiento disminuyó del 42,86% en 2024 al 25,57% en la presente vigencia.

Verificación de la capacidad de respuesta del Sistema de Emergencias Médicas –SEM

Durante la vigencia 2025, se aplicaron listas de verificación rápida a dieciséis (16) Sistemas de Emergencias Médicas (SEM). La evaluación priorizó a municipios de categoría uno y especial, distritos y al departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Catalina en los municipios de Bello, Floridablanca, San Andrés, Villavicencio, Tunja, Chía, Funza, Mosquera, Sabaneta, Soacha, Valledupar, Barrancabermeja, Neiva, Cúcuta, Yumbo y Yopal.

El análisis comparativo revela una mejora sustancial en el desempeño general de los SEM evaluados. El promedio de cumplimiento ascendió del 29,2% en 2024 al 59,54% en 2025, lo que representa un incremento significativo.

- SEM con Mejora Significativa: Yumbo, Cúcuta, Neiva, Valledupar, Soacha, Mosquera, Funza, Chía, Tunja, Villavicencio y Floridablanca demostraron un avance notable en el cumplimiento de sus obligaciones funcionales.

- SEM con oportunidades de mejora persistentes: Yopal, San Andrés, Barrancabermeja y Bello no presentaron mejoras en la operación de su SEM respecto a la **vigencia anterior**.

Seguimiento a la formulación y ejecución de los Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención - PAMEC

Se realizó el análisis del archivo ST003, herramienta clave para el seguimiento de la formulación y ejecución de los Planes de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) en los prestadores de salud del país. De las 38 Entidades Territoriales (ET) obligadas a reportar, se destacó un alto compromiso administrativo con un 95 % de cumplimiento oportuno (36 entidades), mientras que el 5 % (Amazonas y Vichada) realizó la entrega de forma extemporánea.

Tabla 146 Seguimiento al PAMEC vigencia 2025-DETRARS

Nivel de Gestión	Cumplimiento	Entidades Territoriales
Excelente	> 85%	Barranquilla, Bolívar, Boyacá, Chocó, Guainía, Magdalena, Meta, Putumayo, San Andrés, Tolima, Valle del Cauca, Vaupés y Vichada.
Buena	50,1% - 85%	Arauca, Bogotá D.C., Buenaventura, Caquetá, Casanare y Guaviare.
Regular	30,1% - 50%	Cesar, Caldas, Huila, Nariño, Norte de Santander y Risaralda.
Deficiente	≤ 30%	Amazonas, Antioquia, Atlántico, Cundinamarca, Quindío, Cali, Cauca, Cartagena, Sucre, Santa Marta y Santander.

Fuente: Elaboración propia Delegatura para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

El nivel de cumplimiento general alcanzó el 57 % en las acciones de inspección y vigilancia del PAMEC ejecutadas por las entidades territoriales, evidenciando un desempeño favorable en la gestión y seguimiento del programa a nivel nacional.

Sistema de información para la Calidad

Resultado de la revisión y análisis de la información suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social frente al Porcentaje de IPS por departamento y distrito que realizaron reporte al Sistema de Información para la Calidad en el 2024, se concluyó que de las 10.888 IPS habilitadas en el País para la vigencia 2024 el 86.48% (9416) reportaron a la plataforma PISIS del MSPS reflejando un cumplimiento al reporte moderado.

El cumplimiento de reporte de las IPS por departamento y distrito evidencia que de las 38 entidades territoriales evaluadas el 53% (20) de tuvieron un cumplimiento moderado, el 34% (13) con un cumplimiento alto en el reporte, el 8% (3) Atlántico, Buenaventura y Santa Marta presentaron un cumplimiento bajo y el 5% tres (2) Chocó y Magdalena presentaron un cumplimiento muy bajo.

Por lo anterior, se realizó requerimiento de información a treinta y ocho (38) entidades territoriales de los órdenes departamental y distrital solicitando remitir informe que contenga las acciones de seguimiento y

monitoreo realizadas al reporte de indicadores de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud habilitados en su jurisdicción para la vigencia 2024.

Por otra parte, revisado el archivo ST004 de la base de datos RVCC que se lleva en esta Superintendencia, se encontró que de las 38 entidades territoriales el 87% (33) realizaron el reporte de información para el periodo evaluado, equivalente a un cumplimiento moderado frente a la aplicación de la Circular 012 de 2016. Sin embargo, es importante mencionar que el 13% (5) no realizaron el reporte Atlántico, Córdoba, Guaviare, La Guajira y Vichada.

Acerca de las acciones de Inspección y Vigilancia realizadas por las entidades territoriales a las IPS de su jurisdicción frente al Sistema de Información para el monitoreo de la Calidad reportadas en el Archivo Tipo ST004 de la Circular Externa 0012 del 2016, se evidencio que con un porcentaje de cumplimiento del 39% (15) presentaron un desempeño alto, el 26% (10) con un desempeño muy bajo, con desempeño bajo el 24% (9) y con un desempeño moderado el 10,5% (4).

1. Seguimiento frente al cumplimiento en la aplicación de la Encuesta de SISBEN IV.

Con el fin de realizar el seguimiento al cumplimiento de las entidades territoriales municipales en la aplicación de la encuesta Sisbén IV, se dio continuidad al proceso de actualización de la herramienta Power BI, cuya

información es extraída de la página de cifras de afiliación en salud del Ministerio de Salud y protección Social. Esta plataforma, cuyo desarrollo inició en agosto de 2023, sirve como la fuente principal de consulta y análisis para el nivel central y las Direcciones Regionales de la Superintendencia Nacional de Salud.

Principales Hallazgos:

- Consolidado Nacional: con corte a diciembre de 2025, se evidenció un total de 26.672.110 afiliados al régimen subsidiado, donde 5.728.678 (21%) no cuentan con la encuesta Sisben IV.
- Las entidades territoriales que presentan un porcentaje elevado de población del régimen subsidiado sin aplicación de la encuesta Sisben IV son: Amazonas con 39.893 personas (68%), Guainía 37.433 (78%), Vaupés 22.580 (80%) y Vichada 49.446 (65%).
- A nivel nacional, se identificó un total de 2.410.396 (9%) personas registradas como población especial.
- Concentración Territorial: Se observó que ciertos departamentos presentan una concentración particularmente elevada de población especial, lo que refleja una alta presencia de comunidades indígenas, como lo son: La Guajira, Cauca, Amazonas, Vaupés y Guainía y Chocó.

Seguimiento al cumplimiento en la conformación y estructura de la Dirección de la Junta Directiva de las ESES.

Se solicitó información a cuarenta y dos (42) Entidades Territoriales departamentales y distritales, con el fin de validar la conformación y el funcionamiento de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado (ESE) en sus respectivas jurisdicciones. Se obtuvo respuesta de 38 entidades (90,4%), mientras que 4 (9,5%) no remitieron la información solicitada.

De un total de 934 ESE habilitadas en el país, se recibió y consolidó información actualizada de 798 instituciones, lo que equivale a una cobertura del 86% del universo total.

Una consulta en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) el 18 de febrero de 2025, reveló que los distritos de Tumaco y Riohacha no cuentan con ESE habilitadas a su nombre. Las instituciones de estas áreas pertenecen administrativamente a los departamentos de Nariño y La Guajira, respectivamente, lo cual fue considerado en el análisis.

Hallazgos Principales: El análisis de la información recibida revela que el 8% (64) de las ESE reportadas presentan inconsistencias en la conformación de sus Juntas Directivas, en contravención a lo estipulado en la Ley 1438 de 2011.

- Distribución Geográfica de las Inconsistencias: Los departamentos con mayor número de ESE que presentan irregularidades son: Antioquia 18 de 123 ESE reportadas, Quindío: 13 de 14 ESE reportadas (equivalente al 93% de sus ESE) y Boyacá: 9 de 105 ESE reportadas.
- Omisión de Información a Nivel de ESE: Dentro de las respuestas recibidas, se identificaron ET que no aportaron información sobre la totalidad de sus ESE: Amazonas: Sin información para 1 ESE, Cundinamarca sin información para 53 ESE y Huila sin información para 40 ESE.

Adicionalmente, se validó el estado de las ESE que se encuentran bajo medida de intervención por parte de esta Superintendencia, identificando un total de quince (15) instituciones en esta condición a la fecha del reporte.

Biopolímeros y Sustancias Modelantes no permitidas

Se solicitó información a cuarenta y tres (43) entidades territoriales (departamentales y distritales) para verificar el cumplimiento de sus funciones de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) en relación con el uso de biopolímeros y sustancias modelantes no permitidas. El requerimiento también indagó sobre las medidas preventivas adoptadas y los reportes al INVIMA.

Del total de 43 entidades requeridas, se obtuvo respuesta de 39 (90,7%), mientras que 4 entidades (11,6%) no remitieron la información solicitada. Las entidades que no dieron respuesta fueron: San Andrés, La Guajira, Caldas y Huila.

El análisis de la información recibida arroja los siguientes resultados:

- Entidades con Acciones de IVC Reportadas: Un 94,8% del total de las entidades requeridas (correspondiente a 37 de las 39 que respondieron) informó haber adelantado acciones de IVC, tales como visitas, búsquedas activas y otras medidas de control.
- Articulación Interinstitucional: Las entidades de Santander, Bogotá D.C., Nariño, Antioquia, Valle del Cauca, Boyacá y Córdoba reportaron haber realizado articulación o remisión de casos a otros organismos de control, como la Fiscalía General de la Nación, el Tribunal de Ética Médica y el INVIMA.

2. Seguimiento a las acciones de Vigilancia e Inspección de las Entidades Territoriales frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo – IVE

Para la vigencia 2025, se elaboró Lista de Verificación con el fin de realizar la revisión de las acciones de vigilancia, inspección y control realizadas por la entidad territorial frente a la garantía de la Interrupción Voluntaria del Embarazo – IVE, la cual contiene veinticuatro (24) criterios de

verificación conforme a la normatividad vigente. Dicha lista se encuentra en evaluación y se aplicara en el primer semestre de 2026 a los departamentos y distritos.

3. Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES

En respuesta a la información remitida por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), se adelantaron las siguientes gestiones para investigar presuntos incumplimientos constitutivos de estafa y falsedad por parte de algunas IPS y empresas de Transporte Especial de Pacientes. Según el reporte, estas instituciones habrían realizado reclamaciones por servicios a víctimas de accidentes de tránsito (vehículos sin SOAT), a pesar de no contar con la infraestructura necesaria para su prestación o prestaban hallazgos con el Sistema Único de Habilitación:

Requerimiento a Entidades Territoriales: Se solicitó reportar las acciones de inspección, vigilancia y control implementadas sobre 186 IPS identificadas en el informe de la ADRES a las siguientes 22 entidades territoriales: Atlántico, Magdalena, Barranquilla, Cordoba, Santa Marta, Cesar, Cali, Sucre, Cartagena, Valle del Cauca, La Guajira, Chocó, Santander, Bolívar, Boyacá, Tolima, Casanare, Turbo, Norte de Santander, Caldas, Risaralda y Huila.

Envío de Informe Preliminar: Se consolidó y remitió a la ADRES un primer reporte de gestión, informando sobre el estado y los avances del seguimiento coordinado desde esta Delegatura.

4. Desarrollo de Herramientas de Supervisión y Análisis de Información

Para fortalecer las labores de inspección y vigilancia (IV), se diseñaron y desarrollaron las siguientes herramientas técnicas y de análisis:

- a) Elaboración de un instrumento para el ejercicio de las acciones de IV sanitario aplicadas a medicamentos.
- b) Diseño de un instrumento para la supervisión del acceso a servicios, la garantía de la calidad, la gestión de la red de prestadores y la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Este fue desarrollado con un enfoque para la ampliación de manera articulada con los grupos de IVC de financiamiento y salud pública de esta Superintendencia Delegatura.
- c) Elaboración de una lista de verificación para auditar el acceso y garantía de la calidad de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).
- d) Desarrollo de un tablero de control en Power Bi del informe del cumplimiento de las funciones y competencias de las entidades territoriales Departamentales y Distritales frente a la garantía de la

atención integral de los niños y niñas menores de cinco años con desnutrición aguda, moderada y severa, para la vigilancia de 2023 y análisis de mortalidad integrada en menores de cinco años para la vigencia de 2024.

- **Atención a Sentencias y Órdenes Defensoriales**

Se realizó seguimiento riguroso a las órdenes judiciales y resoluciones defensoriales: Resolución defensorial 064 de 2014, T 622 de 2016, Sentencia T-080 de 2018, Medida Cautelar MC 355 – 10, Tutela T- 2025-00065-00, Sentencia T-510 de 2024, Sentencia T-423 de 2017, Resolución 202 de 2021, Sentencia T-199 de 2025 y la Acción de Tutela 730013103006202400151-00, RT 148 de 2025, RT 25000312100120200009100 de 2020 y Sentencia T-498 del 2024; con el fin de verificar el cumplimiento por parte de las entidades responsables y garantizar la protección del derecho a la salud de las comunidades e individuos involucrados.

Inspección y Vigilancia al Financiamiento Supervisado por las Entidades Territoriales

Administración y Aplicación de Recursos

Esta Superintendencia emitió la Circular Externa 2024151000000005-5 de 2024, en la que se impartieron instrucciones sobre el reporte de información financiera y presupuestal de las Entidades Territoriales, para

la puesta en funcionamiento de la Categoría Única de Información del Presupuesto Ordinario (CUIPO) y obtener información específica de los ingresos operacionales causados del sector.

En lo corrido de la vigencia 2025 se realizaron trescientos catorce (314) requerimientos, para que las Entidades Territoriales rindieran explicaciones sobre las situaciones identificadas, las cuales incluyen:

- No reporte o reporte extemporáneo de información.
- Diferencias en la información presupuestal reportada trimestralmente (en virtud de lo establecido en la Resolución 063 de 2023).
- Uso deficiente de los códigos de detalle sectorial salud.
- Baja ejecución presupuestal de los Fondos Locales de Salud y/o en las subcuentas que lo componen (Aseguramiento, Prestación de Servicios, Salud Pública y Otros Gastos en Salud).
- Diferencias entre los ingresos contables en salud reportados y los ingresos recaudados para efectos presupuestales.
- Bajos niveles de auditoría, conciliación y/o pago de las cuentas por pagar por concepto de prestación de servicios a la PNA y migrantes y no UPC, para los casos que aplique.

- Cuentas por pagar a EPS por la cofinanciación del régimen subsidiado, reflejadas en la LMA como esfuerzo propio por girar.

Frente a lo anterior, se identificaron alertas, deficiencias e inconsistencias recurrentes las cuales se presentan a continuación:

- Las deficiencias evidenciadas en la información presupuestal reportada trimestralmente se presentan principalmente por inobservancia de las estructuras de reporte establecidas y falta de articulación y conciliación de la información presupuestal entre las áreas a cargo de los reportes de información (secretarías de Hacienda y secretarías de Salud).
- Las diferencias en los reportes de información de Ingresos en Salud Contables y Recaudo de ingresos en salud presupuestales corresponden a omisiones y/o errores en el reporte, tales como el registro contable de ingresos en salud en códigos contables diferentes de los requeridos.
- La cartera pendiente de pago por concepto de migrantes no regulares, PNA y NO UPC no ha sido pagada como consecuencia de la disminución en algunas fuentes de financiación como las rentas cedidas, así como retrasos en la cofinanciación de la nación para atender el pago de la deuda migrantes.
- La baja ejecución de recursos en algunas subcuentas del FLS obedeció a la formulación de los nuevos proyectos ajustados a los

lineamientos del nuevo Plan de Desarrollo y en articulación con el Plan Decenal de Salud Pública, así como los trámites administrativos para su implementación y la armonización presupuestal correspondiente.

- Las cuentas por pagar a EPS por la cofinanciación del régimen subsidiado reflejadas en la LMA como esfuerzo propio por girar, obedece a que el recaudo de las rentas cedidas que cofinancian el Régimen Subsidiado no está aumentando en el mismo nivel del valor a cofinanciar el Régimen Subsidiado en salud, de acuerdo con los techos establecidos por el MSPS en la matriz de monto estimado.
- Incumplimiento a las Resoluciones de asignación de recursos para ETV, Tuberculosis y Lepra / Hansen por no devolución oportuna de los recursos no ejecutados y rendimientos financieros.
- Incumplimiento a la Resolución 1769 de 2024 de asignación de recursos de migrantes por falta de incorporación y ejecución presupuestal sin situación de fondos de los recursos asignados, y la omisión de informar a las IPS el número de la factura y el valor aplicado con cargo al giro realizado por la ADRES.

Estos aspectos se encuentran en proceso de subsanación por parte de las Entidades Territoriales, en caso de no hacerlo, se procederá con los traslados ante la Delegatura para Investigaciones Administrativas.

Reconocimiento contable de las obligaciones con el SGSSS

Considerando los cambios normativos relacionados con la ejecución de los recursos del SGP destinados al subsidio a la oferta⁴, y para efectos de validar que las Entidades Territoriales del Orden Departamental y Distrital reconozcan en sus estados financieros las deudas por prestación de servicios de salud, en mesas de trabajo adelantadas con la Contaduría General de la Nación, se solicitó la modificación del Catálogo General de Cuentas de las Entidades de Gobierno, así como el *“Procedimiento contable para el registro de los hechos económicos relacionados con el manejo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud del Marco Normativo para Entidades de Gobierno”*, de modo que:

- Se realice la creación de las subcuentas por población pobre no asegurada y migrantes en las cuentas 5502–SALUD, 2732–SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD y 2480–ADMINISTRACIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, así como por el cambio de denominación de la subcuenta 273204–Subsidio a la oferta de la cuenta 2732–SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD.
- En línea con lo anterior, se actualice el numeral 2.2.2 Atención a la población pobre no asegurada del *“Procedimiento contable para el registro de los hechos económicos relacionados con el manejo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud del Marco Normativo para Entidades de Gobierno”*.

⁴ Resolución 484 de 2024

De acuerdo con lo informado por la Contaduría General de la Nación a esta Superintendencia, los ajustes propuestos por esta Superintendencia se realizarán en el año 2026.

Flujo de Recursos

En lo que refiere al flujo de recursos por concepto de prestación de servicios de salud, se impartieron instrucciones a las Entidades Territoriales del Orden Departamental y Distrital, relacionadas con el reporte de información de la programación, ejecución, y seguimiento de las Mesas de Saneamiento de Cartera de la Circular Conjunta 030 de 2013.

En ese sentido, esta Superintendencia realizó seguimiento así:

- Se realizaron 82 asistencias durante la ejecución de las mesas de saneamiento de cartera y aclaración de cuentas.
- Se realizaron 297 seguimientos a las Entidades Territoriales, frente a las funciones previstas en la Circular Conjunta 030 de 2013 y el diligenciamiento de la “Herramienta de Seguimiento” en condiciones de calidad.
- En las cuatro convocatorias de la vigencia 2025 se generaron 32.716 compromisos de depuración y 2.543 compromisos de pago por valor de \$536.534.247.604, de los cuales, según el último

reporte del seguimiento que realizan las ET, se habían pagado \$345.021.354.773.

Por otra parte, en el marco de las mesas de trabajo realizadas con el MSPS para el diagnóstico de los resultados de la implementación de la CC030 con miras a la modificación de ésta, se realizaron treinta y dos (32) requerimientos a algunas entidades territoriales departamentales cuyos municipios certificados no reportaron información en la plataforma SISPRO.

Finalmente, con la emisión de la Circular Externa 2025151000000007-5 del 31 de julio de 2025, que actualizó la Circular 011 de 2020, esta Superintendencia emitió instrucciones a las Entidades Responsables de Pago, entre ellas las Entidades Territoriales del Orden Departamental y Distrital, para que adelanten los procesos de conciliación, depuración y saneamiento de las cuentas por pagar.

Base Gravable de la Contribución a pagar por parte de las Entidades Territoriales

Sobre la contribución de vigilancia a favor de esta Superintendencia, establecida en el artículo 76 de la Ley 1955 de 2019, se realizó la revisión de la información reportada en el archivo tipo FT032 con corte a diciembre de 2024 por parte de las Entidades Territoriales del Orden Departamental, la cual fue contrastada con los reportes del archivo tipo FT035 (recaudo de ingresos) e INFORMACIÓN CONTABLE PÚBLICA CONVERGENCIA –

CHIP, con el fin de verificar la consistencia de los Ingresos Operacionales Causados del Sector (IOCS), que corresponden a la base gravable de la contribución. Ante las diferencias identificadas se requirió a los treinta y dos (32) departamentos para que rindieran explicaciones y efectuaran la retransmisión de la información con error.

A la fecha, se remitieron a la Dirección Financiera de la SNS, para la liquidación de la contribución, IOCS por valor de por valor de \$5.122.965 millones, correspondientes a veintisiete (27) departamentos que realizaron los ajustes requeridos en los reportes de información. Los cinco departamentos restantes continúan en evaluación, una vez realicen los ajustes a lugar vía retransmisión, o sustenten las diferencias identificadas, serán reportados a la Dirección Financiera para la liquidación de contribución correspondiente.

Medición del nivel del desempeño – Componente de Financiamiento

Se realizó la evaluación y análisis de la situación financiera y presupuestal de los departamentos y distritos con base en la información reportada por éstos corte a diciembre de 2024 en la plataforma CHIP y a la SNS en el marco de la Circular Externa 2024151000000005-5 de 2024, formulando indicadores que fueron agrupados en cuatro (4) ejes temáticos, así: 1) reporte de Información, 2) eficiencia en la ejecución presupuestal, 3) eficiencia en la ejecución presupuestal del SGP en Salud y 4) gestión de

la deuda – cartera. La medición de los indicadores a nivel nacional arrojó los siguientes resultados:

Tabla 147 Resultados Componente de Financiamiento – Nivel de Desempeño 2024-DETRARS

Resultado	Departamentos	Distritos	Total	% de participación
Muy Bajo	6	1	7	18,4%
Bajo	16	1	17	44,7%
Moderado	10	4	14	36,8%
Alto	0	0	0	0,0%
Total	32	6	38	100,0%

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados del nivel de desempeño

El 44,7% tuvo un desempeño bajo en el componente de financiamiento y siete (7) registraron un desempeño muy bajo: Magdalena, Buenaventura, Cundinamarca, Vichada, Córdoba, Sucre, y Bolívar.

Traslados a la Delegada de Investigaciones Administrativas

Finalmente, considerando las comunicaciones remitidas durante la vigencia 2025 por el MSPS a las Entidades Territoriales Departamentales (con copia a esta Superintendencia) en las cuales indicó la NO aprobación de sus Planes Financieros Territoriales en Salud “2024 – 2027”⁵, se

⁵ En el marco del artículo 7 de la Resolución 2448 del 2023 del MSPS.

trasladaron a la Delegatura de Investigaciones Administrativas los departamentos de Vichada, Putumayo, Huila, Bolívar y Meta.

Acciones Desde el Territorio

Estrategia Plan Padrino / Madrina

La Delegatura para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, creó la estrategia denominada Plan Padrino/Madrina, con el propósito de fortalecer las acciones de Inspección y Vigilancia desarrolladas por las Direcciones Regionales en el territorio y monitorear la adherencia a los procesos de la Delegatura. Para la vigencia 2025, se realizaron treinta y siete (37) seguimientos a las Direcciones Regionales.

Dentro de las principales actividades desarrolladas, se destacan:

- Proceso de retroalimentación a los funcionarios de la Dirección Regional sobre las no conformidades identificadas en la planeación, ejecución y seguimiento de las acciones de IV, y establecer las acciones de mejora a implementar.
- Evaluar y retroalimentar la implementación de la estrategia de transición para la contención y mitigación del riesgo de pérdida de conocimiento en las Direcciones Regionales debido a la rotación del recurso humano. Esto con el fin de establecer opciones de cierre o

continuidad de las tareas en curso, como elemento estratégico para garantizar la continuidad de su operación.

- Socialización propuesta Herramienta de priorización y de ajustes a los documentos empleados en el marco de las Acciones de IV.

Seguimiento a la gestión de las Entidades Territoriales frente a la implementación de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez

Para la vigencia 2025, se realizó requerimiento a treinta y tres (33) entidades territoriales de los órdenes departamental y distrital solicitando la gestión realizada frente a las políticas, planes o estrategias implementadas en el marco de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031 adoptada mediante el Decreto 681 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Frente a los anterior, las entidades territoriales indicaron que dentro de las acciones realizadas se encuentra:

- Asistencia técnica a los municipios, EAPB e IPS.
- Acciones de IV a las EAPB y visitas de IV a las IPS .
- Visitas de IVC a los Centros de atención y protección social, con: Verificación del cumplimiento de talento humano en la fase de

verificación, Seguimiento y control mediante visitas técnicas, Planes de mejoramiento continuos.

- Auditoria GAUDI, donde se analiza el cumplimiento de la asignación de los servicios de consulta externa médica, odontológica y por médico especialista y apoyos diagnósticos a los afiliados mayores de 62 años dentro de las 48 horas siguientes a la solicitud por parte de estos; el suministro de medicamentos del POS de manera inmediata a las personas mayores de 62 años, o entrega en el domicilio del afiliado dentro de las 72 horas siguientes. Formulación y seguimiento a planes de mejoramiento.
- Acciones de inspección y vigilancia al acceso y entrega oportuna de medicamentos.
- Articulación de acciones con las Secretarías de Salud, Educación, Cultura, Deporte, Inclusión Social, entre otras.

Observatorio de Alertas

El observatorio de alertas y respuestas a través de redes sociales es una herramienta de vigilancia temprana para las Direcciones Regionales; mediante el cual se documentan, gestionan y reportan alertas relacionadas con problemáticas en salud de alto impacto en el territorio y que a su vez puedan derivar en la manifestación de acciones por vías de hecho de los usuarios del sistema de salud.

Para el 2025, las Direcciones Regionales reportaron 118 (100%) casos, de los cuales el 69% (82) corresponde a otros canales de origen, seguido del 16% (19) para Facebook, el 5% (6) a Instagram, Noticiero 6% (6), Twitter 3 % (3) y WhatsApp 1% (2). En cuanto a los sujetos vigilados, el 32% (38) le pertenece a Prestadores de Servicios de Salud, el 44% (52) a Entidades Administradoras de Salud y el 13% (15) Entidades Territoriales y 11% (13) a Gestores farmacéuticos.

Por otro lado, en cuanto a los atributos de calidad en salud afectados; el 30% (36) le atañe a la accesibilidad, 13% (15) continuidad y 57% (67) a la oportunidad para el escalamiento de la 15conflictividad social manifiesta; estas alertas, se clasificaron en el 77% (92) como nivel de priorización baja y finalmente; el tiempo promedio de gestión y resolución fue de tres (3) días.

Estrategia de gestores reclamos en Salud

La estrategia de gestores de reclamos en salud surge como respuesta a la necesidad de reducir el volumen de PQRD recibidas en las oficinas de las direcciones regionales. Su propósito principal es dar respuesta oportuna e inmediata a los usuarios que requieren algún servicio, atención medica o tecnologías en salud, mejorando así la capacidad de respuesta del sistema.

A continuación, se presenta el consolidado del resultado a corte 31 de diciembre de 2025.de las EAPB que participan en la estrategia.

Tabla 148 EAPB que participan en la estrategia-DETRARS

EAPB Intervenidas	EAPB no intervenidas	Total
Savia Salud Nueva Eps Coosalud Asmet Salud Capresoca Famisanar Emssanar SOS Cajacopi Dusakawi	Sanitas Salud Total	12

Fuente: Elaboración propia Delegatura para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En la siguiente tabla, se relaciona el consolidado de la gestión de reclamos por dirección regional de la Supersalud

Tabla 149 Consolidado total de gestión de reclamos en salud por dirección regional. DETGRARS

Dirección Regional/ Sede	Reclamos Recibidos	Reclamo Gestionadas	Reclamos Pendientes por Gestionar	% Gestión
Andina	5.217	2.205	3.012	42
Sur	2.346	1.634	712	70
Orinoquia	1.390	750	640	54
Choco	413	205	208	50
Nororiental	3.573	1.142	2.431	32
Occidental	11.892	3.646	8.246	31
Caribe	1.990	1.334	656	67
Norte	4.091	2.092	1.999	51
Total	30.912	13.008	17.904	50

Fuente: Elaboración propia Delegatura para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Como resultado del análisis, se identificó que la Dirección Regional Occidental, incluyendo la sede Agualongo, fue la que mayor número de reclamos recibió, seguido por Andina, Norte y Nororiental.

Por otra parte, las siguientes direcciones regionales presentaron un porcentaje de gestión superior, sin embargo, el número de reclamos recibidos es menor:

- La Dirección Regional Caribe, con un 66% de gestión.
- La Dirección Regional Sur, con un 66 % de gestión.
- La Dirección Regional Orinoquia, con un 54% de gestión.
- La Dirección Regional Chocó, con un 49% de gestión.

Dentro de los principales motivos de reclamos en salud recibidos por las Direcciones Regionales e encuentran:

- Retrasos en la programación de procedimientos.
- La red de gestores farmacéuticos es insuficiente y poco resolutive para el suministro de medicamentos
- Falta de oportunidad en la programación de citas.
- Falta de oportunidad y continuidad en la entrega de medicamentos.
- Persisten la no entrega de medicamentos y se observa una deficiente gestión por parte de las EAPB en la solución de fondo de los reclamos.

Acciones de Inspección y Vigilancia a poblaciones especiales

Desde la Delegada se han trazado parámetros de supervisión y seguimiento a las entidades territoriales en la mejora del proceso, la ejecución, el seguimiento, monitoreo y evaluación de acciones que benefician en igualdad de condiciones a las personas en condición de discapacidad frente al Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad, Población Indígena, Población Migrante y Población Víctima del Conflicto, y para lo cual se han generado instrumentos de verificación in situ, contemplando criterios y aspectos a evaluar como lo es la Planeación, la Gestión del Talento Humano, la Gestión operativa, la Gestión de Recursos, la Gestión de la Información y la Gestión Intersectorial.

De la aplicación de los instrumentos en mención y como resultado de las acciones de inspección adelantadas en estas poblaciones, se han realizado desde el 01 de noviembre del 2024 al 14 de julio de 2025 un total de 14 acciones de IV, las cuales han derivado en planes con acciones de mejora propuestos por las entidades territoriales, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 150 Acciones de IV a Poblaciones Especiales – Nov 2024 a Julio 2025-DETRARS

Poblaciones con Acciones de IV	Total Visitas / Auditorias Específicas	Planes de Mejora Cerrados	Planes de Mejora en seguimiento
Discapacidad – RLCPD-	3	0	3
Población indígena	4	0	4
Población Migrante	3	0	3
Población Víctimas del Conflicto	4	0	4

Fuente: Elaboración propia Delegatura para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De las acciones de IV adelantadas, se han generado hallazgos frente a los aspectos verificados con el fin de que, la Entidad Territorial implemente acciones de mejora según corresponda que conlleven a la mitigación de posibles riesgos y se subsanen las inconsistencias en el proceso que afecte la inclusión y la baja oferta programática e institucional para las poblaciones en mención.

Actividades Desarrolladas en el Marco de los Acuerdos de Niveles de Servicios - ANS y la Circular Interna 2025500000000007-4 de 2025

La Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de las direcciones regionales ha ejecutado a la fecha 394 actividades en el marco de los acuerdos de niveles de servicios y otras de apoyo en conjunto con las demás delegadas; tal y como se relaciona a continuación:

Tabla 151 Acciones de apoyo a otras delegadas de la SNS vigencia 2025-DETRARS

TIPO DE ACCIÓN	CANTIDAD
ANS DOLTSGF - IVR (Gestor Farmacéutico)	122
Vigías en territorio - Gestores farmacéuticos	228
Mesa de acuerdo de pago - EAPB y Gestores Farmacéuticos	39
ANS DPU - Apoyo a capacitaciones	38
ANS DPU - Jornada de Atención al Usuario	110
ANS DPU - Mesa de PQRD	194
Apoyo DEAS - (Acciones de IV_ Mesa RIAS)	15
Apoyo DEAS - Referencia y contrarreferencia	177

TIPO DE ACCIÓN	CANTIDAD
Apoyo DPSS – (Jornadas de Fortalecimiento EBS_Acciones de IV)	10
TOTAL	933

Fuente: Elaboración propia Delegatura para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Acciones de Inspección y Vigilancia a los Generadores, Recaudadores y Administradores de recursos del SGSSS

Generadores de Recursos al SGSSS

- **Licores**

Se fortaleció la calidad, oportunidad y transparencia de la información reportada por los generadores de recursos del SGSSS mediante el registro de vigilados en el NRVCC, la gestión de requerimientos y órdenes de retransmisión, tramitando 984 solicitudes de información; adicionalmente, se ejecutó la auditoría a la Industria Licorera del Cauca, cuyo informe de hallazgos se encuentra en proceso para la adopción del correspondiente plan de mejoramiento.

- **Coordinación Interinstitucional: Federación Nacional de Departamentos (FND)**

En el marco de la coordinación interinstitucional con la Federación Nacional de Departamentos, la DIVGRA aseguró el acceso a información estratégica del SIANCO mediante la suscripción de un acuerdo de acceso temporal en 2024, prorrogado en 2025, e inició el proceso de interoperabilidad técnica con apoyo de la Agencia Nacional Digital; adicionalmente, se realizaron acciones de articulación interna para optimizar el uso de la información y fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia.

- **Juegos de Suerte y Azar del Nivel Territorial (Lotería Tradicional)**

Durante 2024, las loterías departamentales y el Sorteo Extraordinario de Colombia transfirieron al SGSSS más de \$261 mil millones, y al cierre de noviembre de 2025 las transferencias alcanzaron \$257,3 mil millones, correspondientes a impuestos y rentas del monopolio, entre otros conceptos. En el marco del fortalecimiento de la gestión institucional y con el fin de reforzar el cumplimiento normativo y la transparencia establecida en la Ley 643 de 2001, la DIVGRA realizó en julio de 2025 una reunión técnica con ANDELOTE, en la cual se reiteraron las obligaciones de reporte oportuno y completo de la información a través del sistema NRVCC.

- **Concesionarios de Apuestas Permanentes (Chance Territorial)**

En 2024, los concesionarios de apuestas permanentes generaron ventas por \$2.765.250.814.871, incluyendo el producto “Incentivo con Cobro de Premio Inmediato”, autorizado durante la pandemia. Las transferencias por derechos de explotación ascendieron a \$331.833.984.605. A noviembre de 2025, las ventas reportadas suman \$2.586.147.968.037, con transferencias por \$310.550.857.577.

- **Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de Apuestas en Línea (SIVICAL)**

Desde su implementación, el SIVICAL ha permitido la recepción y gestión de tramas de inserción y anulación de apuestas, facilitando a los concesionarios el cargue directo de archivos planos relacionados con vendedores, incentivos y máquinas. Adicionalmente, se avanza en la integración del SIVICAL con el aplicativo Génesis para fortalecer las capacidades de consulta analítica y el ejercicio de inspección y vigilancia por parte de la DIVGRA.

- **Consejo Nacional de Juegos de Suerte y Azar (CNJSA)**

En el marco de la articulación interinstitucional, el 12 de junio de 2024 se suscribió un Memorando de Entendimiento con la Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Salud y, posteriormente, en agosto y octubre de 2025 se desarrollaron mesas técnicas conjuntas orientadas a fortalecer la

vigilancia concurrente, abordando aspectos relacionados con ingresos operacionales, calificación de operadores, normatividad de rifas territoriales, actualización del capítulo de generadores de recursos de la Circular Única y estándares de reporte de información.

- **Operadores de Juegos Nacionales (novedosos y localizados) y Coljuegos**

Se reiteraron las obligaciones de reporte a los operadores que iniciaron actividades en 2025, logrando mejoras en la calidad y oportunidad de la información; adicionalmente, se atendieron PQR relacionadas con pago de premios y juegos en línea no autorizados. De manera complementaria, se ajustó la metodología de cálculo de la contribución, lo que permitió mejorar el recaudo, y frente a Coljuegos se identificaron inconsistencias que derivaron en acciones de actualización normativa y seguimiento al plan de mejoramiento aprobado en 2024, evidenciando avances significativos.

- **Cajas de Compensación Familiar (CCF) No Administradoras de Recursos del Régimen Subsidiado**

En el marco de la gestión institucional, se realizó un requerimiento coordinado de información a la ADRES, la Superintendencia del Subsidio Familiar y a 43 Cajas de Compensación Familiar no administradoras, con el fin de verificar los recursos transferidos al SGSSS durante las vigencias 2024 y 2025. A partir del análisis de los reportes remitidos, se

identificaron novedades que fueron aclaradas de manera satisfactoria por la ADRES, y adicionalmente se efectuó seguimiento técnico a las Cajas de Compensación durante 2025 para monitorear el cumplimiento continuo de sus obligaciones.

- **Aseguradoras SOAT**

Se gestionó información ante la ADRES sobre los recursos generados y transferidos al SGSSS por las aseguradoras del SOAT y el FONSAT durante las vigencias 2024 y 2025. Así mismo, se reiteraron obligaciones normativas de reporte, verificándose el cumplimiento total del plan de mejoramiento de Seguros del Estado S.A.; se requirió a las demás aseguradoras la subsanación de omisiones en la entrega de información y se desarrollaron mesas técnicas de inspección y vigilancia para analizar variaciones en los reportes, las cuales concluyeron con la formulación de planes de mejora.

- **Industria Militar de Colombia (INDUMIL)**

Se realizaron requerimientos de información a INDUMIL y a la ADRES para verificar los recursos generados por el impuesto social a las armas, municiones y explosivos y su transferencia al SGSSS, así como el seguimiento a los resultados de la auditoría de 2022, que había identificado debilidades en los controles internos. Como resultado, se adelantó una mesa de inspección en noviembre de 2025; adicionalmente,

se consolidó una base de datos con las sedes operativas de INDUMIL a nivel nacional para fortalecer el análisis y seguimiento financiero regional.

Recaudadores de Recursos al SGSSS

- Entidades Territoriales: Secretarías de Hacienda y Salud**

La Dirección de Inspección y Vigilancia de Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS-DIVGRA ha fortalecido la gobernanza territorial mediante tres tipos de espacios técnicos:

Tabla 152 Espacios Técnicos DIVGRA-DETRARS

Tipo de Espacio	Cantidad	Alcance	Vigilados	Período de Ejecución	Resultados
Mesas de Inspección y Vigilancia	2	Verificación del cumplimiento de funciones, competencias y obligaciones frente a problemáticas priorizadas	Gobernaciones de Vichada y Quindío (Secretarías de Hacienda)	Marzo y abril de 2025	Cierre de planes de acción con cumplimiento del 100 % en ambas entidades
Mesas de Gobernanza	9	Generación de compromisos intersectoriales para mitigar alertas por desempeño	12 entidades territoriales (Secretarías de Hacienda y Salud): Caquetá, Tolima, Valle del Cauca,	Agosto a noviembre de 2025v	Establecimiento de compromisos y seguimiento continuo a su cumplimiento

Tipo de Espacio	Cantidad	Alcance	Vigilados	Periodo de Ejecución	Resultados
		bajo o deficiente	Nariño, Atlántico, Córdoba, La Guajira, Cesar, Arauca, Vaupés y Guaviare		
Mesas Técnicas de Fortalecimiento	11	Fortalecimiento de capacidades administrativas y del flujo de recursos	11 regiones, con participación de más de 700 Entidades Territoriales	Mayo a noviembre de 2025	Consolidación de capacidades técnicas y administrativas para una gestión más eficiente de los recursos del SGSSS

Fuente: Elaboración propia Delegatura para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Este conjunto de acciones contribuyó al fortalecimiento de la gobernanza territorial, la mejora en la calidad y oportunidad de la información, la implementación de mecanismos preventivos y correctivos y la mitigación de riesgos, impactando positivamente la sostenibilidad y estabilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- **Gestión de la Contribución – Artículo 76 de la Ley 1955 de 2019**

Gracias al fortalecimiento de los procesos de inspección, verificación y articulación interinstitucional, se logró un aumento del 37 % en el número de liquidaciones respecto a la vigencia anterior. En términos monetarios, este crecimiento representa un incremento adicional de \$3.691 millones en el recaudo de la contribución

- **Estrategia de Confirmación de Ingresos Operacionales (IOSC)**

Con el propósito de superar la omisión en el reporte de información para la liquidación de la contribución, se desarrolló una mesa técnica interinstitucional para definir mecanismos alternativos de validación de los ingresos operacionales, utilizando fuentes externas como la DIAN, el RUES y Coljuegos. Al cierre de 2025, esta estrategia permitió realizar más de 102 confirmaciones, cubriendo casi la totalidad de los vigilados omisos, fortaleciendo la equidad contributiva y la sostenibilidad financiera del SGSSS

Administradores de Recursos al SGSSS

En el marco del fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control sobre la ADRES, la DIVGRA adelantó acciones orientadas a la actualización normativa mediante la expedición de la Circular Externa 5-2025, que ajustó 14 tablas técnicas de reporte, y realizó acompañamiento para el inicio del reporte de información estructurada a partir de octubre de 2025. Así mismo, efectuó la revisión técnica del diccionario de datos remitido,

verificó el cumplimiento total de los planes de mejoramiento derivados de auditorías previas —especialmente en reconocimiento y pago de reclamaciones, trazabilidad contable y gestión integral de riesgos—, proyectó y expidió cinco actos administrativos relacionados con reintegros de recursos y gestionó más de cien peticiones y requerimientos, garantizando oportunidad y calidad en las actuaciones institucionales.

3.5. Delegatura para Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos

Los Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y los Gestores Farmacéuticos fueron incorporados como integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), conforme a lo dispuesto en el artículo 155 de la Ley 100 de 1993, mediante el artículo 243 de la Ley 1955 de 2019. Posteriormente, el numeral 3.7 del artículo 3 de la Resolución 1809 de 2025, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, definió a los Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud, mientras que el párrafo 1 del artículo 2 de la Ley 1966 de 2019 estableció la definición de los Gestores Farmacéuticos. Finalmente, a través del Decreto 1080 de 2021, que modificó la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud, se creó la Delegatura para Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos, determinando igualmente sus funciones.

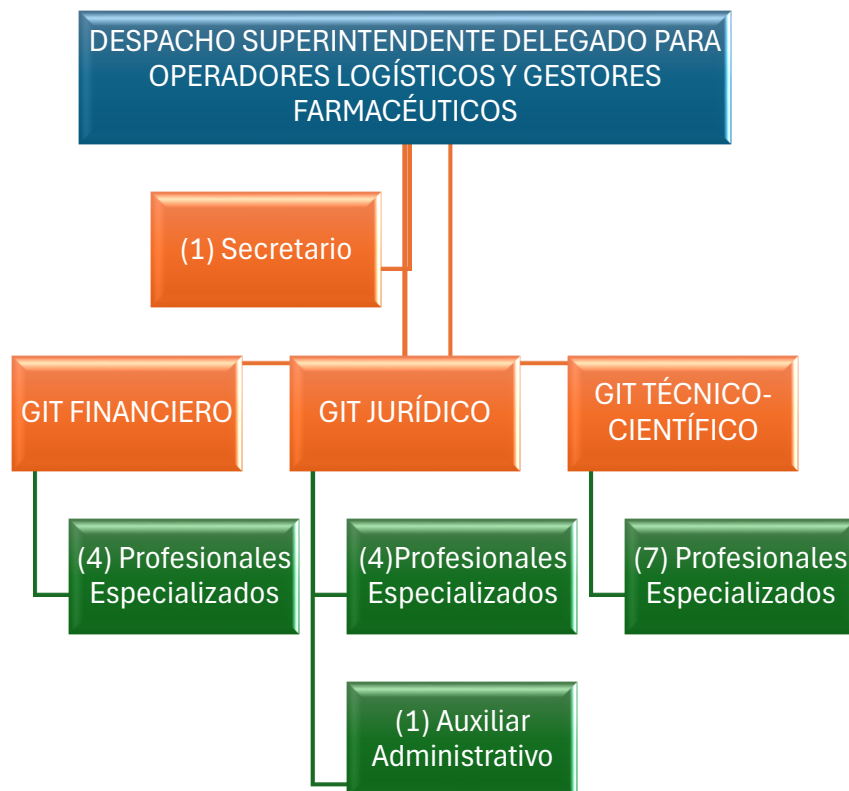
En desarrollo de su misión institucional, la Delegatura para Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos ha orientado sus esfuerzos a la ejecución de acciones de supervisión encaminadas a garantizar que los usuarios del SGSSS reciban de manera oportuna y completa los medicamentos y dispositivos médicos. A continuación, se presentan, entre otros, la estructura de la delegatura, los recursos

asignados y los resultados de la gestión obtenidos a partir de dichas actividades de supervisión.

Estructura de la Delegatura

En la Ilustración se presenta la estructura de la Delegatura para Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos, la cual contaba al cierre de 2025 con 22 funcionarios, entre personal de planta y contratistas. Durante el último trimestre de 2025, la Delegatura enfrentó una renovación de aproximadamente el 80 % de su personal, como resultado del concurso de méritos adelantado por la Superintendencia Nacional de Salud en todas sus áreas. En respuesta a este proceso, se implementaron acciones orientadas al fortalecimiento de las competencias de los funcionarios de la dependencia, con el fin de propiciar una curva de aprendizaje acorde con las necesidades y expectativas organizacionales, lo que ha permitido asegurar la continuidad en el cumplimiento de las funciones asignadas.

Ilustración 25 Estructura organizacional de la Delegatura para Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos (personal de planta).



Fuente: Elaboración propia Delegatura para Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos. Diciembre 2025.

Indicadores Plan Anual de Gestión

El Plan Anual de Gestión da cuenta de los principales resultados alcanzados durante la vigencia, en el marco del cumplimiento de las funciones asignadas y de los objetivos estratégicos definidos. A través de las acciones desarrolladas, se evidencia el fortalecimiento de los procesos de planeación, ejecución y seguimiento, así como el impacto de las actividades adelantadas en términos de cobertura, oportunidad y efectividad. Los resultados que se presentan a continuación reflejan el compromiso institucional en concordancia con la normatividad vigente y las prioridades estratégicas establecidas.

Tabla 153 Indicadores del Plan Anual de Gestión (PAG), año 2025.

ACTIVIDAD DEL PLAN ANUAL DE GESTIÓN	NOMBRE DEL INDICADOR	META PAG 2025	CUMPLIMIENTO AL 31-12-2025
Caracterizar a los nuevos Gestores Farmacéuticos identificados en los años 2023 y 2024 respecto del componente financiero.	Caracterización individual de los nuevos Gestores Farmacéuticos identificados por la Dirección de Innovación y Desarrollo los años 2023 y 2024, respecto del componente financiero.	97	Se ejecutaron las 97 caracterizaciones programadas.
Realizar actividades de IVC a los Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y/o Gestores Farmacéuticos objeto de supervisión en el marco del proceso de operación	Actividades de IVC a los OLTS y/o GF objeto de supervisión en el marco del proceso de operación inicial de la Supervisión Basada en Riesgos	5	Se ejecutaron las 5 actividades programadas.
Realizar actividades de socialización, asistencia técnica, mesas de trabajo o acompañamiento a los actores del SGSSS respecto a la operación de los Gestores Farmacéuticos y/u Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud	Actividades de socialización, asistencia técnica, mesas de trabajo o acompañamiento a los actores del SGSSS respecto a la operación de los GF y/u OLTS	8	Se ejecutaron las 8 actividades programadas.
Realizar acompañamiento a las Direcciones Regionales en actividades de IVC a los Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y/o Gestores Farmacéuticos de su jurisdicción	Actividades de acompañamiento a las Direcciones Regionales en actividades de IVC a los Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y/o Gestores Farmacéuticos de su jurisdicción	14	Se ejecutaron las 14 actividades programadas.
Realizar auditorías a los Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y/o Gestores Farmacéuticos objeto de supervisión	Auditorías realizadas a los Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y/o Gestores Farmacéuticos	8	Se ejecutaron las 8 actividades programadas.

Fuente: Elaboración propia Delegatura para Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos

Acciones de Inspección, Vigilancia y Control

Durante el año 2025, se fortaleció la presencia institucional a nivel nacional mediante el incremento de actividades de socialización, acompañamiento, mesas técnicas y acciones de Inspección y Vigilancia, las cuales se materializaron en un total de 137 actuaciones en el territorio nacional, con cobertura a 26 Gestores Farmacéuticos.

De manera complementaria, se participó en actividades de acompañamiento y apoyo a las Direcciones Regionales, con el propósito principal de identificar las causas que generan la falta de dispensación oportuna y/o completa de medicamentos, así como de concertar acciones orientadas a su solución con los actores involucrados. Los compromisos acordados en estos espacios son objeto de seguimiento tanto por las Direcciones Regionales ejecutoras como por el nivel central.

Adicionalmente, estas acciones derivaron en la formulación de planes de mejoramiento, los cuales contribuyen al fortalecimiento de las actividades de Inspección, Vigilancia y Control, así como a la mejora continua del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Asimismo, en ejercicio de sus funciones de control, la Delegatura impuso siete (7) órdenes administrativas y dos (2) medidas cautelares a seis (6) Gestores Farmacéuticos, como acciones decisivas orientadas a corregir los riesgos identificados y a garantizar el acceso oportuno y completo de los usuarios del SGSSS a medicamentos y/o tecnologías en salud.

Respuesta a requerimientos de las partes interesadas.

Durante la vigencia 2025, a la Delegatura para Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos le fueron asignados un total de 2.995 radicados de entrada, provenientes del Sistema de Gestión Documental SuperArgo. Al cierre de la vigencia, se logró la finalización de 2.916 radicados, mientras que 79 se encontraban en trámite.

Logros

Durante el año 2025, la Delegatura para Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos adelantó acciones de supervisión, seguimiento y evaluación en el marco de sus competencias, alineadas con los objetivos estratégicos institucionales. Estas acciones incluyeron el fortalecimiento de procesos internos, la articulación con los actores del sistema y la adopción de medidas orientadas a mejorar la eficiencia, calidad y transparencia de la gestión, en beneficio del adecuado funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la protección del derecho a la salud. Algunos de los logros de esta vigencia fueron:

- Formulación e implementación de la estrategia “Plan de Choque de Medicamentos” con el objetivo de subsanar fallas y procurar la garantía del derecho a la salud implicando a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud EPS, IPS, Gestores Farmacéuticos y entes territoriales mediante estrategia institucional con impacto a nivel nacional.
- Aumento en la cobertura territorial: se fortaleció la presencia institucional a nivel nacional mediante el incremento de las socializaciones, acompañamientos, mesas técnicas y acciones de Inspección y Vigilancia, realizándose un total de 137 actuaciones en el territorio nacional, con cobertura a 26 Gestores Farmacéuticos.
- Órdenes y medidas cautelares interpuestas: en ejercicio de sus funciones de control, la Delegatura impuso (7) órdenes

administrativas y dos (2) medidas cautelares a seis (6) Gestores Farmacéuticos, como una acción decisiva para corregir riesgos identificados y asegurar el acceso oportuno de los usuarios del SGSSS a medicamentos y/o tecnologías en salud.

- Expedición de la Circular de Reporte de Información de los Gestores Farmacéuticos para efectos de Supervisión: Publicación de la Circular Externa 2025151000000009-5 de 2025, *“Por la cual se imparten instrucciones adicionales a la circular externa 047 de 2007, para el reporte de información de los Gestor Farmacéuticos para efectos de supervisión”*. El objetivo de esta Circular es contar con información operativa de los Gestores Farmacéuticos, que permita la priorización de actividades de Supervisión. El primer reporte fue realizado en noviembre de 2025. Así mismo, durante la vigencia se realizó socialización de la misma a los actores del SGSSS.
- Apoyo en la estructuración normativa: la Delegatura brindó apoyo técnico y estratégico en la estructuración de la reglamentación del artículo 243 de la Ley 1955 de 2019, contribuyendo a la expedición de la Resolución 1809 de 2025, *“Por medio de la cual se reglamentan los requisitos de operación y financieros de los Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud”*. Esta actuación permitió establecer lineamientos claros y uniformes para el funcionamiento de estos actores, fortaleciendo la regulación, la transparencia y la sostenibilidad en la gestión de medicamentos y tecnologías en salud.
- Al cierre del año 2025, el recaudo efectivo de la contribución de los Gestores Farmacéuticos alcanzó \$9.442.809.375, equivalente al 96,3 % del valor total liquidado con base en los ingresos operacionales de 2024, reflejando una gestión eficiente en el seguimiento.

- Publicación del Formato de Verificación Rápida: Como logro relevante, se llevó a cabo la publicación interna en el Sistema de gestión de calidad de la entidad del Formato de Verificación Rápida – SEFT18-, concebido como una herramienta técnica que permite ampliar la cobertura de las acciones de Inspección y Vigilancia en el territorio nacional, optimizando el uso de los recursos disponibles y facilitando la intervención oportuna en campo. Este formato ha contribuido a agilizar y estandarizar las evaluaciones de cumplimiento técnico por parte de los Establecimientos Farmacéuticos de Gestores Farmacéuticos, posibilitando la realización de diagnósticos rápidos y homogéneos, y fortaleciendo la capacidad supervisora de la Delegatura para abarcar un mayor número de sujetos vigilados.

Retos y Desafíos

1. Consolidación y sostenibilidad del “Plan de Choque de Medicamentos”: Fortalecer la implementación y seguimiento de la estrategia Plan de Choque de Medicamentos, asegurando su articulación permanente con EPS, IPS, Gestores Farmacéuticos, Operadores Logísticos y entes territoriales, con el fin de lograr soluciones estructurales y sostenibles a las fallas en la dispensación oportuna y completa de medicamentos a nivel nacional.
2. Ampliación y profundización de la cobertura territorial: Incrementar la cobertura institucional en el territorio nacional, ampliando el número de actuaciones de inspección, vigilancia y acompañamiento, así como la presencia en mesas técnicas y espacios de articulación regional, con énfasis en zonas priorizadas.
3. Fortalecimiento del ejercicio de control mediante medidas oportunas y efectivas: Optimizar la aplicación de órdenes

administrativas y medidas cautelares como herramientas correctivas, garantizando su seguimiento efectivo y la evaluación de su impacto en la mitigación de riesgos y en el aseguramiento del acceso oportuno y completo a medicamentos y tecnologías en salud.

4. Consolidación del sistema de información para la supervisión de Gestores Farmacéuticos: Fortalecer el uso y aprovechamiento de la información reportada por los Gestores Farmacéuticos en el marco de la Circular Externa 2025151000000009-5 de 2025, mejorando la calidad, oportunidad y análisis de los datos, con el fin de robustecer la priorización de actividades de supervisión bajo el enfoque de supervisión basada en riesgos.
5. Seguimiento y ajuste a la implementación del marco regulatorio: Acompañar y evaluar la implementación de la Resolución 1809 de 2025, mediante la identificación de oportunidades de mejora normativa y operativa que permitan fortalecer el cumplimiento de los requisitos operativos y financieros por parte de los Gestores Farmacéuticos y los Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud. Asimismo, promover la adherencia de los sujetos vigilados de la Delegatura para Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos a la citada resolución, a través de estrategias de socialización, aclaración de inquietudes y acompañamiento continuo durante el período de transición.
6. Constituye un reto para la vigencia 2026 la definición y estandarización de los parámetros de cumplimiento de los requisitos operativos y financieros aplicables a los Operadores Logísticos de

Tecnologías en Salud (OLTS) y Gestores Farmacéuticos (GF), mediante la expedición de una circular instructiva que establezca criterios técnicos y jurídicos claros, homogéneos y verificables para el ejercicio de la inspección, vigilancia y control teniendo en cuenta la implementación de la Resolución 1809 de 2025.

7. Optimización del recaudo y fortalecimiento de la sostenibilidad financiera: Mantener y mejorar los niveles de recaudo de la contribución de los Gestores Farmacéuticos, fortaleciendo las estrategias de seguimiento, control y depuración de la información financiera, con el fin de asegurar la sostenibilidad de las funciones de inspección, vigilancia y control.
8. Establecimiento de herramientas de evaluación por componente. Diseñar e implementar herramientas sencillas, claras y completas para la ejecución de actividades de Inspección y Vigilancia a los Gestores Farmacéuticos y a los Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud, diferenciadas por componente, que posibiliten diagnósticos situacionales rápidos orientados a evaluar las acciones de supervisión y su eficacia. Este proceso se complementará con la disponibilidad de formatos, instructivos, manuales y demás lineamientos operativos, a fin de facilitar la ejecución, elevar la calidad de las intervenciones y estandarizar los procedimientos en todo el territorio.
9. Identificación plena de casos en SuperArgo. Realizar ajustes al Sistema de Gestión Documental SuperArgo que permitan a los usuarios asociar sus reclamaciones de manera directa con el establecimiento farmacéutico y/o Gestor Farmacéutico

correspondiente, así como con el medicamento o dispositivo médico que dio origen al reclamo. Lo anterior permitirá incluir al Gestor Farmacéutico en la órbita de inspección y vigilancia de esta Delegatura y, de esta manera, verificar el cumplimiento de la dispensación oportuna y completa a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

10.Reconocimiento de los operadores logísticos como nuevos vigilados del SGSSS.

3.6. Delegatura de Investigaciones Administrativas

El propósito principal de la Delegatura de Investigaciones Administrativas es dirigir y ejercer la función de control sancionatorio cuando se evidencien asuntos que puedan constituir infracciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, por parte de los sujetos vigilados.

En esta Delegatura se destaca el cumplimiento riguroso de sus funciones misionales, así como la ejecución articulada y eficiente de las actividades administrativas, documentales y operativas que respaldan el desarrollo de los procesos de vigilancia, control e investigación administrativa a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

Entre otras acciones y gestiones, señalamos las siguientes:

La organización del archivo general de la dependencia, con el fin de determinar el número de procesos activos y expedientes por gestionar.

También se inicia el trámite con la Dirección de Innovación y Desarrollo - DID para la implementación de un sistema de información requerido en la Delegatura, ya que se encontró que, desde marzo del año 2023, la DIA no cuenta con un sistema que contenga los datos de los procesos e insumos para trámite, como consecuencia de un hackeo a los sistemas de la entidad que se padeció en el año 2023.

Logros alcanzados durante el año 2025

Gestión de Archivo:

La gestión del archivo activo permitió verificar los expedientes físicos que no se encontraban en la base de datos, posteriormente, se realizó un diagnóstico detallado del estado de los expedientes recibidos, evaluando su integridad, organización y correspondencia con los lineamientos establecidos en el Manual de Gestión Documental de la entidad. Luego, se llevó a cabo el diligenciamiento de las Bases de Gestión, complementando la información faltante mediante una comparación minuciosa entre los registros de las bases de datos de las tres (3) Direcciones y las bases suministradas por el archivo, clasificando los expedientes por vigencia.

Asimismo, se efectuó la organización física y el mapeo de los documentos, asegurando su correcta ubicación y trazabilidad. Como parte del proceso, también se realizó la transferencia documental de once (11) cajas, cumpliendo con los requisitos establecidos para la conservación y administración de los expedientes. Finalmente, se registró el Formulario Único de Inventario Documental (FUID) en las bases de cada dirección, consolidando la información para garantizar una adecuada administración documental.

Estrategias de Acción:

Una vez hecho el diagnóstico del archivo y de la capacidad operativa de esta Delegatura, se plantearon 2 estrategias con el fin de descongestionar

la dependencia y avanzar sobre la mora sistemática que se tiene desde su creación en el año 2014; por lo que la DIA debe abarcar dos frentes de trabajo, así:

- Gestionar los expedientes con caducidades del año 2025 al año 2030 que se encuentran para tramite, evitando la producción del fenómeno de la caducidad.
- Gestionar los insumos radicados en la DIA para el año 2025, el año 2026 y así sucesivamente, buscando desde el punto de vista procesal la posibilidad de acumulación, así como también verificar el estado de los vigilados en liquidación y liquidados.

Bajo esta estrategia, también se busca fortalecer el Proceso “Control” del cual somos líderes, implementando junto con las áreas proveedoras, acciones dentro del control preventivo y correctivo anteriores al control punitivo (Proceso Administrativo Sancionatorio) que adelanta esta Delegatura.

Dirección de Investigaciones Logísticos, Farmacéuticos, Entidades Territoriales, y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos:

Tabla 154 Base de gestión Dirección Investigaciones. DIA.

OLGFETGAR							
AÑO CADUCIDAD	TOTAL BASE DE GESTIÓN	CUSTODIA FÍSICA	REPARTO				
			APERTURA	DECISIONES	IMPROCEDENCIAS	PRUEBAS Y ALEGATOS	OTROS
2025	196	0	0	0	0	0	0

OLGFETGAR							
AÑO CADUCIDAD	TOTAL BASE DE GESTIÓN	CUSTODIA FÍSICA	REPARTO				
			APERTURA	DECISIONES	IMPROCEDENCIAS	PRUEBAS Y ALEGATOS	OTROS
2026	276	0	81	83	104	3	5
2027	245	205	14	3	23	0	0
2028	508	500	2	2	3	0	1
2029	31	29	1	1	0	0	0
2030	5	5	0	0	0	0	0
TOTAL	1261						

Fuente: Elaboración propia Delegatura para Investigaciones Administrativas

Dirección de Investigaciones para Entidades Prestadoras en Salud:

Tabla 155 Dirección Investigaciones Entidades Prestadores en Salud

IPS							
AÑO CADUCIDAD	TOTAL BASE DE GESTIÓN	CUSTODIA FÍSICA	REPARTO				
			APERTURA	DECISIONES	IMPROCEDENCIAS	PRUEBAS Y ALEGATOS	OTROS
2025	228	0	0	132	15	0	81
2026	214	0	51	115	29	18	1
2027	306	280	3	5	15	3	0
2028	354	347	5	0	2	0	0
2029	83	80	3	0	0	0	0
2030	18	18	0	0	0	0	0
TOTAL	1203						

Fuente: Elaboración propia Delegatura para Investigaciones Administrativas

a) Dirección de Investigaciones para Entidades de Aseguramiento en Salud:

Tabla 156 Base de Gestión Dirección Investigaciones Entidades de Aseguramiento

DIEAS							
AÑO CADUCIDA	TOTAL BASE DE GESTIÓN	CUSTODIA FÍSICA	REPARTO				
			APERTURA	DECISIONES	IMPROCEDENCIAS	PRUEBAS Y ALEGATOS	OTROS
2025	348	346	0	0	0	0	2
2026	403	98	148	80	23	45	9
2027	474	439	17	9	6	3	0
2028	240	234	4	2	0	0	0
2029	60	53	7	0	0	0	0
2030	17	15	0	0	0	2	0
TOTAL	1542						

Fuente: Elaboración propia Delegatura para Investigaciones Administrativas.

Gestión de la Delegatura

a) Gestión Grupo Secretaría:

La gestión realizada por el Grupo de Secretaría de Investigaciones Administrativas y Archivo de Gestión de la Delegatura para Investigaciones Administrativas de la Superintendencia Nacional de Salud durante el año 2025 se enfocó en fortalecer los procesos administrativos y documentales necesarios para garantizar el adecuado y oportuno desarrollo de las funciones de vigilancia y control a cargo de la Delegatura.

El propósito fundamental del equipo es brindar apoyo administrativo, logístico y documental, asegurando la eficiencia en el manejo de la información y la correcta operación de los procedimientos internos.

Durante el periodo evaluado, el Grupo de Secretaría concentró sus esfuerzos en la optimización de los flujos de trabajo documentales, así como en la estandarización de los procesos de archivo y apoyo administrativo. Entre las principales actividades desarrolladas se destacan:

- Gestión integral de expedientes, incluyendo su organización, actualización, seguimiento y control.
- Control de radicación de documentos internos y externos, garantizando trazabilidad y oportunidad en el registro de la información.
- Digitalización de documentos, orientada a fortalecer la preservación, consulta y disponibilidad de la información.
- Apoyo administrativo y logístico a las actividades operativas de la Delegatura.
- Atención de requerimientos internos y derechos de petición, con un total de 358 solicitudes gestionadas durante el año 2025.
- Coordinación de agendas, programación de reuniones y apoyo en la organización de actividades institucionales.
- Requerimientos internos/ respuestas a derechos de petición que para el año 2025 fueron 358
- Control de notificaciones, garantizando el envío, registro y seguimiento conforme a la normatividad vigente.
- Elaboración y seguimiento de indicadores de gestión, para evaluar el desempeño y promover la mejora continua.

- Gestión de la información y gestión documental, conforme a los lineamientos del Sistema Integrado de Conservación Documental.
- Transferencia documental primaria, en cumplimiento de los requerimientos del Archivo Central.
- Verificación y corrección de los tipos documentales utilizados por la Delegatura, con el fin de asegurar su adecuada incorporación y aprobación en la versión 5 de las Tablas de Retención Documental (TRD)

En el desarrollo de las funciones anteriormente descritas, el grupo identificó oportunidades de mejora para llevar la gestión de la DIA de una manera cada vez más eficaz y eficiente, por lo cual se han propuesto iniciativas en pro del mejoramiento del tratamiento de la información de la Oficina delegada, a fin de lograr estándares altos de calidad que permitan la fluidez de la gestión.

b) **Gestión Grupo Despacho:**

Tabla 157 Gestión Grupo de Despacho de la Delegada de Investigaciones Administrativas

ORGANISMOS DE CONTROL Y DE INVESTIGACIÓN	
SOLICITANTE	TOTAL
Congreso de la República	47
Contraloría General de la República	53
Fiscalía General de la Nación	2
Procuraduría General de la Nación	40
Corte Constitucional	9
Ministerio de Salud y Protección Social	6
Ministerio de Justicia y del Derecho	2
Personería de Pereira	1
Personería de Chía	1

ORGANISMOS DE CONTROL Y DE INVESTIGACIÓN	
SOLICITANTE	TOTAL
Ministerio de Igualdad	2
Defensoría del Pueblo	3
Veeduría Ciudadana	2
Personería de Bogotá	1
Presidencia de la República	1
DEPENDENCIAS Y/O DELEGATURAS SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	
SOLICITANTE	TOTAL
Dependencia Internas	267
Acciones de Tutela o Desacatos	89
Sentencia T760 de 2008 – Orden 16,19,20 y 23-----4	4
Auto 584 de 2024	4
Sentencia T760 de 2008 – Orden 24 y 27	2
Sentencia T760 de 2008 – Orden 21 y 22	1
Sentencia T760 de 2008 – Orden 14	1
Sentencia T760 de 2008 – Orden 29	2
Sentencia T494 de 2023	1
Sentencia T760 de 2008 – Orden 24	1
Sentencia T423 de 2017	1
Auto 1308 de 2024 Tribunal Adtivo Chocó	1
Sentencia 302 de 2017	2
Sentencia 042 de 2022	1

Fuente: Elaboración propia Delegatura para Investigaciones Administrativas

c) Gestión de las Tres (3) Direcciones de la Delegatura:

Número de actos administrativos proferidos del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

TOTAL ACTOS NUMERADOS	1261

Dirección de Investigaciones Logísticos, Farmacéuticos, Entidades Territoriales, y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos - OLGFETGAR:

Tabla 158 Gestión de la Dirección de Investigaciones OLGFETGAR/estado

OLGFETGAR	
ESTADO	BASE 2025
IMPROCEDENCIA	31
APERTURA	25
ACLARATORIA	1
PRUEBAS DE OFICIO	0
PRUEBAS Y ALEGATOS	24
MODIFICATORIA	0
RECURSO	18
REVOCATORIA	4
SANCION	61
TRASLADO PARA CONCLUSION	20
CIERRE Y ARCHIVO	35
TOTALES	219

Fuente: Elaboración propia Delegatura para Investigaciones Administrativas.

Tabla 159 Gestión de la Dirección de Investigaciones OLGFETGAR/Valor de las multas

Año	#de multas	Valor
Enero a diciembre 2025	9	\$ 2.484.007.500

Fuente: Elaboración propia Delegatura para Investigaciones Administrativas.

Dirección de Investigaciones para Instituciones para Prestadores de Servicios de Salud:

Tabla 160 Gestión de la Dirección de Investigaciones-IPS-Estado

IPS	
ESTADO	BASE 2025
IMPROCEDENCIA	1
APERTURA	59
ACLARATORIA	4
PRUEBAS DE OFICIO	4
PRUEBAS Y ALEGATOS	76
MODIFICATORIA	1
RECURSO	60
REVOCATORIA	11
SANCION	114
NULIDAD	0
TRASLADO PARA CONCLUSION	42
CIERRE Y ARCHIVO	0
TOTALES	372

Fuente: Elaboración propia Delegatura para Investigaciones Administrativas.

Tabla 161 Gestión de la Dirección de Investigaciones para IPS -Valor de las multas

Año	#de multas	Valor
Enero a diciembre 2025	28	\$ 7.907.542.500

Fuente: Elaboración propia Delegatura para Investigaciones Administrativas.

Dirección de Investigaciones para Entidades de Aseguramiento en Salud:

Tabla 162 Dirección de Investigaciones para Entidades de Aseguramiento-Estado

DEAS	
ESTADO	BASE 2025
IMPROCEDENCIA	76
APERTURA	89
ACLARATORIA	1
AVERIGUACION PRELIMINAR	34
PRUEBAS DE OFICIO	7
PRUEBAS Y ALEGATOS	105
MODIFICATORIA	6
RECURSO	60
REVOCATORIA	3
SANCION	244
NULIDAD	0
TRASLADO PARA CONCLUSION	33
CIERRE Y ARCHIVO	5
CADUCIDAD	2
TRASLADO PARA CONCLUSION	0
ERROR FORMAL	5
TOTALES	670

Fuente: Elaboración propia Delegatura para Investigaciones Administrativas

Tabla 163 Dirección de Investigaciones para Entidades de Aseguramiento-valor de las multas

Año	#de multas	Valor
enero a diciembre 2025	19	\$ 6.512.512.500

Fuente: Elaboración propia de la Delegada para Investigaciones Administrativa

Logros

Durante la vigencia 2025, la Delegatura para Investigaciones Administrativas alcanzó avances significativos en el fortalecimiento de su gestión misional, administrativa y estratégica, pese a los altos niveles de carga procesal y las limitaciones estructurales de personal.

En primer lugar, se garantizó la continuidad operativa del trámite sancionatorio, mediante la gestión activa de miles de expedientes en las distintas direcciones misionales, lo cual permitió sostener la función de inspección, vigilancia y control en sectores críticos del sistema de salud, especialmente frente a prestadores, aseguradores y operadores logísticos.

Asimismo, se destacó la ejecución eficiente del presupuesto asignado, alcanzando una ejecución superior al 95 % en el proyecto de inversión y del 100 % en el rubro de funcionamiento, lo que permitió fortalecer el apoyo jurídico, técnico y administrativo mediante la vinculación de contratistas estratégicos para la gestión sustantiva de procesos.

En materia de planeación y contratación, se adelantó de manera oportuna la estructuración técnica y jurídica del proceso contractual 2026, logrando dejar avanzados los estudios previos, certificaciones, objetos contractuales y líneas del Plan Anual de Adquisiciones, lo que asegura continuidad institucional y mitigación de riesgos operativos.

En el componente de calidad y mejora continua, se lograron cierres efectivos de planes de mejoramiento, avances sustanciales en los planes abiertos y fortalecimiento del sistema de control interno, lo que contribuyó a la consolidación de prácticas administrativas orientadas a resultados, eficiencia y legalidad.

Se fortaleció la gestión del talento humano, garantizando condiciones adecuadas de trabajo para los funcionarios de carrera, provisionales y contratistas, lo que permitió mantener la estabilidad funcional de la Delegatura en un contexto de alta demanda institucional.

Finalmente se resalta lo siguiente:

Identificación de procesos activos a cargo de la superintendencia delegada/ identificación de capacidad operativa/ gestión de diagnóstico de archivo/gestión de la delegatura

“Agéndate al DIA”: Con la implementación del botón de programación de citas, los usuarios van a poder agendar virtualmente sus citas presenciales con la Delegatura para Investigaciones Administrativas en

las que puedan consultar el estado del expediente físico que contiene las actuaciones del proceso administrativo sancionatorio en curso.

Sanciones de gestores farmacéuticos en primera instancia: En consecuencia, de la visita de auditoría que se llevó a cabo a los gestores farmacéuticos se impuso por primera vez en la historia, dos (2) sanciones en primera instancia a los operadores farmacéuticos SUMINISTROS Y PROCESOS NACIONALES S.A.S – SUMIPROCESOS S.A.S, con multa de DOSCIENTOS CINCUENTA (250) SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES y AUDIFARMA S.A., con multa de DOSCIENTOS TREINTA (230) SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES.

Video institucional de capacitación “Capacítate con la DIA”: La Delegatura para Investigaciones Administrativas diseñó un programa de capacitación para el personal nuevo y antiguo de la dependencia, con el fin de fortalecer los conocimientos de los profesionales sobre el proceso administrativo sancionatorio, sobre todo de aquellos que ingresaron con ocasión del concurso de méritos desarrollado por la Comisión Nacional del Servicio Civil.

La primera fase de la Estrategia comprende 3 videos institucionales dictados por un abogado del área con conocimiento específico del Sistema de Seguridad Social en Salud y el régimen especial del Proceso Administrativo sancionatorio que desarrolla la dependencia. Esta fase se realizó con el apoyo técnico de la Oficina de Comunicaciones de la entidad.

Proceso de actualización de Acuerdos de Nivel de Servicio - ANS:

La delegatura para investigaciones administrativas con el acompañamiento de la oficina Asesora de Planeación ha adelantado mesas de trabajo con todas sus áreas proveedoras y dependencias con las cuales tienen actividades en conjunto que afectan su misionalidad, con el fin de tecnificar la calidad de los insumos que comportan los traslados para valorar el mérito de eventuales investigaciones sancionatorias. Esto sumado a capacitar a los funcionarios en estos acuerdos y a su vez recoger inquietudes y sugerencias para realizar posibles actualizaciones.

Retos 2026

Para la vigencia 2026, uno de los principales desafíos de la Delegatura será la gestión de una carga procesal estructuralmente elevada, representada en más de 4.000 expedientes activos, frente a una capacidad operativa limitada, con aproximadamente 76 funcionarios de planta, situación que impacta directamente los tiempos de respuesta, la oportunidad de las actuaciones administrativas y la prevención de riesgos de caducidad.

A ello se suma la necesidad de fortalecer la sostenibilidad del talento humano, no solo en términos de número de profesionales disponibles, sino también en condiciones de estabilidad, capacitación y especialización, dado el alto nivel de complejidad técnica y jurídica de los procesos sancionatorios en el sector salud.

Otro reto estratégico será la reducción del riesgo de caducidades, especialmente en las etapas de apertura, pruebas, alegatos y decisión, lo que exige una mejora continua en los mecanismos de priorización,

planeación procesal y control de términos, apoyados en herramientas tecnológicas y metodologías de gestión por resultados.

Adicionalmente, será prioritario consolidar la ejecución oportuna del proyecto de inversión 2026, garantizando la contratación temprana de los perfiles sustanciadores, revisores y asistenciales, para evitar impactos en la continuidad del servicio y en el cumplimiento de metas institucionales. Finalmente, la Delegatura enfrenta el reto de profundizar la articulación interdependencias, el fortalecimiento del sistema de calidad y la estandarización de procesos, como mecanismos para mejorar la eficiencia administrativa, disminuir reprocesos y asegurar decisiones oportunas, motivadas y ajustadas al ordenamiento jurídico.

- a) **Actualización de política sancionatoria:** Tras la expedición de la Política Sancionatoria en 2023, la Delegatura realizó un análisis de su aplicación práctica, identificando la necesidad de actualizarla con el fin de fortalecer su claridad, coherencia normativa y efectividad frente a los sujetos vigilados. En particular, se evidenciaron oportunidades de mejora en la unificación de criterios sancionatorios y en la previsibilidad de las decisiones administrativas.

Como resultado de este diagnóstico, la actualización de la Política Sancionatoria fue incorporada en la Agenda Regulatoria institucional, con el propósito de adelantar su revisión y ajuste durante la vigencia 2026, orientada a consolidar un instrumento más claro, técnico y funcional para la actuación sancionatoria de la Entidad.

- b) **Capacitación a Vigilados en Territorio:** Con cargo al presupuesto de la vigencia 2026, la Delegatura para Investigaciones Administrativas

proyectó, por primera vez, la realización de actividades presenciales en territorio, orientadas a fortalecer las capacidades institucionales de los sujetos vigilados mediante procesos de socialización y capacitación directa. Esta estrategia busca mejorar la comprensión de la función de control ejercida por la Delegatura, promover el cumplimiento normativo y fortalecer la articulación entre los niveles central y regional.

En este marco, se programaron inicialmente catorce (14) mesas de socialización, en articulación con las demás áreas misionales y de apoyo de la Superintendencia Nacional de Salud, cuyo objeto es acompañar a las regionales en espacios técnicos de diálogo para exponer, explicar y aclarar el alcance de la función de control de la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas, así como resolver inquietudes relacionadas con procedimientos, criterios de actuación y lineamientos institucionales.

3.7. Delegatura para la Función Jurisdiccional y de Conciliación

La función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud se desarrolla mediante un procedimiento sumario, con arreglo a los principios de publicidad, prevalencia del derecho sustancial, economía, celeridad y eficacia, garantizando debidamente los derechos al debido proceso, defensa y contradicción. Y el propósito de la función de conciliación es actuar como Entidad conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados o entre estos y los usuarios generados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud.

Es así que en el año 2025, se programaron 9.522 audiencias de conciliación extrajudiciales en derecho con una cuantía pretendida de \$ 38.687.087.473.646, siendo 5.164 programadas y surtidas en sede Bogotá (reparto ordinario, aplazamientos y/o suspensiones), con una cuantía pretendida de \$24.367.249.759.393 y 4358 atendidas en el desarrollo de las jornadas de conciliación en territorio por \$14.319.837.714.253, señalando que las mismas fueron atendidas de manera virtual, presencial y/o mixta.

Dentro del cronograma de actividades en sede Bogotá, se publicaron y surtieron **14** programadores, se realizaron **14** Pre-jornadas y **16** jornadas de conciliación extrajudiciales en derecho, con un cubrimiento en los **32** departamentos, incluido Bogotá - Distrito Capital, logrando los siguientes resultados:

Tabla 164 Actividades Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación

CONCEPTO	REPARTO BOGOTA		JORNADAS DE CONCILIACIÓN		TOTALES	
	NÚMERO	VALORES	NÚMERO	VALORES	NÚMERO	VALORES (Cifras en Pesos)
Audiencias programadas y pretensiones mes de diciembre del 2025	5164	24.367.249.759.393	4358	14.319.837.714.253	9522	38.687.087.473.646
PÚBLICAS ESE	2921	14.559.345.986.187	2680	7.808.739.524.485	5601	22.368.085.510.672
PRIVADAS IPS	2243	9.807.903.773.206	1678	6.511.098.189.768	3921	16.319.001.962.974
ACUERDOS	199	81.586.419.300	345	111.558.684.297	544	193.145.103.597
PÚBLICAS ESE	83	16.749.013.964	157	61.967.461.289	240	78.716.475.253
PRIVADAS IPS	116	64.837.405.336	188	49.591.223.008	304	114.428.628.344
CONSTANCIAS DE NO ACUERDOS	1.874	0	1904	0	3.778	0
DESISTIMIENTOS	257	868.703.275.399	215	281.357.567.140	472	1.150.060.842.539
ASISTENCIA CONVOCANTE	307	-	1187	-	1.494	-
ASISTENCIA CONVOCADO	424		201		625	
INASISTENCIA AMBAS PARTES	50		48		98	
SUSPENSIONES REPROGRAMACIONES Y APLAZAMIENTOS	696		1684		2.380	
OTROS	114		17		131	

CONCEPTO	REPARTO BOGOTA		JORNADAS DE CONCILIACIÓN		TOTALES	
	NÚMERO	VALORES	NÚMERO	VALORES	NÚMERO	VALORES (Cifras en Pesos)
TOTAL AUDIENCIAS ATENDIDAS	0	0	0	0	0	0
VR GESTIÓN FLUJO DE RECURSOS (ACUERDOS+DESISTIMIENTOS)		950.289.694.699		392.916.251.437		1.343.205.946.136
TOTAL VALOR COMPROMISO DE DEPURACIÓN	807	3.550.865.386.154	1110	7.437.708.133.780	1.917	10.988.573.519.934
VALORES A DEPURAR POR LAS PARTES EN ACUERDOS CONCILIATORIOS	120	260.680.301.595	254	419.140.052.618	374	679.820.354.213
VALORES A DEPURAR POR LAS PARTES EN NO ACUERDOS	687	3.290.185.084.559	856	7.018.568.081.162	1.543	10.308.753.165.721

Fuente: Elaboración propia Delegatura Función Jurisdiccional y de Conciliación - Bases de Datos Dirección de Conciliación

Gestión de recuperación de flujo de recursos para el SGSSS

En el citado periodo se registra una recuperación del flujo de recursos para el SGSSS, de **\$1.343.205.946.136**, reflejados en la suscripción de **544** acuerdos conciliatorios por **\$193.145.103.597** y **472** desistimientos por **\$1.150.060.842.539**, así:

Tabla 165 Recuperación de flujo de recursos para el SGSSS

RED	No. Acuerdos	Valor Acordado	No.	Valor Desistido	Total, Acuerdos +	Valor Recuperación Flujo de Recursos
			Desistimientos		Desistimientos	(Acuerdos + Desistimientos)
PÚBLICA	240	78.716.475.253	170	354.112.601.451	410	432.829.076.704
PRIVADA	304	114.428.628.344	302	795.948.241.087	606	910.376.869.431
TOTALES	544	193.145.103.597	472	1.150.060.842.539	1016	1.343.205.946.136

Fuente: Elaboración propia Delegatura Función Jurisdiccional y de Conciliación - - Bases de Datos Dirección de Conciliación

Es pertinente señalar que el proceso conciliatorio tiene como finalidad principal la recuperación del flujo de recursos entre prestadores de servicios de salud públicos y privados y entidades responsables de pago, generados por la prestación de servicios de salud, que permitan garantizar la continuidad de la prestación servicios de salud, la de generar acercamientos entre los actores del sistema, propiciar condiciones aptas para el diálogo y la convivencia pacífica, y servir como instrumento para la construcción de paz y el tejido social, propósitos de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS).

Gestión Dirección de procesos Jurisdiccionales - 01 de enero del 2025 a 31 de diciembre del 2025.

1. Grupo de Cobertura y Afiliaciones:

Tabla 166 Procesos Jurisdiccionales - 01 de enero Del 2025 a 31 de diciembre de 2025

FECHA	NÚMERO DE DEMANDAS RECIBIDAS	AUTOS	SENTENCIAS
ene-25	177	169	86
feb-25	143	163	128
mar-25	84	151	167
abr-25	79	113	103
may-25	76	111	85
jun-25	87	107	71
jul-25	97	132	43
ago-25	102	104	65
sep-25	89	131	49
oct-25	68	96	65
Nov-25	82	85	49
Dic-25	92	100	49
TOTAL	1.176	1.462	960

Fuente: Elaboración propia Delegatura Función Jurisdiccional y de Conciliación

Grupo de Glosas y Recobros:

Tabla 167 Demandas de glosas y recobros

FECHA	NUMERO DE DEMANDAS	CUANTÍA Pesos	PROVIDENCIAS EMITIDAS	CUANTÍA Pesos
1/01/2025	1	\$ 13.511.681,00	15	\$ 8.272.378.057,00
1/02/2025	8	\$ 2.255.166.501,00	19	\$ 22.635.652.228,00
1/03/2025	4	\$ 1.735.939.496,00	11	\$ 4.792.651.133,00
1/04/2025	5	\$ 6.339.031.255,00	15	\$ 21.585.331.580,00
1/05/2025	19	\$ 4.389.925.116,00	15	\$ 16.717.501.383,00
1/06/2025	6	\$ 279.921.918,00	45	\$ 8.725.798.888,00
1/07/2025	4	\$ 182.079.659,00	14	\$ 1.012.148.407,00
1/08/2025	3	\$ 6.459.812.723,00	14	\$ 7.449.799.246,00
1/09/2025	8	\$ 2.759.596.437,00	26	\$ 14.208.242.679,00
1/10/2025	12	\$ 35.203.158.464,00	22	\$ 16.634.097.722,00
1/11/2025	7	\$ 4.037.835.117,00	11	\$ 2.953.440.041,00
1/12/2025	5	\$ 941.202.254,00	21	\$ 13.420.788.398,00
TOTAL	82	\$ 64.597.180.621	228	\$ 138.407.829.762,

Fuente: Elaboración propia Delegatura Función Jurisdiccional y de Conciliación

- Las providencias emitidas corresponden a sentencias y autos
- Los valores son tomados de acuerdo con las pretensiones de cada demanda
- Información sustraída del gestor documental y base de trabajo interna del grupo de glosas.

Grupo de Reconocimiento Económico:

Durante el período que se reporta, se recibieron un total de **313** demandas con una cuantía pretendida de OCHO MIL SEISCIENTOS DIECISIETE MILLONES TRECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE (**\$8.617.393.849**). Al respecto, se gestionaron un total de **779** autos y **276** sentencias, discriminados así:

Tabla 168 Demandas de reconocimiento económico

RECONOCIMIENTO ECONÓMICO			
FECHA	NÚMERO DE DEMANDAS RADICADAS	FECHA	NÚMERO DE DEMANDAS RADICADAS
Enero 2025	21	Julio 2025	20
Febrero 2025	30	Agosto 2025	30
Marzo 2025	30	Septiembre 2025	26
Abril 2025	19	Octubre 2025	31
Mayo 2025	27	Noviembre 2025	27
Junio 2025	30	Diciembre 2025	22
TOTAL GENERAL	313		

Fuente: Elaboración propia Delegatura Función Jurisdiccional y de Conciliación.

Tabla 169 Pretensiones en demandas de reconocimiento económico

Cifras en pesos

FECHA	VALOR DE PRETENSIONES EN DEMANDAS PRESENTADAS	FECHA	VALOR DE PRETENSIONES EN DEMANDAS PRESENTADAS
Enero 2025	\$213.247.427	Julio 2025	\$280.102.088
Febrero 2025	\$347.026.835	Agosto 2025	\$4.821.751.684
Marzo 2025	\$242.060.460	Septiembre 2025	\$469.178.053
Abril 2025	\$180.210.088	Octubre 2025	\$601.385.531
Mayo 2025	\$306.430.092	Noviembre 2025	\$417.909.865
Junio 2025	\$323.776.961	Diciembre 2025	\$414.314.765
TOTAL	\$ 8.617.393.849		

Fuente: Elaboración propia Delegatura Función Jurisdiccional y de Conciliación

Tabla 170 Montos reconocidos en Sentencias

Cifras en pesos

FECHA INICIAL	FECHA FINAL	MONTO TOTAL DE PRETENSIONES RECONOCIDAS EN SENTENCIAS EMITIDAS
01 DE ENERO DE 2025	31 DE DICIEMBRE DE 2025	\$1.730.329.189

Fuente: Elaboración propia Delegatura Función Jurisdiccional y de Conciliación

Tabla 171 Autos gestionados

FECHA	NÚMERO DE AUTOS GESTIONADOS	FECHA	NÚMERO DE AUTOS GESTIONADOS
Enero 2025	78	Julio 2025	89
Febrero 2025	48	Agosto 2025	75
Marzo 2025	112	Septiembre 2025	68
Abril 2025	28	Octubre 2025	44
Mayo 2025	94	Noviembre 2025	33
Junio 2025	60	Diciembre 2025	50
TOTAL	779		

Fuente: Elaboración propia Delegatura Función Jurisdiccional y de Conciliación

Tabla 172 Sentencias

FECHA	NÚMERO DE SENTENCIAS GESTIONADAS	FECHA	NÚMERO DE SENTENCIAS GESTIONADAS
Enero 2025	17	Julio 2025	28
Febrero 2025	23	Agosto 2025	24
Marzo 2025	21	Septiembre 2025	21
Abril 2025	13	Octubre 2025	18
Mayo 2025	59	Noviembre 2025	8
Junio 2025	33	Diciembre 2025	11
TOTAL	276		

Fuente: Elaboración propia Delegatura Función Jurisdiccional y de Conciliación

Grupo de Secretaría:

- **Gestión de radicación y reparto de demandas.**

Durante el período comprendido entre el 01 de enero del 2025 al 31 de diciembre del 2025, se recibieron un total de **1.569** demandas, las cuales fueron repartidas a los grupos internos de trabajo.

- **Gestión de notificaciones.**

Durante el período comprendido entre el 01 de enero del 2025 al 31 de diciembre del 2025, se notificaron un total de **3.635** providencias, las cuales fueron suministradas por los grupos internos de trabajo adscritos a la dirección así:

- Cobertura: **2.454** providencias notificadas.
- Prestaciones Economicas: **30** providencias notificadas.
- Reconocimiento Económico: **948** providencias notificadas.
- Glosas, Recobros y Reclamaciones: **203** providencias notificadas.

La gestión detallada por mes del reparto de demandas a lo largo del 2025 se presenta a continuación:

Tabla 173 Notificaciones gestionadas 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

MES	COBERTURA	PRESTACIONES ECONÓMICAS	RECONOCIMIENTO ECONÓMICO	GLOSAS RECOBROS Y RECLAMACIONES	TOTAL MES
ENERO	218	2	82	13	315

MES	COBERTURA	PRESTACIONES ECONÓMICAS	RECONOCIMIENTO ECONÓMICO	GLOSAS RECOBROS Y RECLAMACIONES	TOTAL MES
FEBRERO	288	1	78	16	383
MARZO	279	3	92	11	385
ABRIL	267	8	48	3	326
MAYO	216	5	117	18	356
JUNIO	196	5	114	29	344
JULIO	156	4	121	20	301
AGOSTO	183	2	114	34	333
SEPTIEMBRE	171	0	46	0	217
OCTUBRE	118	0	61	37	216
NOVIEMBRE	146	0	30	10	186
DICIEMBRE	216	0	45	12	273
TOTAL	2454	30	948	203	3635

Fuente: Elaboración propia Delegatura Función Jurisdiccional y de Conciliación - Bases de Datos Grupo de Secretaría.

- **Gestión de derechos de petición a cargo del grupo de secretaria.**

Durante el período comprendido entre el 01 de enero del 2025 al 31 de diciembre del 2025, se proyectaron y notificaron un total de **315** respuestas a derechos de petición, las cuales se detallan de la siguiente manera:

Tabla 174 Derechos de petición 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

MES	TOTAL DERECHOS DE PETICION
ENERO	22
FEBRERO	37
MARZO	20
ABRIL	9

MES	TOTAL DERECHOS DE PETICION
MAYO	17
JUNIO	9
JULIO	22
AGOSTO	16
SEPTIEMBRE	53
OCTUBRE	26
NOVIEMBRE	51
DICIEMBRE	33
TOTAL	315

Fuente: Elaboración propia Delegatura Función Jurisdiccional y de Conciliación - Bases de Datos Grupo de secretaria.

Grupo de Informes Técnicos:

Tabla 175 Informes técnicos para el grupo de Glosas

GLOSAS		
MES	SOLICITADOS	TERMINADOS
ENERO	4	5
FEBRERO	4	7
MARZO	9	10
ABRIL	17	8
MAYO	6	11
JUNIO	20	17
JULIO	12	11
AGOSTO	13	13
SEPTIEMBRE	14	14
OCTUBRE	11	8
NOVIEMBRE	9	11
DICIEMBRE	11	11
TOTAL	130	126

Fuente: Elaboración propia Delegatura Función Jurisdiccional y de Conciliación

Grupo de Glosas y Recobros:

Tabla 176 Informes técnicos para el grupo de Reconocimiento Económico

RECONOCIMIENTO ECONÓMICO		
MES	SOLICITADOS	TERMINADOS
ENERO	38	14
FEBRERO	6	36
MARZO	29	18
ABRIL	24	18
MAYO	51	53
JUNIO	33	38
JULIO	48	40
AGOSTO	29	27
SEPTIEMBRE	37	36
OCTUBRE	16	25
NOVIEMBRE	14	8
DICIEMBRE	6	12
TOTAL	331	325

Fuente: Elaboración propia Delegatura Función Jurisdiccional y de Conciliación

Tabla 177 Informes técnicos para el grupo de Cobertura

COBERTURA		
MES	SOLICITADOS	TERMINADOS
ENERO	183	181
FEBRERO	239	212
MARZO	141	158
ABRIL	98	103
MAYO	127	116
JUNIO	109	108
JULIO	139	111
AGOSTO	133	142
SEPTIEMBRE	144	131
OCTUBRE	131	112
NOVIEMBRE	111	135

COBERTURA		
MES	SOLICITADOS	TERMINADOS
DICIEMBRE	117	137
TOTAL	1672	1646

Fuente: Elaboración propia Delegatura Función Jurisdiccional y de Conciliación

3.8. Oficina de Liquidaciones

La oficina de liquidaciones tiene a su cargo el seguimiento y monitoreo sobre los recursos del sector salud y usuarios de los sujetos a inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud de los procesos en liquidación forzosa administrativa para liquidar IFAL y las liquidaciones voluntarias u ordenadas por otras autoridades; de acuerdo con lo mencionado la Oficina de Liquidaciones tiene a su cargo un universo de 1.258 procesos en liquidación distribuidos así: Procesos Ordenados en Ejecución: Corresponde a 1 proceso en liquidación de EPS; Procesos Ordenados Liquidados: Corresponde a 123 procesos de los cuales son: 4 ESE inactivas, 3 IPS inactivas y 116 EPS distribuidas así: 15 EPS con mandato activo y 101 inactivas; Procesos No Ordenados en Ejecución: Corresponde a 646 procesos distribuidos así: 1 EPS y 645 IPS; Procesos No ordenados Inactivas: Corresponde a 488 procesos divididos así: 15 EPS, 456 IPS, 13 Monopolios rentísticos, 1 Régimen Excepción y 3 Transporte especial de pacientes.

Información Relevante procesos de liquidación IFAL

En el periodo del informe se encontraban 3 procesos de liquidación en ejecución los cuales eran: Ecoopsos EPS hoy liquidada, Comfaguajira EPS hoy liquidada y Convida EPS en liquidación; de tales procesos se finalizaron 2 procesos así:

- Ecoopsos EPS hoy liquidada finalizó el 12 de abril del 2025.
- Comfaguajira EPS hoy liquidada finalizó el 28 de agosto del 2025.

De los procesos en mención se presenta la siguiente información respecto de su gestión:

Tabla 178 Procesos de liquidación

EPS	Ecoopsos	Comfaguajira	Convida en Liquidación
AA Toma de Posesión	Resolución 2023320030002332-6 del 12/04/2023 (2 años)	Resolución 2022320000007627-6 del 03/11/2022 (2 años)	Resolución 2022320030005874-6 del 14/09/2022
Prórrogas	No aplica	Resolución 2024130000014602-6 del 31/10/2024, ordena prorrogar por el término de 6 meses hasta el 4/05/2025 - Resolución 2025130000002643-6 del 2/05/2025 ordena prorrogar la Resolución 2022320000007627-6 del 3/11/2022 y prorrogada por la resolución 2024130000014602-6 del 3/10/2024, por el término de diecinueve (19) días, es decir hasta el 29/05/2025	Resolución 2024130000012631-6 del 13/09/2024, corregida con la Resolución 2024130000012728-6 del 18/09/2024 (por 6 meses, es decir, hasta el 14/03/2025), Resolución 202513000001580-6 del 14/03/2025 (por el término de cuatro (4) meses, es decir hasta el 14/07/2025), Resolución

EPS	Ecoopsos	Comfaguajira	Convida en Liquidación
			2025130000005564-6 del 14/07/2025 (por el término de siete (7) meses, es decir, hasta el 14/02/2026)
Remociones y Designaciones	Resolución 2023320030002332-6 del 12/04/2023 designa como liquidador a la dra. Army Judith Escandón de Rojas y como contralor a la firma Baker Tilly Colombia Ltda., quienes se posesionaron respectivamente con actas OL-L001-2023 y OL-L002-2023.	Resolución 2022300000007627-6 del 3/11/2022 Liquidador - Luis Eduardo Medina Romero S.D.M.E. No. OL-L-007-2022 Contralor - Alfredo Rafael Ríos de La Hoz S.D.M.E. No. OL-L-007-2022 Resolución número 2022130000008163-6 del 29/11/2022 Corregida por la Resolución número 2022130000008335-6 del 5/12/2022 Liquidador - Juan José Gómez Vélez S.D.M.E. No. OL-L-010-2022 Contralor - Yelena Vanesa Díaz Fuenmayor S.D.M.E. No. OL-L-012-2022. - Resolución 20231300000014211-6 del 07/12/2023, se aceptó renuncia a la designación de agente liquidador y se designó liquidador al proceso de intervención forzosa administrativa para liquidar del Programa de Entidad Promotora de Salud de la Caja de Compensación Familiar de la Guajira-Comfaguajira en Liquidación, por consiguiente, se designó a la doctora Ana Zojaira Camargo Iguarán identificada con cédula de ciudadanía número 39.491.053 de Maicao, quien asumió la designación mediante acta de posesión OL-L008-2023. - Resolución N° 202413000000153886 del 27/11/2024, se acepta la	Resolución 2022320030005874-6 del 14/09/2022 designa como agente liquidador al doctor Héctor Julio Prieto Cely, - Resolución 20241300000012631-6 del 13/09/2024 designa como contralora a Mónica Ortega Martínez, - Resolución 2025130000004245-6 del 3/06/2025, removió al doctor Héctor Julio Prieto Cely como liquidador, designó al doctor Gilberto Enrique Hoyos Pacheco, - Resolución 2025130000007337-6 del 28/08/2025, removió a la doctora Mónica Ortega Martínez y designo a Alexandra Amparo Pino Rengifo como contralora.

EPS	Ecoopsos	Comfaguajira	Convida en Liquidación
		renuncia de la Dra. Ana Zojaira Camargo Iguarán como Agente Especial Liquidadora de la EPS designando en su reemplazo a la Dra. Diana Patricia Tello Córdoba identificada con cédula de ciudadanía 35.896.913, quien se posesionó en según consta en Acta No. 0L-L003-2024.	
AA Terminación de Existencia	Resolución 586 del 11 de abril de 2025	Primer cierre- Resolución N° L-170 del 29 de mayo de 2025 y cierre de reapertura Resolución N° L-172 del 28 de agosto de 2025	No aplica
Reapertura, sí aplica	No aplica	Resolución 202513000000 5988-6 de 29 de julio de 2025 ordena la reapertura por el término de 30 días calendario para que se realice la suscripción del contrato de situaciones jurídicas no definidas y designa como liquidadora a Diana Patricia Tello Córdoba.	No aplica
Descripción de negocio jurídico de SND al cierre de la liquidación	Contrato de Mandato, por un plazo de 1 año, hasta el 12 de abril del 2025, suscrito con Sociedad de Auditorías & Consultorías S.A.S -SAC Consulting S.A.S del 12 de abril del 2024, con el objeto de confiere a favor de SAC Consulting SAS un mandato con representación para atender las actividades descritas en este contrato y sus anexos, como las que se deban adelantar con posterioridad a la terminación de la existencial legal de Ecoopsos EPS SAS en liquidación.	Contrato 001- 2025, por un plazo de 2 años o hasta el agotamiento del objeto contractual, hasta el 25 de agosto de 2027, suscrito con Mabel Adelvia Sarquis Rivera del 25 de agosto del 2025, con el objeto de realizar única y exclusivamente las actividades descritas en el presenta contrato, posteriores a la terminación del proceso liquidatorio y en consecuencia la terminación de existencia legal del Mandate, actividades que se detallan con las instrucciones conferidas por el mandante y en particular las contenidas en las cláusulas y anexos del presente contrato.	No aplica
Descripción de elementos relevantes del	A la terminación de la liquidación se pagó el total de las acreencias	El programa de EPS de Comfaguajira en liquidación a su término pagó el 96,9% de las	Este proceso aún está en ejecución; pero a la fecha ha

EPS	Ecoopsos	Comfaguajira	Convida en Liquidación
Informe final de liquidación	excluidas de la masa, el 100% de las acreencias laborales y el 1,67% a prestadores de servicios de salud	acreencias excluidas. A su vez pagó el total de las acreencias oportunas laborales y un 7,73% de las acreencias presentadas por EPS e IPS y proveedores.	pagado el 100% de las acreencias de la no masa, el total de las acreencias laborales oportunas y el 61% de las acreencias de prestadores de servicios de salud.

Descripción de seguimiento de la SNS – OL IFAL y No ordenadas

- Visitas de seguimiento en campo:**

En el periodo comprendido entre el 1º de enero del 2025 al 31 de diciembre del 2025 se realizaron diez (10) visitas de seguimiento en campo de procesos en liquidación de entidades en intervención forzosa administrativa para liquidar IFAL, cuatro (4) a negocios jurídicos encargados de realizar actividades encomendadas para desarrollo posterior a la liquidación de los sujetos vigilados, y cinco (3) Auditorías en campo a procesos de liquidaciones no ordenadas. En dichas visitas se ejecutaron acciones concertadas al seguimiento y monitoreo de los recursos del sector salud y el cumplimiento de los derechos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, realizando traslados a los organismos de control y a la delegada para Investigaciones Administrativas y/o a las instancias competentes cuando a ello hubiere lugar.

Dichas acciones han permitido aumentar la credibilidad en la labor de la Superintendencia Nacional de Salud y el seguimiento que esta hace frente a los derechos de los usuarios del sistema de salud.

- **Traslados a Entes de Control**

Durante el periodo del 1 de enero del 2025 al 31 de diciembre del 2025, la Oficina de Liquidaciones, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control sobre los sujetos vigilados, y en cumplimiento de los principios que rigen los procesos liquidatarios, la función administrativa y la rendición de cuentas, adelantó acciones orientadas a garantizar la legalidad y transparencia en el desarrollo de los procesos. En el marco de la atribución de trasladar a las instancias competentes las presuntas irregularidades que puedan constituir infracción a las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, y con base en el análisis técnico realizado, se efectuaron 27 traslados a entes de control, distribuidos de la siguiente manera: 15 a la Procuraduría General de la Nación, 10 a la Contraloría General de la República y 2 a la Junta Central de Contadores, contribuyendo así al fortalecimiento del control institucional y al cumplimiento del marco normativo vigente.

- **Actos Administrativos Expedidos por la SNS**

Los actos administrativos expedidos por la Oficina de liquidaciones de la Superintendencia Nacional de Salud correspondieron a los procesos de Comfaguajira EPS hoy liquidada de la cual se expidieron 2 Resoluciones y

Convida EPS en liquidación de la cual se han expedido 6 Resoluciones, tal como se evidencia a continuación:

Tabla 179 Actos administrativos Comfaguajira EPS IFAL

Acto administrativo	Fecha	Por la cual...
Resolución 2025130000002643-6	2/05/2025	2da Prórroga liquidación
Resolución 2025130000005988-6	29/07/2025	Reapertura del proceso IFAL

Fuente: Elaboración propia Oficina de Liquidaciones

Tabla 180 Actos administrativos Convida EPS IFAL

Acto administrativo	Fecha	Por la cual...
Resolución 2025130000001580-6	14/03/2025	2da Prórroga liquidación
Resolución 2025130000004245-6	3/06/2025	Remoción y designación liquidador
Resolución 2025130000005713-6	18/04/2025	Honorarios liquidador
Resolución 2025130000005564-6	14/07/2025	3ra Prórroga liquidación
Resolución 2025130000005713-6	28/08/2025	Remoción y designación contralor
Resolución 2025130000009839-6	15/10/2025	Fija honorarios contralora

Fuente: Elaboración propia Oficina de Liquidaciones

- **Requerimientos realizados a los procesos de liquidación de Ecoopsos EPS hoy liquidada, Convida EPS en liquidación y Comfaguajira EPS hoy liquidada.**

En marco de las funciones misionales de la Oficina de Liquidaciones y con el propósito de fortalecer las estrategias de seguimiento y monitoreo sobre el uso de los recursos del sector salud y la garantía de los derechos de los afiliados y usuarios de las entidades sujetas a inspección, vigilancia y control, que se encuentran en proceso de

liquidación ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud, se realizaron 65 requerimientos de información dirigidos a los procesos de liquidación de Ecoopsos EPS hoy liquidada, Convida EPS en liquidación y Comfaguajira EPS hoy liquidada, distribuidos así:

Tabla 181 Procesos de liquidación

Entidad	Nº de requerimientos
Requerimientos Ecoopsos	21
Requerimientos Convida	28
Requerimiento Comfaguajira	16

Fuente: Elaboración propia Ofician de Liquidaciones

Estos requerimientos tuvieron como finalidad ejercer un control técnico más rigurosos; encaminados en realizar un seguimiento más efectivo y eficiente sobre las actuaciones de los procesos de liquidación y de las actuaciones de los designados por la Superintendencia Nacional de Salud a cada medida, en función de la evaluación de las actividades desarrolladas dentro del proceso liquidatario.

- **Atención PQRS:**

La Oficina de Liquidaciones recibió del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre del 2025 un total de 6.430 Peticiones Quejas, Reclamos y Denuncias – PQRS, de las cuales se resolvieron de forma efectiva 6.396, evidenciando un indicador de eficiencia en la gestión de un 99.47%, correspondiendo la diferencia a PQRS que se encontraban en términos

de respuesta. Adicionalmente durante este periodo de tiempo se dio respuesta a los derechos de petición correspondientes al rezago histórico de la oficina.

Proyectos Especiales

- **Expedición Circular Externa 2025151000000010-5 de 2015 del 17-12-2025.**

Con el propósito de fortalecer y actualizar los reportes presentados por las entidades vigiladas en proceso de liquidación, la Oficina de Liquidaciones adelantó mesas de trabajo conjuntas con la Dirección de Innovación y Desarrollo. Estas acciones tuvieron como objetivo la expedición de una nueva Circular Externa que modifica la Circular Externa 016 de 2016, en lo relacionado con la actualización de los anexos técnicos FT012, FT015 y la creación de un nuevo archivo formato FT041 Detalle del Gasto Administrativo de la Liquidación.

Esta iniciativa se enmarco en la necesidad de armonizar los requerimientos de información con el marco normativo vigente, específicamente el contenido en el Anexo 5 del Decreto Único 2420 de 2015, adicionado por el Decreto 2101 de 2016, el cual establece las normas de información financiera aplicables a entidades que no cumplen con la hipótesis de negocio en marcha.

La actualización de estos anexos técnicos permitirá a la Superintendencia mejorar la calidad y precisión del análisis de la información reportada,

facilitando un seguimiento y monitoreo más efectivo de los procesos de liquidación, y fortaleciendo así los mecanismos de supervisión y vigilancia institucional.

- **Tablero de control**

Durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025, la Oficina de Liquidaciones de la Superintendencia Nacional de Salud ha publicado de manera mensual, a través de su página web institucional, información financiera y de avance de los procesos de liquidación de las entidades en intervención forzosa administrativa para liquidar (IFAL). Así como información básica de las liquidaciones no ordenadas por esta Superintendencia.

Esta publicación se realiza mediante el instrumento denominado “Tablero de Control”, desarrollado en la plataforma Power BI.

La implementación de esta herramienta ha sido posible gracias al trabajo articulado entre los equipos interdisciplinarios de la Dirección de Innovación y Desarrollo y la Oficina de Liquidaciones. Este tablero permite a la ciudadanía acceder de forma oportuna, clara y transparente a información relevante sobre el estado financiero y el progreso de los procesos de liquidación; esto en cumplimiento de las obligaciones de las entidades públicas en materia de divulgación de información de interés general.

Esta estrategia fortalece el principio de transparencia institucional y contribuye a la rendición de cuentas, al facilitar el acceso a datos actualizados y de importancia relativa para los diferentes grupos de interés.

- **Modificación Resolución 2599 de 2015**

En el marco de los procesos de mejora normativa y fortalecimiento institucional, la Oficina de Liquidaciones ha participado activamente en las mesas de trabajo internas convocadas para la revisión y modificación de la Resolución 2599 de 2016. Estas mesas han sido lideradas por la Delegatura para Entidades de Aseguramiento en Salud.

La participación de la Oficina de Liquidaciones ha sido fundamental para aportar una perspectiva técnica y operativa basada en la experiencia acumulada en el seguimiento a la ejecución de procesos de intervención forzosa administrativa para liquidar. Este conocimiento ha permitido identificar oportunidades de mejora en los procedimientos establecidos por la resolución vigente, así como proponer ajustes que garanticen mayor eficiencia, transparencia y seguridad jurídica.

Durante las sesiones de trabajo, se abordaron aspectos clave como los criterios para la designación de agentes liquidadores, los plazos y etapas del proceso de liquidación y la articulación con otras dependencias y entidades del sistema. La Oficina de Liquidaciones presentó observaciones

y propuestas orientadas a fortalecer la capacidad institucional para responder de manera oportuna y eficaz.

La participación en estas mesas de trabajo refleja el compromiso de la Oficina de Liquidaciones con la mejora continua y el cumplimiento de los principios de legalidad, eficiencia y responsabilidad en la gestión pública.

Mesa de trabajo Circular 030 de 2013

La Oficina de Liquidaciones adelanta procesos de liquidación ordenados a programas de salud del régimen subsidiado o contributivo de Cajas de Compensación Familiar; entidades estas que por su naturaleza son sujetos vigilados de la Superintendencia del Subsidio Familiar, en el marco de lo dispuesto en la Ley 25 de 1981.

Así se presenta una concurrencia de competencias entre las dos Superintendencias, las que recaen sobre aquellas cajas de compensación que cuentan con programa de EPS, y para el caso de la Oficina de Liquidaciones aquellas que han sido objeto de medida de intervención forzosa administrativa para liquidar ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud o que han optado por liquidación voluntaria.

Con el fin de fortalecer el ejercicio de las competencias funcionales de inspección, vigilancia y control que nos asisten como Oficina de Liquidaciones sobre este tipo de vigilados y en privilegio del principio de

coordinación⁶ ha adelantado tres (3) mesas interinstitucionales que han servido de canal de comunicación con interventores que fungen en calidad de representantes de la Delegatura para la Responsabilidad Administrativa y las Medidas Especiales de la Superintendencia del Subsidio Familiar; espacios en los cuales se han abordado temas de interés para efectos de las atribuciones, acciones y alcance de las competencias de cada una de las entidades en relación con el desempeño de los vigilados en común. En relación con lo anterior, debemos precisar que dos (2) de las tres (3) mesas interinstitucionales descritas previamente, han tenido por objeto evaluar la viabilidad jurídica y financiera de la reapertura (art 9.1.3.7.2 del Decreto 2555 de 2010) del proceso de liquidación forzoso administrativo del programa de EPS de la Caja de Compensación Familiar de Cartagena y Bolívar, el cual finalizó por cumplimiento del término de la medida el 6 de agosto de 2023.

Logros

Logro 1: Gestión exitosa de la finalización de Procesos de Liquidación. En el periodo 1 de enero del 2025 a 31 de diciembre del 2025 se finalizaron dos (2) Procesos en medida de Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar – IFAL de un total de 3 procesos que se

⁶ El principio de coordinación administrativa, establecido en el CPACA (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo), es una regla fundamental que exige a las autoridades públicas colaborar y armonizar sus actuaciones para cumplir eficazmente los fines del Estado.

encontraban activos, lo que corresponde a un 66.66% del 100% del universo de las Entidades en esta medida.

Logro 2. Optimización en la respuesta de PQRSD de la ciudadanía en general por parte de la Oficina de Liquidaciones. La Oficina de Liquidaciones recibió del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre del 2025 un total de 6.430 Peticiones Quejas, Reclamos y Denuncias – PQRSD, de las cuales se resolvieron de forma efectiva 6.396, mientras que los restantes se encuentran en términos de respuesta. Así mismo en dicho periodo la Oficina de liquidaciones realizó 27 traslados a los organismos de control.

Para lograr el resultado descrito anteriormente fue necesario: i) Establecer un plan de choque con cada funcionario, ii) Fortalecer el equipo de la oficina por medio de la contratación de perfiles que apoyaran la respuesta de PQRSD, iii) Capacitar nuevamente a los funcionarios en la utilización de la herramienta tecnológica del sistema de gestión documental y servicio al cliente – entre otras. Esto permitió mejorar el trámite de forma pertinente, asertiva e inmediata generando una mayor confianza para los diferentes actores del sistema de salud.

Logro 3. Fortalecimiento del seguimiento y monitoreo de los vigilados de liquidaciones no ordenadas. En el periodo 1 de enero del 2025 a 31 de diciembre del 2025 se realizaron cinco (3) visitas de seguimiento a Liquidaciones no ordenadas y se han identificado 646

entidades en liquidación no ordenadas. Se ejecutaron acciones concertadas en el seguimiento y monitoreo de los recursos del sector salud y el cumplimiento de los derechos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, realizando las denuncias a la delegada para Investigaciones Administrativas y/o a las instancias competentes cuando a ello hubiere lugar.

Logro 4. Fortalecimiento del seguimiento y monitoreo de los vigilados de liquidaciones ordenadas. A través de esta gestión, se vela por el cumplimiento del objeto de los procesos concursales; el que consiste en la pronta realización de los activos para el pago de los pasivos reconocidos, hasta el monto de dichos activos.

En este contexto, y conforme al marco jurídico que regula las acciones y atribuciones de esta Superintendencia en materia de liquidaciones ordenadas, la Oficina de Liquidaciones ha implementado una estrategia de seguimiento, en complemento de los reportes de información financiera que las liquidaciones deben presentar para efectos de monitoreo y control de la medida.

Retos y Desafíos

Fortalecimiento de la capacidad operativa: La oficina enfrenta el reto de fortalecer su capacidad operativa a través de un análisis técnico de cargas laborales que permita detallar objetivamente las brechas existentes entre los recursos humanos disponibles y las responsabilidades

asignadas. Este estudio servirá como insumo para la creación o asignación de nuevos cargos a la oficina de liquidaciones, lo que contribuirá a una distribución más equitativa del trabajo, optimizará el desempeño del equipo y permitirá avanzar con mayor eficacia en el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.

Consolidar el marco normativo para el seguimiento de entidades liquidadas:

La oficina de liquidaciones enfrenta obstáculo en el seguimiento a los procesos cuya liquidación a concluido e implica la interacción con sujetos no vigilados como mandatarios, fiducias, patrimonios autónomos y personas naturales o jurídicas encargadas de realizar actividades encomendadas para desarrollo posterior a la liquidación, quienes no tienen unas responsabilidades específicas frente al sistema de salud distintas de las obligaciones que se hallan acordado con los liquidadores, para lo cual se propondrá construir un proyecto normativo de Decreto a través del Ministerio de Salud y Protección Social en el cual se desarrolle las responsabilidades de los referidos sujetos, competencias de las Superintendencia y derechos de los usuarios una vez concluida la liquidación de un sujeto vigilado.

Pendientes:

Los temas pendientes y que serán ejecutados en la vigencia 2026, por parte de la Oficina de Liquidaciones son los siguientes:

Tabla 182 Pendientes

Actividad	Descripción
Fase 2 Tablero de Control:	En cumplimiento con lo establecido en el PEI se tiene como meta agregar a la información actual que se reporta en tablero de control, la visualización de los datos de acreencias, reclamadas, reconocidas, y pagadas en los procesos de intervención forzosa administrativa para liquidar vigentes o que se encuentren en ejecución, esto con la finalidad que los terceros interesados conozcan la evolución del proceso de liquidación de forma transparente y eficiente.
Batería de Indicadores:	La Oficina de Liquidaciones requiere que desarrolle con la Dirección de Innovación y Desarrollo un sistema que permite alimentar la información financiera, correspondiente a indicadores exclusivos para entidades que no cumplen la hipótesis de negocio en marcha, y que tal herramienta permita realizar un análisis comparativo entre periodos de reporte, con el fin de mejorar el seguimiento al proceso de liquidación.
Gestión de archivo en la nube:	La Oficina de Liquidaciones requiere que desarrolle con la Dirección de Innovación y Desarrollo una gestión de archivo en la nube, con el fin de almacenar, organizar, acceder de forma rápida y compartir documentos de manera segura y eficiente, sin necesidad de servidores físicos y con el fin salvaguardar la información y de la oficina.
Seguimiento al cumplimiento de las metas establecidas en el PAG:	La Oficina de Liquidaciones incremento las metas de visita a entidades en liquidación ordenadas por la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de cumplir con el presupuesto estimado para la oficina. De igual forma, se debe continuar con el seguimiento a gestión de PQRSD asignadas a los contratistas de la oficina buscando el cumplimiento de la meta establecida para esta actividad en el Plan Anual de Gestión.
Mesas de trabajo Interinstitucionales:	Se tiene como tema prioritario continuar con las mesas de trabajo con la Superintendencia de Subsidio Familiar y la Caja de Compensación Familiar de Cartagena y Bolívar, buscando evaluar la posibilidad de reabrir el proceso de liquidación del programa de EPS.
Seguimiento a la Gestión de Archivo de la OL:	Con el objetivo de mejorar la organización y accesibilidad de la información, se realizará seguimiento al cronograma de gestión documental física de la Oficina de Liquidaciones. Esta actividad busca garantizar que los archivos se encuentren debidamente clasificados y disponibles para consulta eficiente, especialmente en lo relacionado con el seguimiento a las medidas de IFAL, cuya documentación presenta un rezago aproximado de cinco años. El proceso permitirá identificar avances, retrasos y necesidades de ajuste en la planificación, contribuyendo a una gestión documental más efectiva y alineada con los principios archivísticos institucionales.
Estrategia de seguimiento a No ordenadas:	La Oficina de Liquidaciones se encuentra a la espera de la aprobación de un ajuste presupuestal que permitiría fortalecer las capacidades operativas para el seguimiento de procesos no ordenados. En este contexto, se plantea el diseño e implementación de una estrategia técnica de seguimiento orientada a identificar, clasificar y gestionar dichos procesos, en concordancia con las competencias asignadas a la Superintendencia.
Seguimiento proceso IFAL de Convida ESP-S:	Actualmente, la Oficina de Liquidaciones se encuentra activo el proceso de liquidación de la EPS Convida, en el marco de la medida de intervención forzosa administrativa para liquidar (IFAL). En este sentido, se requiere mantener un seguimiento continuo, oportuno y técnicamente riguroso del proceso, hasta la finalización de la medida, conforme a las competencias asignadas a esta Superintendencia.

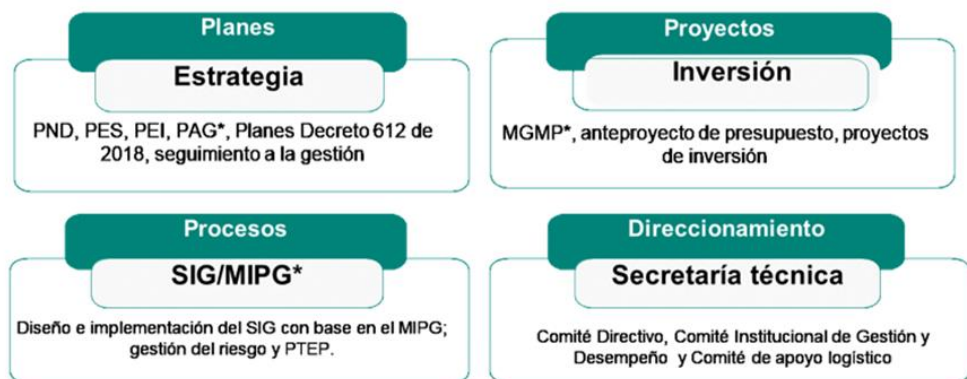
4. Descripción de la Gestión Estratégica

4.1. Oficina Asesora de Planeación

La Oficina Asesora de Planeación es la dependencia que coordina la formulación, implementación, seguimiento y mejora de los planes, programas, proyectos y procesos institucionales, necesarios para el cumplimiento de la misionalidad de la entidad y de las metas sectoriales. Somos el eje central para lograr el debido cumplimiento de las políticas de gestión y desempeño que componen el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, definiendo la ruta estratégica para el logro de objetivos.

Sus principales frentes de trabajo se describen en la siguiente figura:

Ilustración 26 Frentes de trabajo Oficina Asesora de Planeación



* PND: Plan Nacional de Desarrollo; PES: Plan Estratégico Sectorial; PEI: Plan Estratégico Institucional; PAG: Plan Anual de Gestión.

* MGMP: Marco de gasto de mediano plazo

* SIG/MIPG: Sistema Integrado de Gestión; Modelo Integrado de Planeación y Gestión. PTEP: Programa de Transparencia y Ética Pública.

Políticas lideradas desde la OAP: Transparencia y acceso a la información pública, Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas, Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos, Racionalización de Trámites.

Fuente: Elaboración propia Oficina Asesora de Planeación

A continuación, se presentan los resultados de los indicadores a cargo de la Oficina Asesora de Planeación, que son medidos en el Plan Estratégico Institucional y el Plan Anual de Gestión:

Resultado índice de Desempeño Institucional

En la siguiente tabla se presentan los resultados del índice de Desempeño Institucional, los cuales se obtienen a partir del diligenciamiento del Formulario Único de Reporte Avance de la Gestión (FURAG).

Tabla 183 Resultado Índice de Desempeño Institucional

AÑO 2023			Año 2024		
Meta	Resultado	% cumplimiento	Meta	Resultado	% cumplimiento
82,9	83	100%	83	87,5	105%

Fuente: Elaboración propia Oficina Asesora de Planeación

De acuerdo con lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud sobre cumplió la meta 2024 (83), dado que se obtuvieron 4,5 puntos por encima (87,5) de lo programado. Esto se debe a que desde la Oficina Asesora de Planeación se identificaron brechas o lineamientos con bajo nivel de cumplimiento y se concertaron acciones con los responsables de cada política, donde a través de espacios de asesoría, acompañamiento, capacitación y sensibilización, se logró avanzar en el cumplimiento de requisitos clave.

Porcentaje de avance en el cumplimiento de actividades formuladas en PEI y PAG.

En la siguiente tabla se presentan los resultados del indicador Porcentaje de avance en el cumplimiento de actividades formuladas en Plan Estratégico Institucional y el Plan Anual de Gestión.

Tabla 184 Porcentaje de avance en el cumplimiento de actividades formuladas en PEI y PAG

2025		
META	RESULTADO	% CUMPLIMIENTO
98%	98%	100%

Fuente: Elaboración propia Oficina Asesora de Planeación

Durante el 2025 se logró el 98% de cumplimiento de los indicadores y actividades formulados en el PEI (29) y el PAG (128), el cual se obtiene del promedio global de cumplimiento de cada uno de estos. Este desempeño es debido al comportamiento de la dispensación de fórmulas de medicamentos de manera completa y la implementación de lineamientos del Sistema de Gestión del Conocimiento y la Innovación, frente a los cuales se está implementando un plan de choque y acciones específicas para lograr el cumplimiento de las metas trazadas.

Porcentaje de cumplimiento ejecución de los recursos de inversión.

En la siguiente tabla se presentan los resultados del indicador Porcentaje de cumplimiento de los recursos de inversión, así:

Tabla 185 Indicador Porcentaje de cumplimiento de los recursos de inversión

2025		
META	RESULTADO	% CUMPLIMIENTO
85%	95,65%	100%

Fuente: Elaboración propia Oficina Asesora de Planeación

Al 31 de diciembre de 2025, del total de recursos de inversión asignados para la presente vigencia, y una vez aplicada la reducción presupuestal (Decreto No. 1484 de 2025) que fijó la nueva apropiación en \$84.527.452.102, se han comprometido \$84.130.515.250, equivalentes al 99,53% de la apropiación definitiva. De este valor, se generaron obligaciones por \$78.454.712.594, cifra que corresponde al 95.65% de los recursos comprometidos y al 92.81% del total de recursos asignados para la vigencia. En términos generales el nivel de compromisos fue 19 puntos porcentuales respecto al 2024, y las obligaciones superaron en 20 punto porcentuales con relación al año anterior.

e) Porcentaje de documentos actualizados o elaborados en el SIG.

En la siguiente tabla se presentan los resultados del indicador Porcentaje de documentos actualizados o elaborados en el Sistema Integrado de Gestión.

Tabla 186 Porcentaje de documentos actualizados o elaborados en el sistema integrado de gestión

PRIMER CUATRIMESTRE 2025			SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025			TERCER CUATRIMESTRE 2025		
Meta	Resultado	% cumplimiento	Meta	Resultado	% cumplimiento	Meta	Resultado	% cumplimiento
10%	100% (77)	100%	40%	100% (67)	100%	90%	100% (105)	100%

Fuente: Elaboración propia Oficina Asesora de Planeación

Durante el primer cuatrimestre de 2025, se elaboraron o actualizaron 77 documentos priorizados, en el segundo cuatrimestre se elaboraron o actualizaron 67 documentos priorizados, y en el tercer cuatrimestre se elaboraron o actualizaron 105 documentos priorizados para un total de 249 documentos priorizados a 31 de diciembre de 2025, cumpliendo en 100% la meta trazada para el período.

e) Índice de Transparencia - ITA.

En la tabla siguiente se presentan los resultados de la medición del índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública – ITA.

Tabla 187 Indicador ITA

2025		
META	RESULTADO	% CUMPLIMIENTO
100	100	100%

Fuente: Elaboración propia OAP, a partir de los resultados generados por la Procuraduría General de la Nación.

La medición del Índice de Transparencia y Acceso a la Información (ITA) es crucial para evaluar el cumplimiento de las obligaciones de transparencia de las entidades públicas, promover la rendición de cuentas y fortalecer la confianza ciudadana en las instituciones, permitiendo identificar el grado de cumplimiento con la ley de transparencia, cuantificar la evolución de la política de acceso a la información pública y asegurar que la información de interés sea accesible y de calidad para todos los ciudadanos.

El sistema de información tipo formulario es el instrumento que permite medir el nivel de cumplimiento de la Ley por parte de cada sujeto obligado. Este sistema genera, a partir de la información registrada, los resultados del indicador denominado Índice de Transparencia y Acceso a la Información – ITA, el cual es medido anualmente por la Procuraduría General de la Nación.

En ese sentido, la Superintendencia luego de reportar la información institucional logró un puntaje de 100, debido a que cumplió con todos los requerimientos establecidos dentro del mismo, este resultado refleja el compromiso de la entidad en esta materia y en la lucha contra la corrupción.

Principales logros de la Oficina Asesora de Planeación

En cumplimiento de las funciones establecidas en el Decreto 1080 de 2021, la Oficina Asesora de Planeación ha obtenido los siguientes logros medibles y evidenciables en la vigencia 2025:

- **Incremento de 4.5 puntos en el Índice de Desempeño Institucional-IDI**

La Entidad desplegó la estrategia para la implementación de requisitos de las Políticas de Gestión y Desempeño dispuestos a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Gestión y Desempeño -MIPG, con el objetivo de incrementar el nivel de cumplimiento de los procesos de la entidad en materia de legalidad, transparencia y eficiencia administrativa.

Para mejorar el cumplimiento de estos requisitos, desde la Oficina Asesora de Planeación se identificaron brechas o lineamientos con bajo nivel de cumplimiento y se concertaron acciones con los responsables de cada política, donde a través de espacios de asesoría, acompañamiento, capacitación y sensibilización, se logró avanzar en el cumplimiento de requisitos clave.

Así mismo se desarrollaron acciones para asegurar una adecuada recolección y verificación de datos e información y registro de respuestas en el Formulario Único de Reporte a la Gestión -FURAG, para la medición del Índice de Desempeño Institucional. En este ejercicio participaron 93 funcionarios para atender las 499 preguntas asignadas a la Entidad, en un periodo de 20 días hábiles.

Los resultados obtenidos fueron:

Ilustración 27 Resultados del IDI por Entidad – Comparativo entre las vigencias 2024 y 2023.



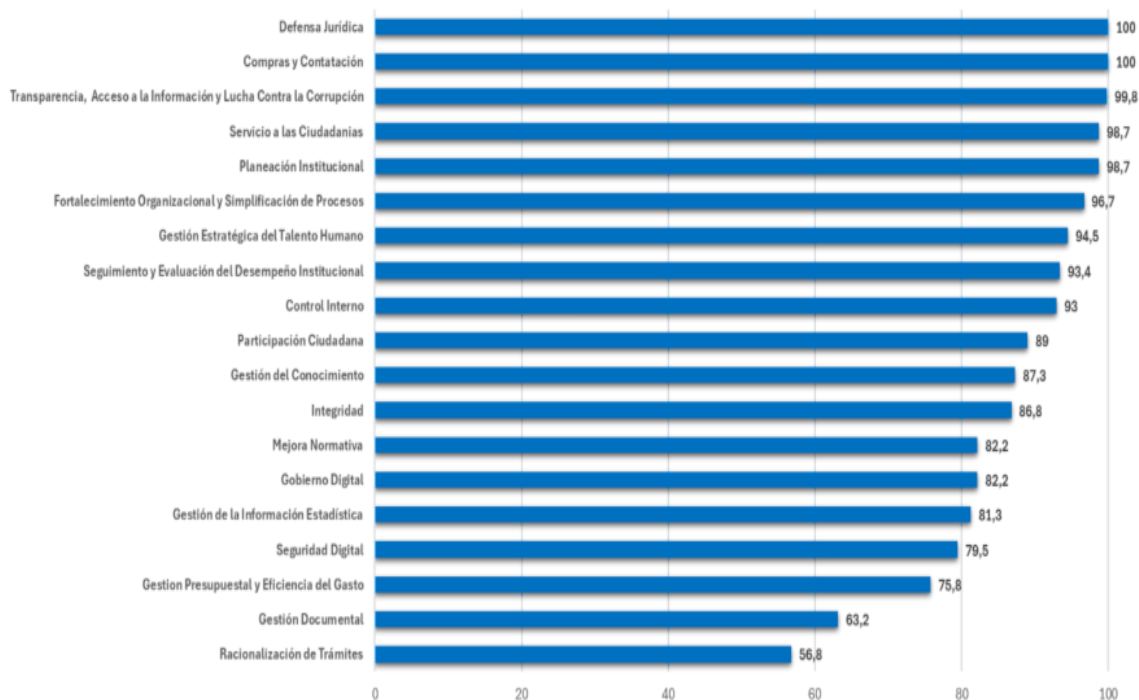
Fuente: DAFPP- Resultados de la Medición de Desempeño Institucional por entidad

En la gráfica siguiente se evidencia el incremento en 4.5 puntos comparado con la vigencia 2023 (para más información ver Anexo Brechas y recomendaciones FURAG).

Las políticas de Defensa Jurídica y Compras y Contratación alcanzaron el máximo valor del índice de desempeño. Las políticas que incrementaron su desempeño fueron Gestión del Conocimiento, Servicio a la Ciudadanía, Gobierno Digital, Gestión de la Información Estadística, Integridad, Control Interno, Gestión Presupuestal, Transparencia, Seguimiento y Evaluación, Planeación Institucional, Gestión Estratégica de Talento Humano y Fortalecimiento Organizacional.

Este resultado evidencia una mayor eficiencia y legalidad en los procesos internos de la Entidad, lo cual se traduce en una mejor capacidad de respuesta, mayor transparencia y calidad en la supervisión del sistema de salud.

Ilustración 28 Resultado de la medición de desempeño institucional por política, vigencia 2024.



Fuente: Función Pública- Resultados de la Medición de Desempeño Institucional por política.

Incremento de 17 puntos en la ejecución presupuestal

Durante la vigencia 2025 la entidad alcanzó un nivel de ejecución (compromisos) del 97% de los recursos de inversión asignados a la entidad, logrando superar en 17 puntos porcentuales la ejecución al mismo corte de la vigencia 2025.

Desde la Oficina Asesora de Planeación y la Secretaria General, se han planteado acciones conjuntas que permiten realizar un seguimiento estricto a la ejecución de los gastos de la entidad, generando alertas y la

toma de decisiones oportunas para mejorar el nivel de ejecución de los recursos asignados: realización de reuniones de seguimiento periódicas con los ejecutores de los recursos de inversión, seguimiento a la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones, seguimiento a la ejecución presupuestal a través del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, y del Comité Directivo. A través de la ejecución de estos recursos se ha logrado mejorar la capacidad institucional de respuesta.

249 documentos gestionados para fortalecer la documentación del Sistema Integrado de Gestión

Para el periodo enero a diciembre de 2025, la Superintendencia Nacional de Salud gestionó la creación de 117 documentos (47%), la actualización de 116 documentos (46.6%) y la eliminación de 16 documentos (6.4%) en el marco de los procesos institucionales del Sistema Integrado de Gestión y conforme a las necesidades identificadas por las dependencias líderes y participantes de los procesos institucionales. La gestión de estos 249 documentos se enmarca en las siguientes tipologías documentales: Proceso (12), Caracterización de proceso (3), Política Institucional (10), Procedimiento (16), Manual (36), Metodologías (3), Guía (4), Formatos (165).

La gestión documental del Sistema Integrado de Gestión (SIG) se desarrolló mediante un trabajo articulado entre gestores, funcionarios y líderes de proceso. Estas acciones contribuyeron a la mejora continua de la entidad, fortaleciendo la organización interna, la actualización, el acceso oportuno a la información y especialmente, permitió incorporar

controles orientados a prevenir la materialización de riesgos de gestión, fiscales o de corrupción.

Metas armonizadas y monitoreadas para fortalecer la planeación de la entidad

En 2025, la Superintendencia fortaleció su plataforma estratégica, mediante la revisión y alineación del Plan Estratégico Sectorial y el Plan Estratégico Institucional con el Plan Anual de Gestión, los Planes Institucionales del Decreto 612 de 2018 y los Proyectos de Inversión, con el fin de asegurar la coherencia de los compromisos del sector salud con los objetivos de la entidad, mejorando de esta manera la armonización y la eficiencia en el monitoreo de las metas estratégicas y tácticas definidas en los instrumentos de planeación.

Este ejercicio se realizó a través de un proceso participativo entre funcionarios de la entidad y la ciudadanía, que permitió la reformulación de indicadores, con miras a fortalecer la toma de decisiones y con ello garantizar el cumplimiento de la misionalidad de la entidad en materia de inspección, vigilancia y control del sistema de salud.

A través de un proceso de planeación estratégica participativo, mediante herramientas de diagnóstico institucional y la definición de Objetivos Estratégicos y Líneas de Acción, se formuló y adoptó el Plan Estratégico Institucional 2024–2026, alineado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Estratégico Sectorial y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se

optimizó y actualizó el Plan Anual de Gestión 2025, y se aprobó el Plan Anual de Gestión 2026, con metas e indicadores definidos para cada dependencia y se articularon los Planes Operativos Anuales a los Planes Estratégicos, procurando que los primeros se armonizaran con una visión a largo plazo.

Así mismo, se crearon y vincularon a la estrategia institucional nueve (9) Programas Estratégicos que son un conjunto de acciones y proyectos planificados, aprobados y establecidos por la entidad a largo plazo para alcanzar las metas organizacionales fijadas a nivel estratégico, programático y operativo. Los programas se alinean con la visión, la misión y los objetivos estratégicos para la asignación eficiente de recursos, la identificación de prioridades y facilitar el seguimiento a la gestión.

Los programas de la Supersalud están relacionados con el fortalecimiento de las acciones para el acceso a la salud, la inspección, vigilancia y control para la defensa del derecho a la salud, el fortalecimiento de la institucionalidad, la transformación digital, la protección de los recursos del Sistema de Salud, entre otros. Estos programas sirven como hoja de ruta, vinculando la estrategia con la operación diaria mediante indicadores de resultados.

En la siguiente gráfica, se detalla la alineación estratégica entre los componentes de la planeación institucional a corto, mediano y largo plazo:

Ilustración 29 Niveles de la planeación en la entidad año 2025.

Marco Estratégico: Objetivos de desarrollo sostenible (ODS); Plan Nacional de Desarrollo; Plan Nacional Decenal de Salud; Plan Estratégico Sectorial; Propósito o mega meta; Misión, Visión.



Fuente: Elaboración propia Oficina Asesora de Planeación

Así mismo, se fortalecieron las herramientas de seguimiento y evaluación, con la generación de reportes de avance trimestrales y la consolidación de informes de gestión, los cuales son presentados en los Comités Directivos y en los Comités Institucionales de Gestión y Desempeño como insumo para la toma de decisiones, para asegurar la identificación de alertas ante posibles incumplimientos frente a las metas institucionales.

Estas acciones impactan de manera positiva los resultados de la planeación de la entidad, al generar una mayor transparencia para la

participación en la gestión de la entidad, el fortalecimiento del seguimiento y control institucional con miras a reportes de cumplimiento de metas sectoriales e institucionales, la generación de herramientas y habilidades en los funcionarios de la Supersalud para el autocontrol, seguimiento y evaluación de resultados para promover la mejora continua en la entidad, así como también, facilita el control de los recursos públicos al poder medir los resultados institucionales frente a la inversión.

Cumplimiento del 100% de los requisitos del Índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública – ITA

En el marco de la actividad “Liderar el cumplimiento de los requisitos del Índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública – ITA”, se logró el cumplimiento total de la meta, obteniendo un resultado de 100 puntos sobre 100, tanto en el reporte de autodiagnóstico como en la auditoría realizada por la Procuraduría General de la Nación, lo cual evidencia el cumplimiento integral de los criterios evaluados por el índice.

A continuación, se relacionan las acciones desarrolladas en la vigencia 2025 y con corte tercer trimestre de esta vigencia:

- Cierre de brechas identificadas, con la participación de la Dirección de Innovación y Desarrollo, la Subdirección de Tecnologías de la Información, la delegada para la Protección al Usuario y la Oficina Asesora de Comunicaciones e Imagen Institucional.
- Coordinación del proceso de autodiagnóstico.

- Seguimiento a los requisitos del ITA.
- Articulación con las áreas responsables de la publicación de información.
- Revisión y fortalecimiento de los canales institucionales.
- Atención directa para resolver observaciones y asegurar el cumplimiento.

Otras acciones de la OAP que fortalecen la institucionalidad de la Supersalud

Armonización de la plataforma estratégica

Para visibilizar el compromiso de la entidad con la protección del derecho a la salud de los colombianos y la defensa de los recursos del Sistema, se desarrollaron las siguientes acciones:

- Elaboración del Diagnóstico de capacidades y entornos por dependencia y consolidado institucional.
- Creación de los programas estratégicos de largo aliento (legado).
- Alienación de las metas estratégicas y programáticas con las metas del Plan Nacional Decenal de Salud y el Plan Sectorial, incluyendo la creación de nuevas metas para aquellos frentes de trabajo faltantes.
- Armonización de todos los niveles de la planeación, para que se pueda ver una jerarquía y alineación lógica, que permite el análisis de resultados.

- Seguimiento a compromisos Conpes.
- Creación de los Tableros estratégicos, para reportes y monitoreo de metas, con ayuda de una nueva tecnología e inteligencia artificial, para mejorar la eficiencia en la evaluación de la gestión de la entidad.

Rediseño del mapa de procesos y de los riesgos de la entidad

Para generar una mayor eficiencia administrativa y fortalecer los controles de integridad, desde la Oficina Asesora de Planeación se inició en el mes de agosto el rediseño del mapa de procesos y la creación del nuevo mapa de riesgos de integridad de la entidad, de acuerdo con los lineamientos expedidos por la Secretaría de Transparencia y la Función Pública. Para tal fin se están desarrollando las siguientes acciones:

- Establecimiento de un nuevo mapa de procesos y un plan de actualización documental, debidamente concertado con todos los directivos de la entidad y sus gestores designados.

El nuevo mapa de procesos inició su construcción en el mes de julio de 2025 con el objetivo de crear una cadena de valor mucho más ajustada a las necesidades institucionales y a las estrategias de la entidad, así como también, a los requisitos legales derivados del Decreto 1080 de 2021 y del Decreto 1499 de 2017 (Modelo Integrado de Planeación y Gestión). Para lograr esta nueva propuesta se desarrollaron tres talleres con los gestores de la entidad y se llevó a Comité Institucional de Gestión y Desempeño

para revisión y aporte de todos los directivos de la entidad. En el marco del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, los miembros del Comité aprobaron el nuevo Mapa de Procesos de la entidad, el cual servirá como instrumento fundamental para fortalecer la gestión institucional, mejorar el desempeño organizacional y garantizar la articulación eficiente de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo. Derivado de esto y para lograr una adecuada implementación del nuevo mapa de procesos, se concertó con todas las dependencias un plan de actualización de los documentos del Sistema Integrado de Gestión, el cual traza una ruta de trabajo para fortalecer la descripción especialmente de los procedimientos y controles que requiere la entidad para su operación transparente y eficiente. Este plan de trabajo está planeado para cumplirse en las vigencias 2025 y 2026.

- Creación de la categoría de procedimientos, la cual había sido eliminada a raíz de la reingeniería del año 2022 y es obligatoria, según las directrices de Función Pública y la Contraloría General de la Nación. El no contar con procedimientos debidamente documentados afecta a la entidad porque le impide contar con metodologías claramente definidas, con responsables, tiempos, registros y controles, dificultando la transferencia de conocimiento y la evaluación de la gestión de la entidad. Esta nueva categoría documental se reincorporó al Sistema Integrado de Gestión desde el mes de junio de 2025 y para tal fin se creó la plantilla de procedimientos en Word, la cual tiene como anexos los diagramas

de flujo que se elaborarán en la herramienta tecnológica debidamente licenciada por la entidad, reemplazando el actual Bizagi que no tiene licencia y representa un riesgo para la seguridad de la información.

- Implementación de controles más efectivos, para prevenir hechos de corrupción, de acuerdo con los lineamientos del nuevo Programa de Transparencia y Ética Empresarial. Estos controles se están documentando en la nueva estructura de los procedimientos de la entidad, como puntos de control en cada descriptivo.
- Creación de los tableros de indicadores por proceso y de los indicadores clave de riesgo, dado que la entidad adolece de indicadores que midan el cumplimiento de los objetivos de los procesos. Estos indicadores empezarán a funcionar una vez se apruebe el nuevo mapa de procesos, es decir, a partir del 2026.
- Elaboración del nuevo mapa de riesgos de integridad de la entidad, que permitirá fortalecer la prevención de los hechos de corrupción y generar controles más efectivos, con un monitoreo eficiente y transparente. Este mapa de riesgos se derivará del nuevo mapa de procesos que está en la última fase de aprobación y empezará a funcionar a partir de enero de 2026.

En adición, durante 2025 la Oficina Asesora de Planeación desarrolló diversas acciones orientadas a fortalecer la gestión integral del riesgo y la prevención de hechos de corrupción en la entidad. Como

parte del fortalecimiento de capacidades institucionales, se realizaron jornadas de capacitación con el DAFP y con los gestores de procesos, se elaboraron los informes trimestrales de monitoreo que garantizan el seguimiento oportuno y sistemático a los riesgos identificados, y se actualizó la metodología institucional mediante la creación del procedimiento de gestión del riesgo, la actualización del manual y la adopción del formato de mapa integral de riesgo, consolidando el marco metodológico y documental para la gestión del riesgo en la entidad.

- Implementación de la nueva herramienta tecnológica para el Sistema Integrado de Gestión, que tendrá los módulos de documentos, riesgos, indicadores, planes, mejoras, auditorias, MIPG, Balanced Score Card (BSC), Sistema de Gestión Ambiental, Sistema de Gestión de Seguridad y Privacidad de la Información, reportes, presentaciones, reuniones y administrador, con el apoyo de inteligencia artificial. Este proceso contractual inició en el mes de junio de 2025 y ya está en fase final de consolidación de los documentos insumo, para desarrollar la contratación y puesta en marcha en el mes de enero de 2026.

Desempeño institucional

Para Incrementar los resultados de gestión y desempeño de la entidad, generando valor público, la OAP viene liderando un plan de cierre de brechas detectadas en las evaluaciones del índice de Desempeño

Institucional – IDI, el cual es una herramienta de Función Pública que evalúa la gestión y el desempeño de las entidades públicas, con el objetivo de medir su capacidad para producir bienes y prestar servicios de manera eficiente y efectiva a la ciudadanía⁷. Se calcula de manera anual a través del Formulario Único de Reporte a la Gestión – FURAG, mediante el cual se capturan, monitorean y evalúan los avances sectoriales e institucionales en la implementación de las políticas de desarrollo administrativo de la vigencia anterior al reporte a través del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y mide la orientación de las entidades hacia la eficacia y la eficiencia⁸.

Dada la importancia de esta medición, no solo porque genera un resultado numérico con el cual se mide la gestión y desempeño de la entidad en la vigencia, sino por significar una herramienta de gran relevancia para poder mejorar la legalidad, transparencia, eficiencia y generación de valor público en la Superintendencia y orientar la gestión hacia resultados en el marco de la integridad. Desde la Oficina Asesora de Planeación se adelantó las siguientes acciones desde enero de 2025:

- Establecimiento en el mes de marzo de 2025 del Plan de cierre de brechas FURAG, el cual fue concertado con todas las dependencias

⁷ Glosario Función Pública.

https://www1.funcionpublica.gov.co/glosario/-/wiki/Glosario+2/%C3%8Dndice+de+Desempe%C3%B1o+Integral+%3COPEN_PARENTHESES%3EIDI%3CLOSE_PARENTHESES%3E

⁸ https://www1.funcionpublica.gov.co/preguntas-frecuentes/-/asset_publisher/sqxafjubsrEu/content/-que-es-el-furag-/28585938

de la entidad y con el Ministerio de Salud y Protección Social. Este plan permitió asesorar a las dependencias en el cumplimiento de sus requisitos y hacer seguimiento a los avances. Durante la vigencia se realizó el acompañamiento permanente y el seguimiento mensual al cumplimiento del plan por parte de las diferentes dependencias líderes de las políticas del Modelo Integrado de Planeación. Como resultado de este proceso de monitoreo, al cierre de la vigencia se alcanzó un nivel de cumplimiento del 88,31 % del plan, reflejado en el cierre de 68 brechas que habían sido identificadas al finalizar la vigencia 2024. Estos resultados evidencian avances significativos en la gestión institucional y contribuyen al fortalecimiento de los procesos y la mejora del desempeño organizacional.

- Diseño de la herramienta de autodiagnóstico de la Política de Simplificación, Racionalización y Estandarización de Trámites, así como del instrumento de priorización de trámites para su mejora. Adicionalmente, se efectuó el diagnóstico del estado de los trámites de la Entidad y se brindó acompañamiento en su actualización, conforme a lo establecido en la Política y a los insumos suministrados por las áreas misionales. En relación con el trámite RILCO (Registro de Interventores, Liquidadores y Contralores), la Oficina Asesora de Planeación presentó observaciones en agosto de 2025, las cuales fueron elevadas al Comité Institucional de Gestión y Desempeño y se solicitó mesa de trabajo con la Función Pública, sesión que se llevó a cabo en el mes de noviembre de 2025, donde

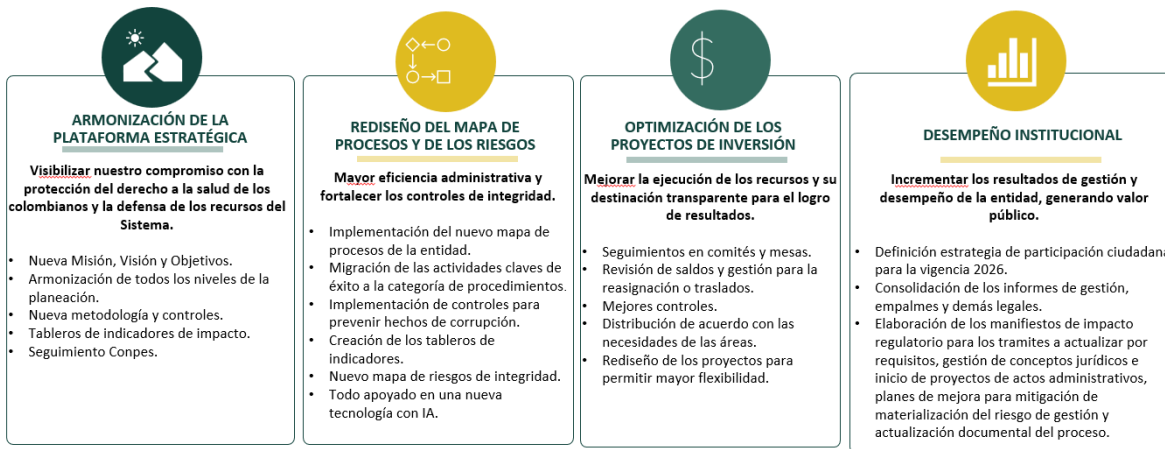
se acordó avanzar en la solicitud de eliminación del trámite en el SUIT ante el DAFP teniendo en cuenta las consideraciones técnicas y jurídicas analizadas por la Entidad.

- Producción de los informes de gestión y de la audiencia pública de rendición de cuentas en el mes de septiembre de 2025.
- Liderazgo a la implementación de la Política de Participación Ciudadana y seguimiento al cumplimiento de los espacios y mecanismos de participación en la entidad, así como producción de documentos resultado de la participación.
- Elaboración de diferentes informes de ley, dentro de ellos los informes de seguimiento a proyectos de inversión, participación ciudadana, política de control interno, seguimiento a proyectos de inversión, empalmes y demás de orden legal.

En la siguiente figura se presenta el resumen de estas acciones en curso.

Ilustración 30 Acciones en curso OAP.

Con el fin de lograr una alineación con los grandes retos que demanda la situación actual del sector salud



Fuente: Elaboración propia Oficina Asesora de Planeación.

Seguimiento a la formulación y ejecución de los planes de acción de los documentos CONPES

En la siguiente tabla se resume el seguimiento a los documentos Conpes en los cuales participa la Superintendencia Nacional de Salud.

Tabla 188 Seguimiento documentos Conpes

Documento de Política Pública CONPES/ Otros planes	Acciones	Observaciones
Documento CONPES 4143- Política nacional de cuidado	Se realizó el acompañamiento técnico a las reuniones y en la formulación de acciones a la Delegada para la Protección al Usuario para el diligenciamiento de la Matriz PAS-Plan Acción y seguimiento. Igualmente, se realizó acompañamiento en la socialización del	En el mes de septiembre de 2025 se realizó acompañamiento a la Delegada para la Protección al Usuario para el diligenciamiento del

Documento de Política Pública CONPES/ Otros planes	Acciones	Observaciones
	PreConpes Política Nacional de Cuidado. El Documento CONPES 4143 quedó aprobado el 14 de febrero de 2025 con la siguiente acción asociada a la Supersalud: <i>2.36 Capacitar en derechos y deberes en salud a personas cuidadoras.</i> Responsable de su ejecución: Delegada para la Protección al Usuario	reporte de avance cualitativo y cuantitativo de la acción formulada a través del aplicativo Sisconpes del DNP, validado por la Jefe de la OAP de la Supersalud y Minsalud, Y finalmente aprobado por el Departamento Nacional de Planeación.
Documento CONPES 4147- Política nacional para la garantía de los derechos de la población LGBTIQ+	Se realizó el acompañamiento técnico en las reuniones y en la formulación de acciones a las Dependencias (Delegada para la Protección al Usuario y Dirección de Talento Humano) para el diligenciamiento de la Matriz PAS-Plan Acción y seguimiento, quedando aprobado por el DNP la acción formulada por la Dirección de Talento Humano. Igualmente, se realizó acompañamiento en la socialización del PreConpes Política nacional para la garantía de los derechos de la población LGBTIQ+. El Documento CONPES 4147 quedó aprobado el 26 de marzo de 2025 con la siguiente acción asociada a la Supersalud:	En el mes de septiembre de 2025 se realizó acompañamiento a la Dirección de Talento Humano para el diligenciamiento del reporte de avance cualitativo y cuantitativo de la acción formulada a través del aplicativo SisCONPES del DNP, validado por la Jefe de la OAP de la Supersalud y Minsalud, Y finalmente aprobado por el

Documento de Política Pública CONPES/ Otros planes	Acciones	Observaciones
	<i>4.34 Diseñar e implementar la transversalización del enfoque diferencial, de género e interseccional en la Superintendencia Nacional de Salud.</i> Responsable de su ejecución: Dirección de Talento Humano	Departamento Nacional de Planeación.
Documento de Política Pública CONPES Política para la humanización del sistema penitenciario y carcelario de Colombia	Se realizó el acompañamiento técnico en las reuniones y en la formulación de acciones a la Delegada para la Protección al Usuario para el diligenciamiento de la Matriz PAS-Plan Acción y seguimiento. Igualmente, se realizó acompañamiento en la socialización del PreConpes Política para la humanización del sistema penitenciario y carcelario de Colombia. El Documento CONPES 4157 quedó aprobado el 3 de septiembre de 2025 con la siguiente acción asociada a la Supersalud: <i>1.23. Capacitar en derechos y deberes en salud a la población privada de libertad, para que identifiquen y gestionen situaciones que vulneran su derecho fundamental a la salud.</i> Responsable de su ejecución: Delegada para Protección al Usuario	A partir de enero de 2026 inicia su ejecución, y en el segundo semestre de la vigencia 2026 se reportará su ejecución en el aplicativo SisCONPES del DNP.

Documento de Política Pública CONPES/ Otros planes	Acciones	Observaciones
Documento de Política Pública Política Nacional de Discapacidad	Se realizó el acompañamiento técnico en reuniones y en la formulación de acciones a las Delegadas para Entidades de Aseguramiento en Salud, Prestadores de Servicios de Salud, Protección al Usuario y Delegada para Entidades Territoriales y Generadores Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS en el diligenciamiento de la matriz PAS-Plan Acción y Seguimiento, y remitida el 25 de septiembre de 2025 al Ministerio de Igualdad y Equidad-Entidad Líder de la Política.	Pendiente revisión y aprobación por parte del Departamento Nacional de Planeación, y emisión del Documento PAS, y demás lineamientos para empezar a ejecutar acciones de seguimiento en el aplicativo SisCONPES.
Documento de Política Pública: Política Nacional de Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos	Se realizó junto con la Delgada para Entidades de Aseguramiento en Salud, Delegada para Prestadores de Servicios de Salud, Delegada para Protección al Usuario, Delegada para Entidades Territoriales y Generadores Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, Delegada para Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos, la revisión del diagnóstico de las problemáticas asociadas, incorporando ajustes y recomendaciones, la cuales fueron socializadas y remitidas al Departamento Nacional de Planeación.	Pendiente revisión de las propuestas de la Superintendencia Nacional de Salud, presentadas en las mesas de trabajo realizadas con el Departamento Nacional de Salud.
Documento de Política Pública: Política Pública Nacional de Garantía del	Se realizó acompañamiento técnico en reuniones y en la formulación de la acción con la Delegada de Aseguramiento en Salud; la	Pendiente revisión y aprobación por parte del Departamento Nacional

Documento de Política Pública CONPES/ Otros planes	Acciones	Observaciones
Derecho Humano a la Alimentación.	Delegada para Prestadores de Servicios de Salud; la Delegada para Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos; la Delegada para la Protección del Usuario; y la Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, en el diligenciamiento de la matriz PAS – Plan de Acción y Seguimiento, la cual fue remitida el 12 de diciembre de 2025 al Departamento Nacional de Planeación.	de Planeación, y remisión del Documento PAS, y demás lineamientos para empezar a ejecutar acciones de seguimiento en el aplicativo SisCONPES

4.1.1. Presupuesto de inversión

Para mejorar la ejecución de los recursos y su destinación transparente hacia el logro de resultados, desde la Oficina Asesora de Planeación se están desarrollando las siguientes acciones:

- Articulación de los proyectos de inversión con las metas institucionales, para lograr que, efectivamente, los recursos apalanquen las grandes apuestas estratégicas de la entidad y no se desvíen recursos en acciones que no generan impacto o no se alinean con los planes.

- Seguimientos en comités institucionales y mesas técnicas, para identificar alertas de baja ejecución y poder tomar acciones de manera oportuna.
- Acompañamiento a las reuniones de seguimiento al Plan Anual de Adquisiciones, generando alertas y recomendaciones a su cumplimiento, a la eficiencia en la ejecución de los recursos de inversión, en aras de la toma de decisiones oportuna
- Revisión de saldos y gestión para la reasignación o traslados presupuestales, en caso de detectar saldos en los recursos de inversión.
- Implementación de más y mejores controles en la ejecución presupuestal, como seguimientos exhaustivos con cada gerente de proyecto y alertas en caso de detectar baja ejecución o incumplimiento de las metas de los proyectos, así como también, asesoría y acompañamiento técnico en la formulación de nuevos proyectos.
- Distribución de acuerdo con las necesidades de las áreas, identificando de manera oportuna los ajustes metodológicos que pueden llevarse a cabo en los proyectos de inversión, incluyendo aquellos de carácter presupuestal, que permita dar respuesta a las necesidades identificadas por las áreas.

Para la vigencia 2025, la Superintendencia Nacional de Salud contó con 9 proyectos de inversión, a través de los cuales se ejecutaron los recursos de inversión apropiados en el Presupuesto General de la Nación por el

monto final de \$84.527.452.1029, de los cuales, a diciembre 31 se logró comprometer el 97,04% equivalente a \$82.021.656.040, y obligado el 92,82% equivalente a \$78.454.712.594.

A continuación, se detalla la ejecución presupuestal por proyecto de inversión.

Tabla 189 Ejecución presupuestal 2025 por proyecto de Inversión

Cifras en pesos

Proyecto	Apropiación	Compromiso	%Comp.	Obligación	%Oblig.
Código BPIN: 2020011000231 Rubro: C-1999- 0300-14 Fortalecimiento de la administración de la gestión documental en la Supersalud nacional	3.318.226.254	3.302.684.357	99,53%	2.667.488.900	80,39%
Código BPIN: 202300000000355 Rubro: C-1903- 0300-09 Fortalecimiento de la protección del usuario del sistema de salud, a través de	32.909.992.708	32.621.582.762	99,12%	31.038.341.394	94,31%

9 Mediante el Decreto 1621 del 30 de diciembre de 2024 se apropiaron como gastos de inversión a la entidad un monto total de \$87.198.844.691. A través del Decreto 1484 del 31 de diciembre de 2025 se redujo la apropiación de los gastos de inversión en \$2.671.392.589, para un monto final apropiado de \$84.527.452.102.

Proyecto	Apropiación	Compromiso	%Comp.	Obligación	%Oblig.
mecanismos de inspección y vigilancia y la promoción de la participación de los ciudadanos					
Código BPIN: 202300000000357 Rubro: C-1999-0300-15 Fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión en la provisión de los servicios de la Supersalud a sus grupos de valor dentro del SGSSS. Nacional	615.128.489	600.209.216	97,57%	586.863.178	95,40%
Código BPIN: 202400000000098 Rubro: C-1999-0300-17 Fortalecimiento del desarrollo integral del Talento Humano que apoya la gestión administrativa y la ejecución de acciones misionales de la Supersalud	2.202.401.639	2.131.459.349	96,78%	2.037.617.516	92,52%

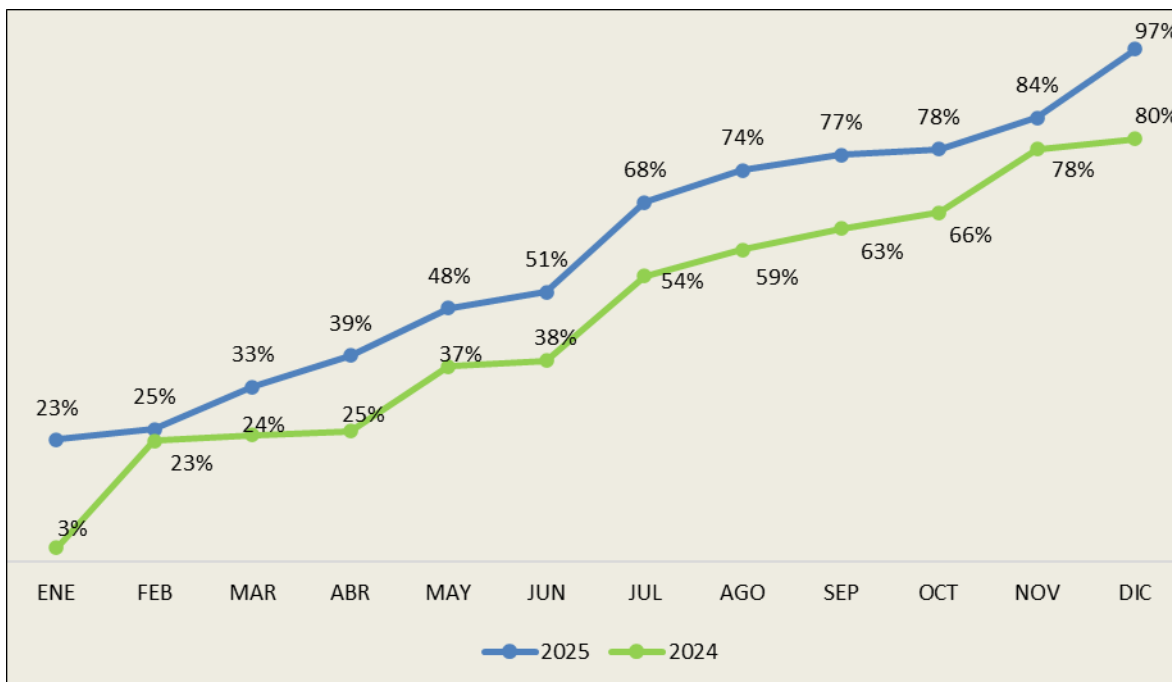
Proyecto	Apropiación	Compromiso	%Comp.	Obligación	%Oblig.
Código BPIN: 2023000000000354 Rubro: C-1906-0300-01 Optimización de la utilización de los mecanismos de administración de justicia dispuestos por la Supersalud en la resolución de conflictos entre los actores del SGSSS. Nacional	784.398.465	757.376.759	96,56%	699.170.564	89,13%
Código BPIN: 2023000000000352 Rubro: C-1999-0300-16 Optimización del aprovisionamiento, desarrollo de servicios y soluciones de tecnologías de la información que soportan las acciones de IVC al SGSSS nacional	29.316.516.377	28.155.126.180	96,04%	27.686.090.052	94,44%
Código BPIN: 2023000000000356 Rubro: C-1903-0300-07 Fortalecimiento del conocimiento de los ciudadanos del funcionamiento del SGSSS, sus derechos y deberes en salud, y	3.674.693.208	3.516.607.280	95,70%	3.498.350.871	95,20%

Proyecto	Apropiación	Compromiso	%Comp.	Obligación	%Oblig.
las acciones y resultados de la gestión de la Supersalud. Nacional					
Código BPIN: 202300000000353 Rubro: C-1903-0300-08 Mejoramiento en la ejecución de las acciones de supervisión y control frente a la gestión en el SGSSS de los vigilados de la Supersalud. Nacional	11.615.373.319	10.913.219.491	93,95%	10.240.790.119	88,17%
Código BPIN: 202500000025211 Rubro: C-1999-0300-18 Fortalecimiento en el desarrollo de la política de Gestión Documental que aporte a la eficiencia administrativa y misional de la Supersalud en el SGSSS	90.721.643	23.390.648	25,78%	-	0,00%
TOTAL	84.527.452.102	82.021.656.040	97,04%	78.454.712.594	92,82%

Fuente: Oficina Asesora de Planeación, a partir del reporte SIIF Nación

Al cierre de la vigencia 2025 alcanzamos un nivel de ejecución (compromisos) superior en 17 puntos porcentuales frente a la ejecución presentada al mismo corte de la vigencia 2024, tal como se evidencia en la siguiente gráfica.

Ilustración 31. Nivel de ejecución mensual comparativa 2024-2025



Fuente: Oficina Asesora de Planeación, a partir del reporte SIIF Nación

Para lograr mejores resultados en la ejecución de los gastos de inversión de la entidad, se llevaron a cabo acciones que permitieron realizar un seguimiento estricto a la ejecución de los gastos de la entidad, generando alertas y la toma de decisiones oportunas para mejorar el nivel de ejecución de los recursos asignados dentro de los cuales se destacan: realización de reuniones de seguimiento periódicas con los ejecutores de los recursos de inversión, seguimiento a la ejecución del Plan Anual de

Adquisiciones, seguimiento a la ejecución presupuestal a través del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, y del Comité Directivo.

A través de la ejecución de los recursos de inversión asignados, la entidad ha logrado mejorar la capacidad institucional de respuesta frente a los usuarios del sistema de salud, logrando fortalecer las acciones de inspección, vigilancia y control, el acceso a la justicia en salud como mecanismo de resolución de conflictos entre los actores del sistema mediante la conciliación extrajudicial y el ejercicio como juez de la salud, para garantizar que los derechos de los usuarios del sistema de salud sean protegidos de manera efectiva; de igual manera se garantiza una gestión administrativa eficiente, optimizando la infraestructura y servicios en materia de tecnológica de la información, fortaleciendo el desarrollo integral del talento humano, la política de gestión documental, y el Sistema Integrado de Gestión.

Para la vigencia 2026, mediante el Decreto 1477 del 30 de diciembre de 2025 *Por el cual se liquida el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2026, se detallan las apropiaciones y se clasifican y definen los gastos*, se apropiaron por concepto de gastos de inversión \$292.248.473.000, lo que representa un incremento de recursos del 246% frente a lo asignado en la vigencia 2024.

Lo anterior implica continuar con la ejecución de las acciones conjuntas implementadas durante la vigencia 2025 entre la Oficina Asesora de Planeación y la Secretaría General, involucrando de manera directa a las dependencias ejecutoras de los proyectos de inversión, con el fin de garantizar un seguimiento estricto a la ejecución del gasto de la entidad.

Esto permitirá generar alertas oportunas y facilitar la toma de decisiones estratégicas, orientadas a lograr un mayor impacto de las acciones que adelanta la entidad en el Sistema de Salud y en el cumplimiento de las metas estratégicas definidas en los diferentes instrumentos de planeación, así como una mayor eficiencia en la ejecución de su presupuesto.

A continuación, se detalla la apropiación presupuestal por proyecto de inversión, para la vigencia 2026:

Tabla 190 Apropiación presupuestal 2026 por proyecto de Inversión

Cifras en pesos

Programa presupuestal	Nombre del Proyecto	Apropiación
1903: Inspección, Vigilancia y Control	Código BPIN: 202300000000355 C-1903-0300-09: Fortalecimiento de la protección del usuario del sistema de salud, a través de mecanismos de inspección y vigilancia y la promoción de la participación de los ciudadanos Nacional	70.858.001.244
	Código BPIN: 202300000000353 C-1903-0300-08: Mejoramiento en la ejecución de las acciones de supervisión y control frente a la gestión en el SGSSS de los vigilados de la Supersalud Nacional	28.551.068.226

Programa presupuestal	Nombre del Proyecto	Apropiación
	Código BPIN: 202300000000356 C-1903-0300-07: Fortalecimiento del conocimiento de los ciudadanos del funcionamiento del SGSSS, sus derechos y deberes en salud, y las acciones y resultados de la gestión de la Supersalud. Nacional	4.097.631.310
TOTAL PROGRAMA 1903		103.506.700.780
1906: Aseguramiento y prestación integral de servicios de salud	Código BPIN: 202300000000354 C-1906-0300-01: Optimización de la utilización de los mecanismos de administración de justicia dispuestos por la Supersalud en la resolución de conflictos entre los actores del SGSSS Nacional	2.097.163.359
TOTAL PROGRAMA 1906		2.097.163.359
1999: Fortalecimiento de la gestión y dirección del sector salud y protección social	Código BPIN: 202300000000357 C-1999-0300-15: Fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión en la provisión de los servicios de la Supersalud a sus grupos de valor dentro del SGSSS Nacional	1.777.656.048
	Código BPIN: 202300000000352 C-1999-0300-16: Optimización del aprovisionamiento, desarrollo de servicios y soluciones de Tecnologías de la información que soportan las acciones de IVC al SGSSS Nacional	170.124.722.146
	Código BPIN: 202400000000098 C-1999-0300-17: Fortalecimiento del desarrollo integral del Talento Humano que apoya la gestión administrativa y la ejecución de acciones misionales de la Supersalud	4.294.853.785

Programa presupuestal	Nombre del Proyecto	Apropiación
	Código BPIN: 202500000025211 C-1999-0300-18 Fortalecimiento en el desarrollo de la política de Gestión Documental que aporte a la eficiencia administrativa y misional de la Supersalud en el SGSSS	10.447.376.882
TOTAL PROGRAMA 1999		186.644.608.861
TOTAL		292.248.473.000

4.2. Oficina de Comunicaciones

El propósito de la Oficina de Comunicaciones es desarrollar una estrategia de comunicación integral, que facilite el cumplimiento de los objetivos institucionales, manejando de manera óptima los medios y canales disponibles en la Superintendencia Nacional de Salud, para continuar posicionando a la Entidad ante la opinión pública como el ente que defiende, protege y garantiza el derecho a la salud de los colombianos.

A continuación, se detallan los logros alcanzados en la vigencia 2025

Logros

1. Se actualizó, complementó y socializó el nuevo Plan Estratégico de Comunicaciones.
2. Se articuló con los jefes de comunicaciones de las EPS intervenidas una campaña de socialización de PQR. La campaña se denominó *No todos los caminos conducen a Roma*.
3. Se reactivó la realización de la Revista Supersalud.
4. Se generó plan de producción de contenidos pedagógicos propios de la Entidad y del Sistema de Seguridad Social en Salud.

5. Se actualizó la Circular referente al uso del logo Vigilado Supersalud, en concordancia con la Ley 2345 de 2023.

6. Se realizó la producción y transmisión de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas.

Comunicación interna

Para gestionar las comunicaciones internas, se trabaja articuladamente con las dependencias de la entidad en las fases de construcción de la cultura organizacional y corporativa y la apropiación de la visión y misión institucional, para asegurar un adecuado flujo de la comunicación y divulgación de las acciones que se planean.

En el período del 1 de enero a 31 de diciembre de 2025, se atendieron un total de 891 solicitudes de comunicación, lo que evidencia un incremento significativo en la producción y apoyo a las dependencias de la Entidad.

Tabla 191 Distribución por tipo de solicitud

Tipo de solicitud	Cantidad
Apoyo en la actualización o creación de contenido para el sitio web o intranet	263
Campaña	20
Diseño, diagramación de piezas gráficas o documentos	472
Divulgación de Ruta del Consumidor	1
Presentación de evento	22
Publicación de evento en el sitio web	46
Realización de video	57

Tipo de solicitud	Cantidad
Toma de fotografías	10
Total general	891

Fuente: Elaboración propia Oficina Asesora de Comunicaciones

El trabajo desarrollado permitió mantener la coherencia visual de las piezas, fortalecer las estrategias de divulgación y optimizar la comunicación institucional, mediante diseños funcionales y de alto impacto gráfico.

Producción de boletines y publicaciones internas

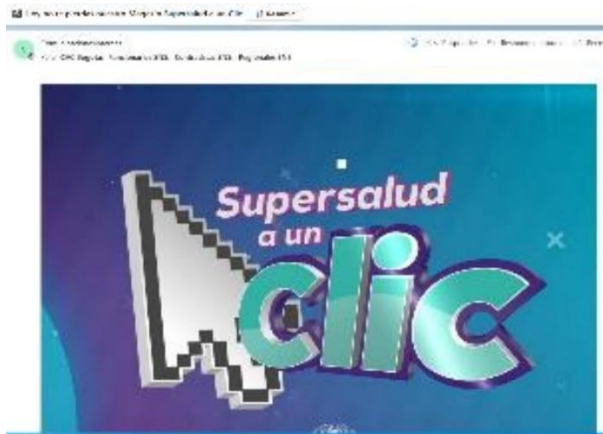
En el marco de la estrategia de comunicación interna, se destacan los siguientes productos elaborados de manera periódica durante el año 2025:

Ilustración 3233 Superboletín



Es un newsletter interno que se produce semanalmente, donde se desarrollan contenidos escritos frente a la gestión de las áreas, eventos programados, la agenda organizada por los distintos grupos de interés, información de las entidades vigiladas, entre otros. Se han emitido 61

Ilustración 34 Magazine Supersalud a un Clic



Es un espacio digital con noticias y mensajes cortos sobre la gestión de la Supersalud. Se apoya con música y efectos de fondo, y el mensaje es transmitido por algunos funcionarios de la comunicación, así como de los colaboradores de la Entidad, con el fin de dar a conocer la gestión institucional. Se han publicado 61

Fuente: Elaboración propia Oficina Asesora de Comunicaciones

Comunicación externa

Hace referencia al relacionamiento con los medios de comunicación. Consiste en consultar información, cubrir fuentes y actividades institucionales para posteriormente elaborar comunicados, boletines y notas de prensa, así como material para redes sociales, con el fin de divulgar la gestión de la Superintendencia.

Comunicados

Durante la vigencia 2025, se emitieron 76 comunicados relacionados con las prórrogas a las intervenciones de las EPS, la intervención, sanciones y medidas cautelares sobre gestores farmacéuticos en los casos de Audifarma y Sumi procesos, los cambios de agentes interventores en los casos de Famisanar, Coosalud, Nueva EPS, Asmetsalud, así como la

imposición de medidas cautelares como la del FOMAG, las visitas a las regiones en la gestión de primeros niveles preventivos y resolutivos como Cali, Chocó, La Guajira y San Andrés.

Se emitieron comunicados relacionados con la gestión de la Superintendencia en materia de atención de PQRS, cierre de reclamaciones y atención de casos, así como el levantamiento de medidas cautelares tales como la intervención del Hospital San Francisco de Asís en Quibdó.

A partir de los comunicados se generaron textos para su divulgación en todas las redes sociales en X, Facebook, Instagram, LinkedIn, YouTube, Tiktok y threads.

Monitoreo de noticias para Directivos. Se creó en WhatsApp un grupo de reporte de monitoreo diario de noticias para directivos y directores territoriales, con el seguimiento de las noticias más relevantes tanto del nivel nacional como del nivel territorial, con los reportes específicos relacionados con noticias de hospitales, medicamentos, análisis especializados, seguimiento de protestas y temas de interés que afectan al sector salud.

Apoyo organización y presentación eventos. Desde el equipo de prensa externa también se brindó apoyo directo a las Delegaturas en los temas misionales específicos, especialmente en la presentación, organización y de eventos, monitoreo y relatoría de foros y realización de entrevistas a expertos. Se destacan los eventos realizados con el Superintendente Rubiano García con todos los agentes interventores en el Hotel de Los Andes en el mes de julio, el lanzamiento de la aplicación

Prevsam el 21 de agosto, la mesa técnica de EPS y el lanzamiento de la circular de gestores farmacéuticos en la Casa España el 16 de octubre.

Monitoreo de medios masivos y redes sociales. Se realizó un sistema de seguimiento y monitoreo específico de la respuesta de los medios masivos a los comunicados emitidos, en el que se revisó el alcance y su impacto, con un nivel de respuesta variando una lectura neutra en el 90% de los casos y un alcance efectivo en los principales medios masivos, tales como El Tiempo, El Espectador, Caracol Radio, W Radio, La República, Semana, El Colombiano, El Nuevo Siglo, así como medios locales y prensa especializada como Consultor Salud y Edición Médica, entre otros.

Del mismo modo, desde prensa externa se realizó el monitoreo de medios, y se hizo el seguimiento a noticias del sector salud, transcripción de audios y videos y notas de prensa tanto del nivel nacional como del nivel territorial para reporte de noticias directo al Supersalud.

Revista Supersalud. Por último, se elaboraron los textos, artículos y el diseño web de la Revista, para proceder con su relanzamiento.

AGENCIA DE MEDIOS. Ejecución Financiera: Al finalizar la vigencia 2025, se ejecutó el valor de \$ 2.575.969.519, que, a su vez corresponde al 99.998% del valor total del contrato (\$2.576.025.775).

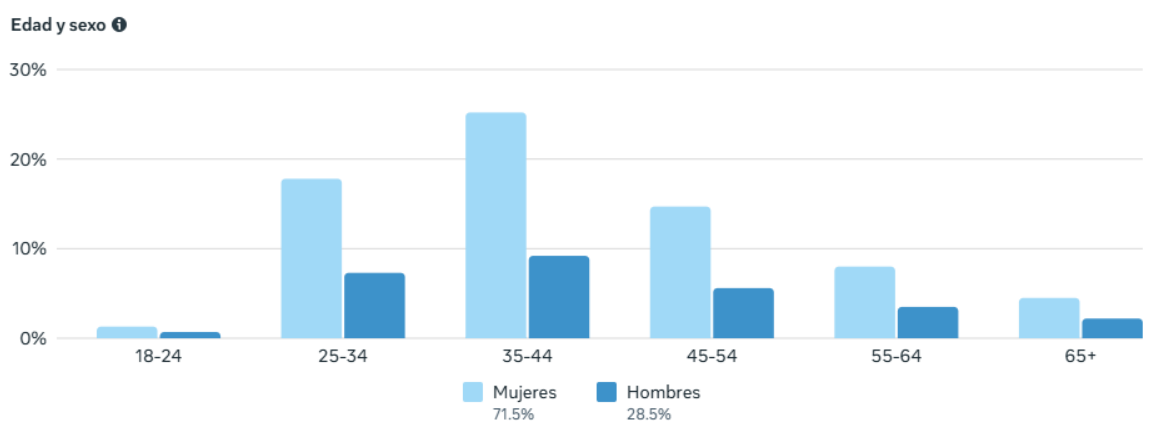
Comunicación digital

Es uno de los principales componentes de comunicación externa. Busca una interacción directa entre la Entidad y el ciudadano y los vigilados sin

mediación de los medios de comunicación masiva. Su principal ventaja es el control de mensaje. A continuación, se presenta el aumento de seguidores y, consecuentemente, de impacto en los mensajes en la vigencia 2025:

Facebook: En 2025, la cuenta de Facebook aumentó sus seguidores de 160,931 a 203.860 usuarios, con un crecimiento neto de 42,929 seguidores. Esto representa un crecimiento sólido del 26.6%, lo cual es positivo considerando la madurez de la red y la competencia por la atención de los usuarios.

Ilustración 35 Seguidores por edad y sexo



Fuente: Elaboración propia Oficina Asesora de Comunicaciones

El perfil de seguidores muestra que la mayoría son mujeres, especialmente entre los 25 y 44 años, quienes representan más de la mitad de la audiencia total. Este grupo es fundamental para enfocar la estrategia de contenido, adaptando temas, formatos y mensajes que les

interesen y conecten con ellas. En comparación, los hombres tienen una participación menor, lo que abre la oportunidad de crear contenido más diverso si se desea atraer a más hombres.

Por otro lado, el grupo de jóvenes entre 18 y 24 años es reducido, lo cual puede estar relacionado con la tendencia mundial de que este segmento prefiera otras redes sociales como TikTok. Mientras tanto, los adultos entre 45 y 64 años siguen siendo un público importante que fortalece la comunidad gracias a su lealtad y constancia.

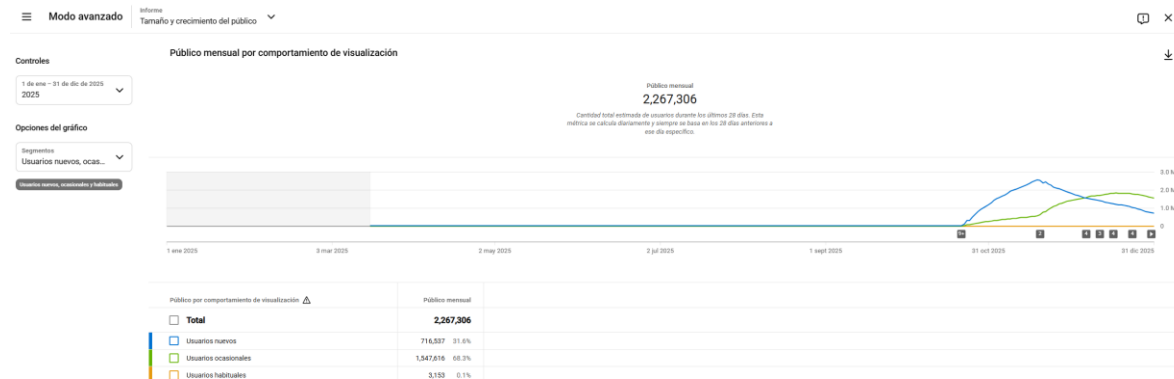
YOUTUBE. En esta red las estadísticas correspondientes a 2025 reportan un total de **20.156 suscriptores**, tal como se muestra en la gráfica, lo que representa un crecimiento significativo respecto al periodo anterior y evidencia un aumento en el alcance y posicionamiento del canal.

Ilustración 36 Datos YouTube



Fuente: Elaboración propia Oficina Asesora de Comunicaciones

Ilustración 37 Datos

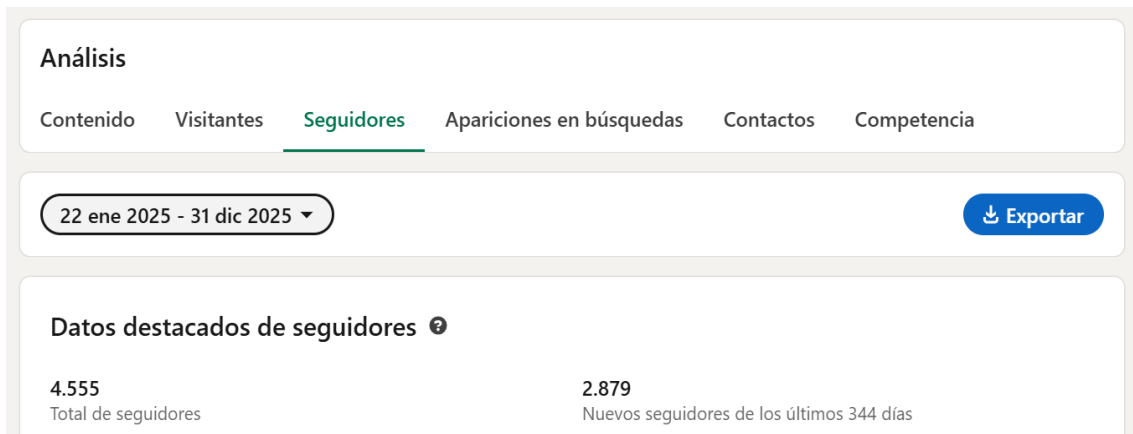


Fuente: Elaboración propia Oficina Asesora de Comunicaciones

Mientras tanto, el público mensual, de acuerdo con el comportamiento de visualización registrado entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025, **alcanzó un total de 2.267.306 usuarios**, como se muestra en la gráfica, lo que refleja una tendencia estable en la audiencia y un interés sostenido en los contenidos del canal.

LINKEDIN. Durante 2025, **se registró un total de 4.555 seguidores**, como se evidencia en la gráfica. Asimismo, en 2025, **se reportaron 2.879 nuevos seguidores**, lo que refleja un crecimiento sostenido y un fortalecimiento del posicionamiento institucional en esta red profesional.

Ilustración 38 LinkedIn



Fuente: Página de LinkedIn

INSTAGRAM. En el período de este informe, se registró un aumento constante de esta comunidad digital, alcanzando un **total de 85.945 seguidores**. Esta cifra representa un crecimiento frente al periodo anterior (70.661 en 2024), lo que evidencia una consolidación de la audiencia y un mayor interés por los contenidos institucionales.

Ilustración 39 Instagram



Fuente: Elaboración propia Oficina Asesora de Comunicaciones

Red Social X (anteriormente Twitter). A continuación, se presenta el histórico de seguidores de la red social de X.

Ilustración 40 Red social



Fuente: Elaboración propia Oficina Asesora de Comunicaciones

Campañas estratégicas 2025 desarrolladas en Redes Sociales:

Tabla 192 Campañas 2025

Sub campaña		Táctico
1	Hechos que transforman	Supersalud Visita EPS testimonial cuando el escucha a los ciudadanos en cámara
		Supersalud Visita EPS testimonial cuando el escucha a los ciudadanos en cámara
		Historias de ciudadanos de casos de éxito logrados por la gestión de la SNS.
2	Supersalud, del lado de tu salud	Fotografías que envían a prensa desde las regionales.
		Videos de las EPS intervenidas
3	ADN Supersalud	Fechas Especiales
		Salidas del super en Consejo de Ministros Salida en medios de comunicación
		Este contenido está enfocado en mostrar el qué hacer de las diferentes áreas de la SNS y resaltar las gestiones y acciones de las dependencias para trabajar por el derecho a la salud.
4	Prevenir es transformar	Receta del experto.
		Pedagogía en Salud
		Fechas Especiales
5	Supervisión que transforma (IVC)	*Agenda del super en territorio Inspección a un gestor de medicamentos y vigilancia y control a EPS e IPS *Visita a los EBS *Jornadas de conciliación y Pre-jornadas
6	Supersalud contigo	Diálogos Jornadas de atención Capacitación
7	Con dignidad cumplimos	Objetivo de la campaña: Resaltar la estrategia institucional enfocada en evidenciar como la entidad hace presencia en todo el territorio colombiano acercándose a los usuarios de una forma más humana para escucharlos y proteger sus derechos en salud. - Divulgación de piezas gráficas y multimedia a través de las cuentas institucionales en redes sociales (Facebook, Instagram, X, YouTube) - Divulgación de mensajes institucionales por radio.

Fuente: Elaboración propia Oficina Asesora de Comunicaciones

Audiencia Pública de Rendición de Cuentas vigencia Junio 2024/Julio 2025

La Audiencia Pública de Rendición de Cuentas de la Superintendencia se transmitió el 18 de octubre a las 10 a.m. por el sitio Web institucional y a través de Youtube. El evento se realizó de manera virtual, se produjeron contenidos pregrabados para conformar el producto final que fue emitido.

En el marco de la audiencia, la Oficina de Comunicaciones llevó a cabo las grabaciones de las intervenciones de los delegados responsables de cada uno de los temas. Dichas grabaciones se realizaron en un estudio el jueves 11 de septiembre de 2025. En el desarrollo de estas, cada delegado presentó los logros alcanzados durante el período evaluado, así como los retos proyectados para el siguiente ciclo.

También se editaron una serie de tres videos que abordaron los siguientes ejes temáticos:

- ✓ Supersalud en tu territorio
- ✓ Resumen de gestión en medicamentos
- ✓ Acciones para garantizar los derechos de los usuarios (incluye estrategias para asegurar la atención, entrega de servicios y reducción de barreras de acceso)

Finalmente, de manera previa, se consultó a la ciudadanía a través de redes sociales, invitándola a enviar preguntas que desearan ver respondidas durante la transmisión de la audiencia. De las preguntas recibidas, se seleccionaron dos, cuyas respuestas fueron grabadas en voz en off con la información suministrada por parte del área técnica y fueron incluidas en el producto final que ya se encuentra disponible para consulta en la página web de la Supersalud.

Retos y temas pendientes

- I. Publicación y lanzamiento revista Supersalud.
- II. Divulgar con mayor frecuencia en medios de comunicación la gestión de la Superintendencia Nacional de Salud en el marco de las acciones de las diferentes áreas y delegaturas en territorio.

4.3. Dirección de Innovación y Desarrollo

La Dirección de Innovación y Desarrollo (DID) en el marco de las funciones establecidas en el Decreto 1080 del 2021 se encarga de la articulación transversal interna y externa con los diferentes grupos de valor y grupos de interés para fomentar la innovación sectorial, con especial énfasis en proponer ideas innovadoras que impacten la estrategia y la operación de la entidad a nivel de procesos, productos y servicios.

La DID está estructurada así: 1) Subdirección de Metodología e Instrumentos de Supervisión (SMIS), Subdirección de Analítica (SA) y Subdirección de Tecnologías de la Información (STI) y, la planta de personal adscrito a la Dirección de Innovación y Desarrollo, tanto de Carrera Administrativa y Provisional como Contratista, fue:

Tabla 193 Personal adscrito a la DID

Personal Adscrito a la Dirección De Innovación y Desarrollo	Dependencia						
Tipo de Vinculación	Cargo	Grado	DI D	SMI S	S A	ST I	Total
Libre Nombramiento y Remoción	Director	22	1	0	0	0	1
Libre Nombramiento y Remoción	Subdirector	20	0	1	1	1	3
Carrera administrativa	Profesional Especializado	24	1	0	0	0	1
Carrera administrativa	Profesional Especializado	22	0	2	0	0	2
Carrera administrativa- Prueba	Profesional Especializado	22	2	0	3	2	7
Provisional	Profesional Especializado	22	0	0	1	1	2
Encargo	Profesional Especializado	22	0	0	0	3	3

Personal Adscrito a la Dirección De Innovación y Desarrollo		Dependencia					
Tipo de Vinculación	Cargo	Grad o	DI D	SMI S	S A	ST I	Tota l
Carrera administrativa (Vacante)	Profesional Especializado	22	1	0	0	1	2
Carrera administrativa	Profesional Especializado	21	0	1	0	0	1
Provisional	Profesional Especializado	21	0	0	1	0	1
Carrera administrativa- Prueba	Profesional Especializado	21	0	0	0	1	1
Carrera administrativa	Profesional Especializado	20	0	2	0	0	2
Provisional	Profesional Especializado	20	0	0	1	1	2
Carrera administrativa (Vacante)	Profesional Especializado	20	0	0	0	2	2
Carrera administrativa- Prueba	Profesional Especializado	20	0	0	0	1	1
Carrera administrativa	Profesional Especializado	19	0	1	0	0	1
Carrera administrativa- Prueba	Profesional Especializado	19	1	2	4	13	20
Provisional	Profesional Especializado	19	0	2	2	7	11
Carrera administrativa (Vacante)	Profesional Especializado	19	0	0	0	1	1
Provisional	Analista de Sistemas	18	0	0	0	2	2
Carrera administrativa	Analista de Sistemas	18	0	0	0	1	1
Provisional	Profesional Especializado	17	1	0	1	1	3
Carrera administrativa- Prueba	Profesional Especializado	17	0	0	0	2	2
Provisional	Profesional Especializado	16	0	0	0	1	1
Carrera administrativa (Vacante)	Profesional Especializado	16	0	0	0	1	1
Carrera administrativa- Prueba	Profesional Especializado	16	0	0	0	1	1
Provisional	Profesional Especializado	14	0	1	0	0	1
Carrera administrativa- Prueba	Profesional Especializado	14	0	0	0	2	2
Carrera administrativa	Profesional Especializado	12	0	1	0	0	1
Carrera administrativa	Profesional Universitario	11	0	1	0	0	1

Personal Adscrito a la Dirección De Innovación y Desarrollo	Dependencia						
Tipo de Vinculación	Cargo	Grado	DI	SMI	S	ST	Total
Carrera administrativa- Prueba	Profesional Universitario	11	0	0	0	1	1
Carrera administrativa (Vacante)	Profesional Universitario	11	0	0	0	1	1
Carrera administrativa (Vacante)	Profesional Universitario	8	0	1	0	0	1
Provisional	Profesional Universitario	1	0	2	0	0	2
Carrera administrativa (Vacante)	Profesional Universitario	1	0	0	0	1	1
Libre Nombramiento y Remoción	Asesor	10	1	0	0	0	1
Carrera administrativa	Técnico Administrativo	18	0	1	0	0	1
Provisional	Técnico Administrativo	15	0	0	0	2	2
Carrera administrativa- Prueba	Técnico Administrativo	15	1	0	0	0	1
Carrera administrativa- Prueba	Auxiliar Administrativo	13	0	0	0	1	1
	Total		9	18	14	51	92

Retos

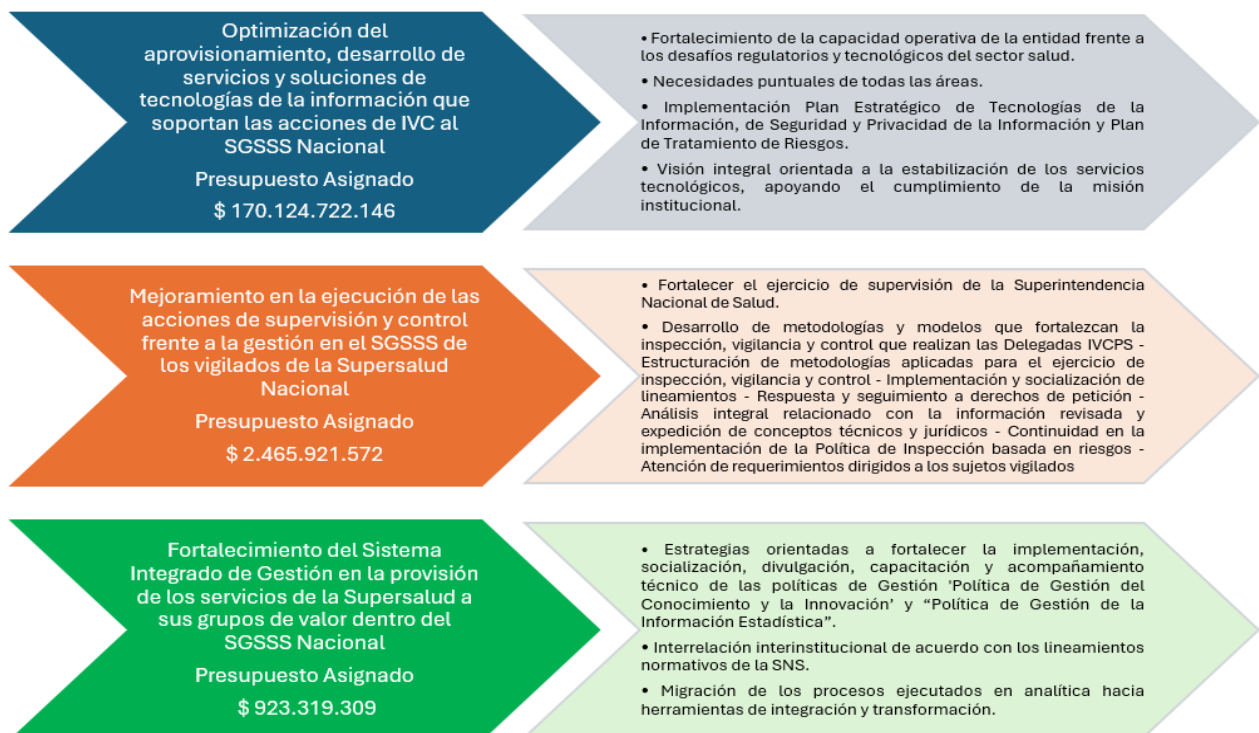
Ahora bien, dentro de los retos que asumirá la Dirección de innovación y desarrollo para la vigencia 2026, está contemplado una ejecución presupuestal del 95% de los recursos asignados así:

Ilustración 41 Presupuesto total DID



A continuación, se relaciona cada proyecto de inversión con el presupuesto asignado y los retos por cada uno de ellos:

Ilustración 42 Retos vigencia 2026

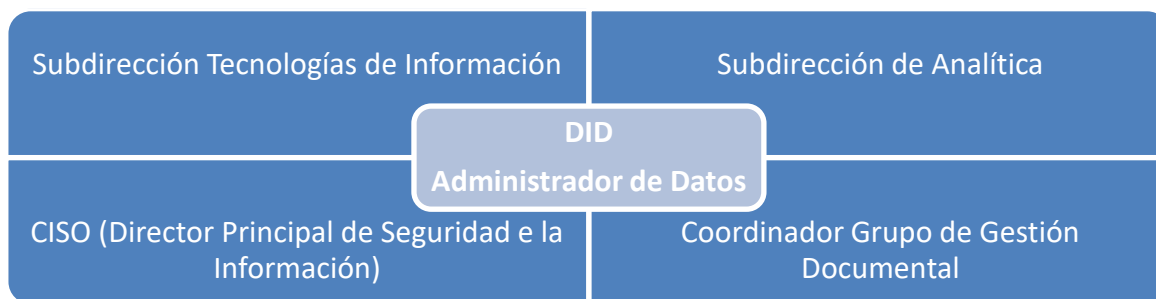


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Innovación y Desarrollo

Administrador de Datos Superintendencia Nacional de Salud

De acuerdo con la comunicación No. 20251500003168071, el Superintendente Nacional de Salud ha determinado que el Director(a) de Innovación y Desarrollo, Código: 0100, Grado: 22 es el Administrador de Datos de la entidad con el fin de dar cumplimiento a la Resolución 460 de 2022 - Plan Nacional de Infraestructura de Datos y su Hoja de Ruta en el desarrollo de la Política de Gobierno Digital y Decreto 1389 de 2022 - Modelo de Gobernanza de la infraestructura de Datos.

Ilustración 43 Administrador de Datos



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Innovación y Desarrollo

Comités e instancias de participación

La Dirección de Innovación y Desarrollo hace parte de los siguientes comités:

1. Comité Institucional de Gestión y Desempeño – CIGD, Resolución 2021160000017157- 6 de 2021, artículo 3.

2. Comité 6 de 2022, artículo 2.
3. Comité de Medidas Especiales, Resolución 20215100013052-6 de 2021, artículo 2; en el que la Dirección ejerce la Secretaría Técnica, artículo 7.
4. Comité Institucional de Coordinación de Control Interno – CICCI, Resolución 2021160000017714-6 de 2021, artículo 3.

Frente a otras instancias, vale la pena señalar que la Dirección de Innovación y Desarrollo es miembro activo con voz y voto del Equipo Técnico para la Transversalización del Enfoque de Género, creado mediante la Resolución N° 202391000001 4881-6 de 29-12 – 2023, y del Equipo Técnico de Apoyo a la Gestión de la Innovación y el Conocimiento, el que lidera y que fue creado mediante Resolución N° 2024150000007525-6 de 06 – 08 – 2024.

Igualmente, integra el Equipo Líder de Evaluación – otorgamiento de apoyos económicos para la financiación de la educación formal superior de los servidores públicos que ostentan Derechos de Carrera Administrativa y de Libre Nombramiento y Remoción diferentes a Gerentes Públicos de la Superintendencia Nacional de Salud, Resolución 2022910000000856-6 de 2022, artículo 3.

Adicionalmente, esta Dirección lidera el Equipo Técnico de Apoyo a la Gestión de Innovación desde la vigencia 2024, adoptado bajo acto administrativo N° 2024150000007525-6 DE 06 – 08 – 2024. Para lo cual se señala que en la presente vigencia ha sesionados dos (2) veces, de conformidad con lo regulado en esta resolución

Ahora bien, con respecto a la **Secretaría Técnica - Comité de Medidas Especiales Resolución 20215100013052-6 1**, a continuación, se relacionan las sesiones realizadas durante la vigencia 2025:

Ilustración 44 Número de sesiones 2025



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Innovación y Desarrollo

En las 37 sesiones el Comité de Medidas Especiales ha asesorado sobre las siguientes categorías de recomendaciones:

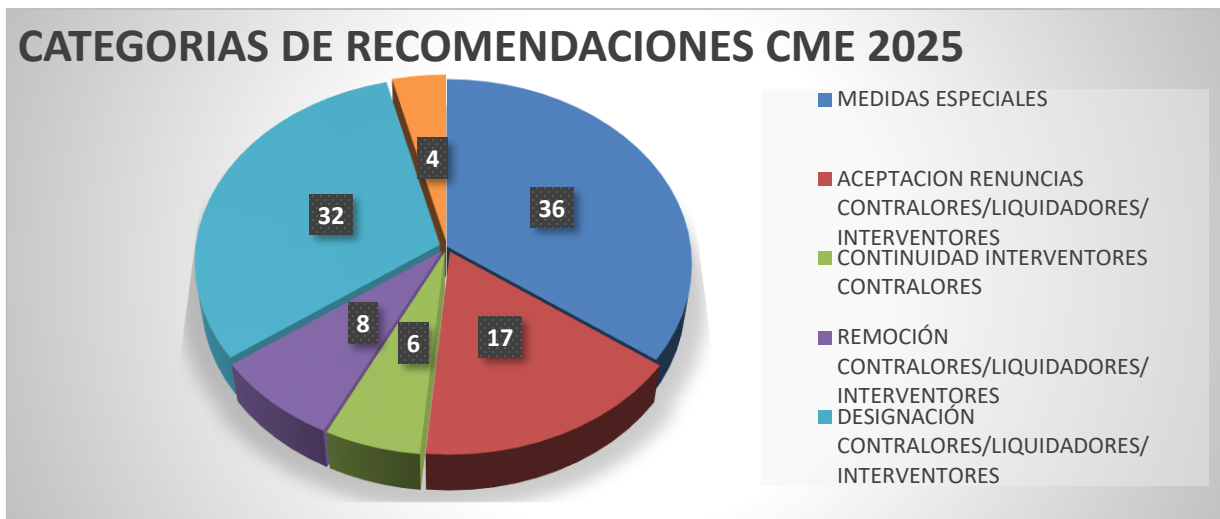
Tabla 194 Categorías

CATEGORIA RECOMENDACIONES CME 2025	
Reinstalar la asamblea general de EPS	2
Aceptación renuncia contralor	1
Aceptación renuncia interventor	16
Aprobación actas CME	4
Continuidad contralor	3
Continuidad interventora	3
Designación Contralor	2
Designación contralor mecanismo excepcional	2
Designación Contralor terna RILCO	12

CATEGORIA RECOMENDACIONES CME 2025	
Designación interventor mecanismo excepcional	14
Designación interventora suplente	1
Designación Liquidador	1
Intervención forzosa para administrar	4
Levantamiento capacidad realizar nuevas afiliaciones	1
Levantamiento de medida especial para administrar	3
Medida de vigilancia especial	1
No prorroga de medida	1
Prorroga intervención forzosa administrativa para administrar	13
Prorroga intervención forzosa administrativa para liquidar	4
Prorroga medida de vigilancia especial	2
Reapertura intervención forzosa administrativa para liquidar	1
Remoción Contralor	3
Remoción Interventor	2
Remoción liquidador	1
Remoción revisor fiscal	2
Terminar figura de Contralor	1
Reestructuración de pasivos	3
TOTAL GENERAL	103

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Innovación y Desarrollo

Ilustración 45 Categorías



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Innovación y Desarrollo

4.3.1 Subdirección de Metodologías e Instrumentos de Supervisión

Esta subdirección tiene como propósito principal **modular el Marco de Integral de Supervisión** para el Sector Salud, mediante el diseño de instrumentos, lineamientos y metodologías que garanticen una supervisión integral y el cumplimiento normativo.

Entre sus actividades principales tiene:

- Liderar el diseño e implementación del **Marco Integral de Supervisión**.
- Proponer mejores prácticas de gobierno corporativo para los sujetos vigilados.

- Diseñar, promover y adoptar las **políticas, instrumentos y metodologías** necesarias para apoyar y fortalecer el ejercicio de **Inspección, Vigilancia y Control (IVC)**.
- Diseñar y actualizar los lineamientos para el ejercicio de la **supervisión con enfoque de riesgos**.
- Adelantar **estudios, análisis y publicaciones** sobre aspectos relacionados con el IVC.

Durante el periodo de gestión, la Subdirección adelantó importantes desarrollos orientados a fortalecer la capacidad técnica y operativa del equipo, así como a mejorar la calidad de los procesos misionales. Estos avances se materializaron en la formulación y/o actualización de metodologías, lineamientos e instrumentos, entre los cuales se destacan:

Marco Integral de Supervisión

En el marco del diseño del Marco Integral de Supervisión, se formuló una propuesta de modelos de supervisión por vigilado, orientada a identificar e incorporar mecanismos que fortalezcan la gestión del riesgo y mejoren la efectividad del control institucional. Dichos modelos permiten la implementación de una supervisión diferenciada, fundamentada en la diversidad y heterogeneidad del universo de vigilados, facilitando el monitoreo sistemático de indicadores críticos, la identificación de alertas y la adopción de acciones preventivas. Lo anterior, contribuye a una supervisión más focalizada, eficiente y alineada con un enfoque.

Cerrado el 2025 se realiza la entrega de la versión borrador de cuatro (4) modelos de supervisión diferenciados a la delegada correspondiente, según priorización:

- Modelo Integral de Supervisión Diferenciado para EPS
- Modelo Integral de Supervisión Diferenciado para IPS
- Modelo Integral de Supervisión Diferenciado para Entidades Territoriales
- Modelo Integral de Supervisión Diferenciado para Gestores Farmacéuticos

Lineamientos

Se elaboraron lineamientos técnicos y operativos, circulares y resoluciones, en apoyo a las áreas misionales con instrucciones para los vigilados para el ejercicio de la supervisión.

Durante el periodo de gestión a informar de enero de 2025 a diciembre de 2025, se desarrollaron y avanzaron en los siguientes proyectos de circulares:

Expedición de la CE 202500030000003-5 del 21 de febrero de 2025,
"Modificación de la Circular Externa 001 de 2020, en cuanto a los plazos y periodos de auditoria - GAUDI

Expedición de la CE 2025151000000005-5 del 03 de junio de 2025,

“Por la cual se modifica la Circular Externa 001 de 2020, en cuanto a criterios de auditoría, responsables, plazos, planes de mejoramiento y otras disposiciones”- GAUDI

CE 2025151000000007-5 del 31 de julio de 2025: Por la cual se imparten instrucciones para adelantar y hacer seguimiento al proceso de conciliación, depuración y saneamiento de las cuentas por pagar entre las Entidades Responsables de Pago (ERP) y las Entidades Beneficiarias de Pago (EBP), donde se crearon los formatos FT038 al FT040, los cuales reemplazan los formatos FT021 al FT023.

CE 2025151000000008-5 del 01 de agosto de 2025: Por la cual se eliminan, modifican y adicionan instrucciones de la Circular Externa 006 de 2018, para el reporte de información relacionada con el flujo de recursos del SGSSS por parte de la ADRES.

CE 2025151000000009-5 del 11 de agosto de 2025: Por la cual se imparten instrucciones adicionales a la Circular Externa 047 de 2007, para el reporte de información de los gestores farmacéuticos para efectos de supervisión.

CE 2025151000000010-5 del 17 de diciembre de 2025: Por la cual se modifican los archivos tipo FT012 - Relación de bienes del proceso de liquidación y el archivo tipo FT015 – Directorio de acreencias, pasivo cierto

no reclamado y pago, y se adiciona el FT041 – Detalle del gasto administrativo de la liquidación que sustituye el FT013 - Gastos administrativos del proceso de liquidación de la Circular Externa 016 de 2016 para todos los sujetos sometidos a Inspección, Vigilancia y Control que se encuentren en proceso de liquidación ordenada o no por esta Superintendencia.

Actualización del anexo 1 y anexo 2 de la CE 016 de 2016, respecto a las tablas de los Catálogos por conceptos financieros año 2025 y el archivo de relación de cuentas negativas y más menos, respectivamente.

Actualización de CC030:

1. Con relación a las mesas periódicas con el Ministerio de Salud y Protección Social referentes al seguimiento y actualización de la Circular Conjunta 030 de 2013, en el periodo en cuestión de noviembre de 2024 a diciembre de 2025, se realizaron las siguientes mesas:

Tabla 195 Lineamientos

NÚMERO DE MESA	FECHA	NÚMERO DE ASISTENTES	LISTA DE ASISTENCIA
# 18	Noviembre 12 de 2024	14	 Mesa # 18 - Informe de asistencia 11-12-
# 19	Noviembre 26 de 2024	16	 Mesa # 19 - Informe de asistencia 11-26-
# 20	Diciembre 10 de 2024	18	 Mesa # 20 - Informe de asistencia 12-10-
# 21	Febrero 18 de 2025	18	 Mesa # 21 - Informe de asistencia 2-18-2
# 22	Marzo 04 de 2025	14	 Mesa # 22 - Informe de asistencia 3-04-2
# 23	Marzo 25 de 2025	15	 Mesa # 23 - Informe de asistencia 3-25-2
# 24	Abril 08 de 2025	15	 Mesa # 24 - Informe de asistencia 4-08-2
# 25	Mayo 13 de 2025	17	 Mesa # 25 - Informe de asistencia 5-13-2
# 26	Mayo 27 de 2025	15	 Mesa # 26 - Informe de asistencia 5-27-2

NÚMERO DE MESA	FECHA	NÚMERO DE ASISTENTES	LISTA DE ASISTENCIA
# 27	Junio 10 de 2025	15	 Mesa # 27 - Informe de asistencia 6-10-25
# 28	Julio 01 de 2025	16	 Mesa # 28 - Informe de asistencia 7-01-25
# 29	Agosto 20 de 2025	11	 Mesa # 29 - Informe de asistencia 8-20-25
# 30	Septiembre 03 de 2025	13	 Mesa # 30 - Informe de asistencia 9-03-25
# 31	Septiembre 09 de 2025	16	 Mesa # 31 - Informe de asistencia 9-09-25
# 32	Septiembre 16 de 2025	20	 Mesa # 32 - Informe de asistencia 9-16-25
# 33	Septiembre 23 de 2025	14	 Mesa # 33 - Informe de asistencia 9-23-25
# 34	Septiembre 30 de 2025	15	 Mesa # 34 - Informe de asistencia 9-30-25
# 35	Octubre 07 de 2025	16	 Mesa # 35 - Informe de asistencia 10-07-25
# 36	Octubre 23 de 2025	12	 Mesa # 36 - Informe de asistencia 10-23-25

NÚMERO DE MESA	FECHA	NÚMERO DE ASISTENTES	LISTA DE ASISTENCIA
# 37	Octubre 28 de 2025	12	 Mesa # 37 - Informe de asistencia 10-28-
# 38	Noviembre 11 de 2025	12	 Mesa # 38 - Informe de asistencia 11-11-
# 39	Noviembre 19 de 2025	18	 Mesa # 39 - Informe de asistencia 11-19-
# 40	Noviembre 25 de 2025	15	 Mesa # 40 - Informe de asistencia 11-25-
# 41	Diciembre 09 de 2025	17	 Mesa # 41 - Informe de asistencia 12-09-
# 42	Diciembre 16 de 2025	16	 Mesa # 42 - Informe de asistencia 12-16-
# 43	Diciembre 23 de 2025	16	 Mesa # 43 - Informe de asistencia 12-23-

Fuente: Elaboración propia de la Subdirección de Metodologías e Instrumentos de Supervisión

Metodologías

Se diseñaron y validaron metodologías con el objetivo de garantizar mayor rigurosidad técnica, estandarizar procedimientos y facilitar las acciones de supervisión. Para el periodo en mención, se avanzó en lo siguiente:

Página 730 de 939

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

www.supersalud.gov.co

DIFT17

1. Se actualizó la Metodología de Siniestralidad (DEMT03), la cual fue elaborada de manera conjunta con la delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud. El objetivo de la metodología es *medir la proporción de ingresos operacionales que destinan las entidades para el cubrimiento de los costos en salud causados por las diferentes fuentes de financiación UPC (unidad de pago por capitación), Incapacidades, Presupuesto máximo y PAC (plan de atención complementaria).*
2. Avance en la construcción de metodología de la guía de apoyo en el análisis de solicitudes para la acreditación de capacidad técnica para contralores con la cual se busca establecer parámetros para apoyar el análisis en la verificación de la capacidad técnica compuesta por perfiles profesionales jurídico y/o financiero y/o técnico-científico que acompañarán al (la) **Contralor (a)** en el ejercicio de su gestión dentro de la medida especial adoptada en el(los) vigilado(s). Dicha guía fue compartida con la Dirección de Medidas Especiales para EPS y Entidades Adaptada y con la Dirección Jurídica para su revisión y comentarios y se está a la espera de su retroalimentación.
3. Oficialización del documento metodológico con código del Sistema Integrado de Gestión DEMT04 correspondiente al primer componente de la medición de reclamos en salud, el cual tiene por objetivo determinar el desempeño de las EPS en términos del número de las reclamaciones en salud que reciben la EPS.

4. Oficialización del documento metodológico correspondiente a la metodología de la Medición del desempeño de las EPS con base en los Reclamos I2 - DEMENT04, basada en la evaluación de las entidades a partir del cumplimiento de los tiempos de cierre de los reclamos de acuerdo con los tipos de riesgo dados por la Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023.
5. Avance en el rediseño de la metodología de supervisión de la gestión en la atención a víctimas de accidentes de tránsito, por medio de la cual se busca identificar situaciones atípicas de carácter sistémico para la clasificación del riesgo que ayude en el proceso de priorización de las acciones de Inspección y Vigilancia (IV) a los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) que realizaron atención en salud a víctimas de accidentes de tránsito.
6. Avance en la actualización de la metodología de condiciones financieras aplicables a las EPS, EPS Adaptadas y EPS Indígenas, incorporando ajustes en los conceptos, en el cálculo de indicadores clave y en la definición de las cuentas del catálogo financiero público relacionadas con el régimen de inversiones, con el propósito de asegurar la coherencia normativa, la precisión técnica y la adecuación operativa en el cumplimiento de los requisitos establecidos por la regulación vigente.
7. Avance en la Metodología para la medición y seguimiento a las acciones de inspección y vigilancia (IV) en relación con la prestación de los servicios de salud a personas mayores.

8. Actualización de la Guía de Ingresos Operacionales del Sector Causados – IOSC / 20251510000049293 del 14 de Mayo, la cual tiene como objetivo identificar los Ingresos Operacionales del Sector Causados (IOSC) por tipo de vigilado mediante la recopilación de información contable y financiera suministrada por cada entidad y su verificación frente a otras fuentes externas, con el propósito de apoyar el correcto recaudo de los recursos por contribución a favor de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS).

Instrumentos

Se desarrollaron herramientas como:

1. Balance ABCÉ

- **Tablero PBI de Reclamos directos:** ABC para el apoyo en la comprensión del tablero BI de reclamos directos que se maneja de forma interna dentro de la entidad. El documento ABCÉ fue revisado y comentado por el equipo de la Delegatura para la Protección al Usuario y ajustado conforme a esta revisión. Posteriormente fue dispuesto en el tablero mediante un botón de descarga del documento.

Actualización del ABCÉ de la Circular Externa 2024151000000013-5 del 20 de diciembre de 2024 teniendo en cuenta los ajustes y modificaciones

según lo acordado con la Oficina Asesora de Comunicaciones con respecto al uso del Logo Vigilado Supersalud.

Actualización y Publicación del ABC de la Circular Externa 2025151000000009-5 del 11 de agosto de 2025 de acuerdo las mesas de trabajo realizadas con la delegada para dar claridad a los vigilados sobre el correcto reporte de información de los gestores farmacéuticos para efectos de supervisión.

2. Balance de Instructivos

- Actualización y oficialización del formato estandarizado de Instructivos de los archivos tipo, para la Subdirección de Metodologías e Instrumentos de Supervisión, para su posterior publicación en la página de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Revisión, actualización, ajustes de los documentos de los archivos tipo Instructivos según solicitud de las diferentes áreas y circulares externas que lo requieran.
- Actualización, revisión, ajustes documento "Consolidación de los Archivos Tipo vigentes – reportados por los vigilados para realizar acciones de inspección y vigilancia por parte de la Superintendencia Nacional de Salud – en los componentes Financieros, Técnico Científicos y Jurídicos.

Otros

- Se socializó procedimiento “DEPD01 Diseñar, actualizar o derogar lineamientos para inspección, vigilancia y control” con la Dirección de Jurídica y la Dirección de Innovación y Desarrollo.
- Se finalizó construcción de procedimientos “DEPD01 Diseñar, actualizar o derogar lineamientos para inspección, vigilancia y control”, “DEPD02 Diseñar, actualizar o inactivar metodologías para inspección, vigilancia y control” y “DEPD03 Diseñar, actualizar o inactivar instrumentos para inspección, vigilancia y control”; asociados al proceso de la Subdirección de Metodologías e Instrumentos de Supervisión para su oficialización con la Oficina de Planeación.

Esta actualización del proceso permitirá a la Subdirección de Metodologías e Instrumentos de Supervisión contar con criterios y estándares claros de operación para la generación de los productos de su competencia. A nivel general, fortalecerá la articulación con las demás subdirecciones que integran la Dirección de Innovación y Desarrollo, en procura de aportar insumos a las áreas misionales de la Superintendencia Nacional de Salud para el ejercicio de las acciones de inspección, vigilancia y control.

- **Articulación UIAF.** Articulación permanente con la Unidad de Información y Análisis Financiero de Colombia - UIAF, en el marco de la preparación para la 5.ª Ronda de Evaluación Mutua del GAFILAT y de la Evaluación Nacional de Riesgo 2025-2026. Esta articulación se desarrolla a través de mesas de trabajo conjuntas, solicitudes y asistencia a capacitaciones, así como la formulación de acciones de mejora orientadas a subsanar las deficiencias identificadas en evaluaciones de riesgo país anteriores con el apoyo de las delegadas que realizan el IVC. Adicionalmente, se actualizaron ante la UIAF los roles de supervisión en la plataforma del Sistema de Reporte en Línea - SIREL, entre otras acciones que buscan fortalecer la gestión y el cumplimiento de los estándares internacionales en materia de prevención y control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (LA/FT) y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FP).

Plan de Trabajo de la RN 1632/25 del MSPS- Negaciones. Desde la expedición en agosto de la resolución se establece un equipo base conformado por las áreas misionales, la DID y la OAP para la implementación y se instaura una mesa técnica. La dificultad de avance radica en que no hay claridad en la definición de “oportunidad y completitud” y en la identificación de una fuente o fuentes de información que puedan aportar al total de variables exigidas por la Resolución para un registro objetivos de las negaciones. Desde la mesa técnica se han realizado análisis con posibles fuentes y se realiza una articulación con el

Ministerio para avanzar en la preparación operativa para la implementación de la Resolución 1632 de 2025.

La Corte Constitucional emite el Auto 1281 de 2025, de la Sala Especial de Seguimiento y valoró el cumplimiento de la Orden Decimonovena de la Sentencia T-760 de 2008 en un nivel bajo, al evidenciar la necesidad de fortalecer las medidas técnicas, normativas y operativas relacionadas con el registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud, el mecanismo de alarmas y el procedimiento de reintegro de recursos por negaciones sin justa causa.

Por lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social expide la Resolución 2640 del 19 de diciembre de 2025, la cual adopta medidas para agilizar la implementación del registro y el sistema de alertas sobre negaciones de servicios médicos para proteger el derecho fundamental a la salud. Esta resolución resuelve las siguientes modificaciones a la Resolución 1632 de 2025:

1. Modificar el artículo 5o. Fuentes de información. Donde adicional una fuente en el numeral 8: "Reporte de las entidades responsables del aseguramiento en salud de los regímenes contributivo y subsidiado", es decir, revive lo establecido en el artículo 9 de la Resolución 3539 de 2019.

2. Modificar el artículo 18. Régimen de transición. Le impone a la SNS acortar la transición de la Resolución 1632 de 2025 y la deja para su cumplimiento progresivo desde el 1 y hasta el 31 de enero de 2026, cuando estaba para agosto con 6 meses prorrogables.

3. Modificar el artículo 19. Vigencia y derogatorias. Indica que rige a partir de la fecha de expedición, deroga parcialmente la Resolución 3539 de 2019 con el artículo 9 de autorreporte por parte de aseguradoras, hasta que la SNS pueda establecer el registro de negaciones y se mantiene la Resolución 1716 de 2019 frente al procedimiento de reintegro de los recursos al SGSSS.

Con estas nuevas reglas para el desarrollo del registro, se cierra el año 2025.

4.3.2. Subdirección de Analítica

Esta La Subdirección de Analítica de la Superintendencia Nacional de Salud tiene como misión principal diseñar estrategias de analítica de datos que fortalezcan el ejercicio de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esto incluye el procesamiento, análisis y disposición de información sectorial, la generación de estadísticas, estudios e informes basados en modelos avanzados como inteligencia artificial y econometría, así como el mantenimiento del sistema de alertas tempranas. Además, lidera la política de gobierno de

datos, valida la calidad de la información reportada por los vigilados, y consolida bases de datos clave para la supervisión.

Durante el periodo de gestión, la Subdirección adelantó importantes desarrollos orientados a fortalecer la gobernanza de los datos y la gestión de la información entendiendo que la gobernanza define qué y quién mientras la gestión hace referencia al cómo.

Gobierno y Gestión de Datos

El **gobierno de datos** establece el marco de decisión sobre los activos de datos: define el *qué* debe hacerse, *quién* toma decisiones y bajo qué reglas se administran aspectos como disponibilidad, calidad, seguridad, ética y uso transversal de los datos en la organización (DAMA International, 2021). En contraste, la **gestión de datos** operacionaliza ese marco, es decir, define el *cómo* se ejecutan las actividades para capturar, almacenar, transformar, proteger y disponer los datos mediante procesos, herramientas y roles operativos (Khatri & Brown, 2010). En síntesis, gobernanza = estrategia y autoridad; gestión = ejecución y operación.

Programa de Gobernanza de Datos

Dando un sentido específico a la gobernanza de datos (función 2 decreto 1080 de 2021), alineado con las recomendaciones de DMBok de DAMA,

el Marco del Data Governance Institute (DGI), y otros referentes y autores, se definió el Proyecto para el Desarrollo e Implementación del Programa de Gobernanza de Datos de la Superintendencia Nacional de Salud, con la aplicación parametrizada del marco de John Ladley (2020) en la definición de fases y actividades, adaptadas a las necesidades institucionales en un conjunto de artefactos flexibles y livianos y entregables de alta razonabilidad.

El programa tiene un carácter estratégico pues apunta a dar el marco de lineamientos y políticas para las áreas macro de ACCESO, USABILIDAD, CALIDAD; INTEGRIDAD y SEGURIDAD de los datos. Estas decisiones se definen inicialmente a manera de establecer las responsabilidades y el control de la gestión y operación de los datos de manera negativa (normas como parámetro de acciones punitivas) pero, además, define de manera positiva las directrices que se deben seguir en términos del desarrollo de la gestión y operación de los datos. Entonces, la función estratégica de la Gobernanza se establece por ser la “sombrija” formal para todos los procesos de gestión dentro de las cinco áreas macro descritas, para la transformación digital de la Entidad, y se dirige a la generación de capacidad institucional sostenible en el largo plazo.

El proyecto se ha dividido en dos partes: la primera se ejecutó en 2024 con las dos primeras fases de “establecimiento del compromiso” y de la “estrategia”, y un avance de la tercera de “diseño y arquitectura” para 2024, en que se dieron las definiciones generales, se desarrolló un modelo

de madurez, con base en el cual se realizó la evaluación de avances en los temas relacionados de la institución, y la prospección del desarrollo esperado para la Gobernanza de Datos. A partir de este diagnóstico, se hizo el análisis de brecha, con la definición de un plan de acción estratégico para su cierre, fundamentado en la generación de capacidad. Este plan de acción hizo parte de la propuesta de plataforma estratégica del programa, que, al lado de la formulación de la propuesta de la Política de Gobernanza de datos de la institución, serán objeto de discusión por todas las dependencias en la segunda parte del proyecto de desarrollo e implementación del programa.

La segunda parte del proyecto inicio su ejecución en junio de 2025, para aspectos restantes de la tercera fase de arquitectura y diseño, en términos de abordar la capacidad tecnológica, como de la formulación de las políticas específicas para cada área de gobernanza de datos, el marco y modelo de operación y de compromiso institucional. Para la fase 4 de implementación (implantación) se definirá la hoja de ruta para el go-live e inicio del roll-out de la operación, y se fortalecerá la capacidad del talento humano para la gestión de programas y proyectos, como para la operación de la gobernanza de datos. En la fase 5 se empieza la operación del programa, su evaluación y primeros ajustes con el feedback basado en métricas de desempeño y resultados.

A la fecha los avances se han enfocado en la ejecución conjunta de los siguientes entregables, que son las salidas del diseño del programa y las actividades para su desarrollo e implementación:

Tabla 196 Documentos

GoD 3.1.-A- Documento de Metodología general para la evaluación de tecnologías
GoD 3.2-C-Documentos de políticas específicas de gobernanza de datos
* Política de Gobernanza para la Disponibilidad y Acceso a los datos en la SNS,
* Política de Gobernanza para la Seguridad, Confidencialidad y Privacidad de los datos en la SNS,
* Política de Gobernanza para la Integridad e Integración de los datos en la SNS,
* Política de Gobernanza para la Consistencia y Calidad de los Datos en la SNS,
* Política de Gobernanza para el Uso y Usabilidad de los Datos en la SNS
GoD 3.2-D- Documento consolidado con los Procesos del Programa de GoD en la SNS
GoD 3.2.2.1.-D- Proceso de Ejercicio de autoridad/ supervisión/ regulación sobre la gestión y operación de datos
GoD 3.2.2.2.-D- Proceso de Control sobre la gestión y operación de datos
GoD 4.2.-B1t- Diseño del Curso de Gestión de programas y de proyectos
GoD 4.2.-B2- Curso de Data stewardship, ownership y custody Diseño
GoD 3.2.2.3.-D- Proceso de Direccionamiento del desarrollo y la transformación digital en la institución
GoD 3.2.2.4.-D- Proceso de Gestión de la Gobernanza de datos (con integración de procedimientos de operación)
GoD 3.2.2.5.-D- Enunciado/Listado de procesos y procedimientos sobre la gestión de datos objeto de autoridad y control por la GoD (enunciar, y fijar en las políticas específicas).
GoD 3.2-E-Documento Funciones de los cuerpos colegiados y funcionarios del Programa de GoD en la SNS
GoD 3.2-F-Documento Modelo de operación de la GoD recomendado para la entidad (centralizado, federado, híbrido) y su justificación."
GoD 3.3-A-Modelo de Compromiso con la GoD
GoD 3.3-B-Propuesta de documento normativo (circular o lo que sea pertinente) para entregar el documento a todos los funcionarios de la institución

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Innovación y Desarrollo

A manera de sinopsis, se definieron las políticas específicas de gobernanza de los datos en las áreas mencionadas que organizan y orientan la gestión de los datos, y que dan los lineamientos para implementaciones posteriores, y a partir de la formulación de la Política General de Gobernanza de datos, que da cuenta de elementos de las políticas de MIPG de Gobierno Digital, de Gestión del Conocimiento e innovación, Seguridad Digital, De Gestión de la información Estadística, así como del Decreto 1389 de 2022 de MinTIC con los lineamientos y el modelo para la "Gobernanza de la Infraestructura de datos".

A partir de la Plataforma Estratégica del programa y con base en el plan de acción derivado del análisis de brechas, se ha avanzado en el fortalecimiento de capacidades orientadas al cierre de dichas brechas. En este sentido, se ha definido la plataforma tecnológica del programa, sustentada en la formulación de una metodología estándar para la evaluación y selección de tecnologías de información.

Paralelamente, se ha consolidado un segundo frente de desarrollo de capacidades, mediante el establecimiento y puesta en marcha de los procesos y procedimientos del programa relacionados con:

1. Proceso/procedimiento de ejercicio de Autoridad en Gobernanza de datos
2. Proceso/procedimiento de ejercicio de Control en Gobernanza de datos
3. Proceso/procedimiento para la transformación digital

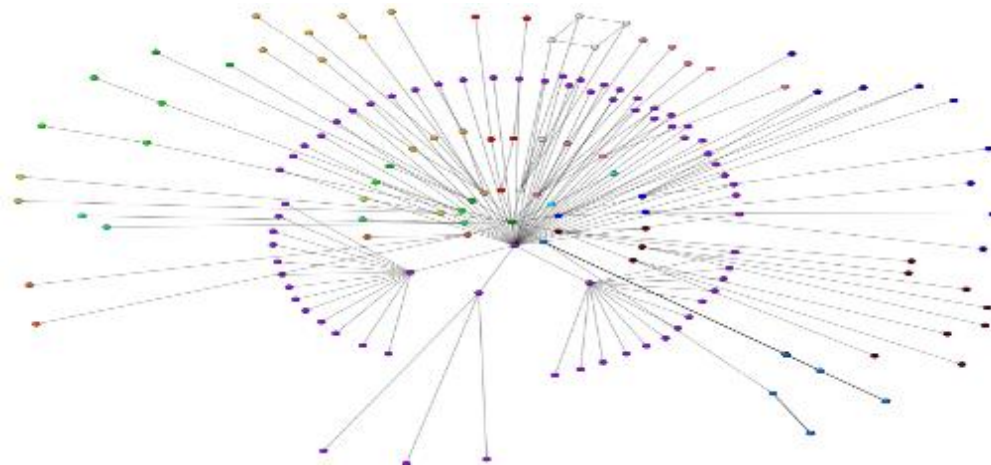
4. Proceso/procedimiento de identificación para apoyo al desarrollo de iniciativas en las 5 áreas de la gobernanza de datos
5. Proceso/procedimiento de gestión del Programa de gobernanza de datos

Se ha dado continuidad al tercer frente de capacidad, correspondiente a las personas, mediante la proyección del Plan de Gestión del Cambio. En este marco, se avanzó en la definición y articulación de cursos certificados por la Universidad de Antioquia en Gestión de Programas y Proyectos y en Gobernanza de Datos para data stewardship, como nivel de profundización del curso inicial de Fundamentos de Gobernanza de Datos.

Asimismo, se realizó el alistamiento requerido para la presentación y aprobación de la Política de Gobernanza de Datos ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD).

Igualmente, se presentará el modelo de operación que servirá como base para definir el modelo de compromiso de las dependencias, el cual fue estructurado a partir de la modelación de los datos contenidos en el manual de funciones, permitiendo ampliar y relacionar el organigrama institucional.

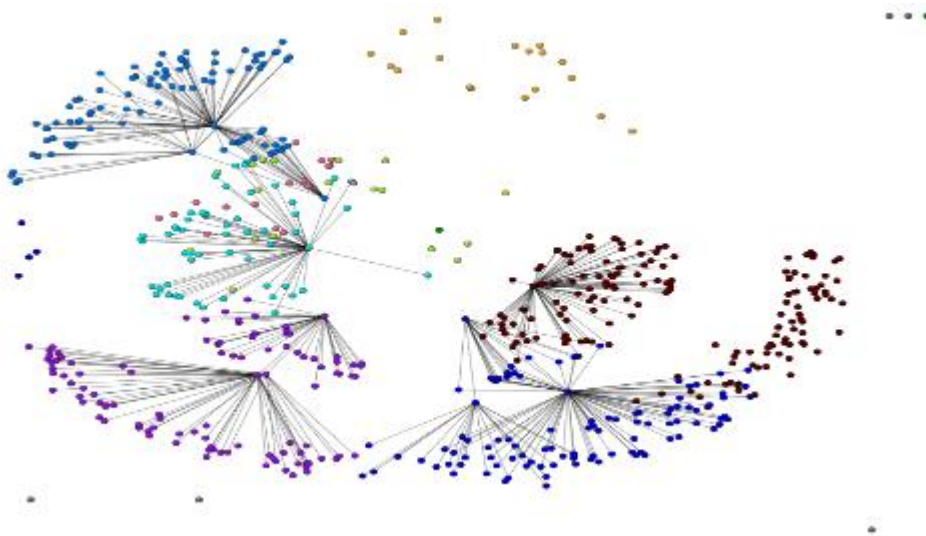
Ilustración 46 Modelación Datos



En relación con la política específica de Gobernanza para la gestión del uso y la usabilidad de los datos, se ha avanzado en su implementación a través del Programa Centro de Excelencia en Inteligencia de Negocios y Analítica (BI&A CoE). Este programa, orientado al desarrollo y fortalecimiento de capacidades institucionales, ha permitido profundizar en el diagnóstico mediante la formulación de un Modelo de Madurez aplicable a toda la entidad. Dicho modelo servirá como base para realizar el análisis de brechas y estructurar el correspondiente plan de acción estratégico.

Se ha definido un modelo de operación híbrido, (por modelación del organigrama ampliado con el manual de funciones), similar al de gobernanza de datos, que si bien tiene organismos centrales de referencia en la institución tiene un componente distribuido para aprovechar la capacidad de la planta contratada.

Ilustración 47 Modelo Operación Híbrido



Se avanza en la definición y selección de los componentes de la arquitectura tecnológica del BI&A CoE, particularmente en la adopción de una plataforma integrada de almacenamiento y procesamiento tipo *lakehouse*, contemplando su integración con los sistemas fuente. Este avance incluye, además, la documentación en herramientas colaborativas como GitHub y la habilitación de espacios controlados de experimentación y validación (data sandboxes), entre otros elementos.

Paralelamente, en cuanto al fortalecimiento de capacidades del talento humano, se desarrolló el curso de Inteligencia de Negocios y Analítica, dirigido a los funcionarios de las dependencias con responsabilidades afines o formación en el área. El propósito es que estos funcionarios puedan integrarse al BI&A CoE y realizar desarrollos analíticos bajo

estándares institucionales alineados con las mejores prácticas de la industria informática.

En la vigencia 2025, se logró la ejecución completa del proyecto para el desarrollo e implementación del programa de BI&A-CoE: Fase 1 Estructuración Fase 2 Desarrollo Fase 3 Despliegue Fase 4 Implementación, operación, seguimiento y evaluación: Se lograron los siguientes avances en la GENERACIÓN DE CAPACIDAD INSTITUCIONAL en el tema EN LOS TRES COMPONENTES DE TRANSFORMACIÓN DIGITAL (personas, tecnología y procesos):

- Se desarrolló el caso de negocio del programa de inteligencia de negocios y analítica, con su orientación a centro de excelencia, por lo que se adopta la notación de BI&A-CoE, y con una base sólida de adopción de normas, estándares y mejores prácticas, nacionales e internacionales
- Se formularon primeras versiones de los procesos estratégicos de generación de valor y posicionamiento.
- Se formularon versiones iniciales para los procesos tácticos de gestión de la infraestructura (gestión de capitales humano, tecnológico y financiero), y el de gestión funcional (gestión de proyectos, integración de proyectos para la eficiencia, integración estratégico, táctico y operativa)

- Se formularon versiones iniciales de procesos operativos (SOP- Standard Operative Procedures- para los diferentes pasos de entradas, procesamiento y salidas de los proyectos de desarrollos analíticos.
- Se realizaron las iteraciones relacionadas con el desarrollo de las versiones definitivas de lo descrito anteriormente.
- Para la generación de capacidad tecnológica, se revisaron diferentes tipos de plataforma, como de herramientas complementarias dando cuenta de los procesos del BI&A-CoE (requerimientos)
- Se diseñó, desarrollo, y ejecutó el curso de Inteligencia de Negocios y Analítica, para la generación de capacidad en el talento humano.
- Se formuló, desarrollo, implementó y aplicó un modelo de evaluación de la madurez en BI&A, con base en el cual se hizo el análisis de brecha, para la formulación del plan y hoja de ruta estratégicos del programa, al lado de su visión y misión.
- Se generaron los contenidos de Comunicación y gestión del cambio para el programa, como iniciativa derivada de la gobernanza de datos.

Base Única de vigilados

La Base Única de Vigilados (BUV) es un sistema de tablas centralizadas en la Subdirección de Analítica, las cuales permiten realizar consultas respecto de las entidades que son objeto de inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

La BUV reúne y consolida todos los datos que permiten identificar a las entidades vigilados de acuerdo con sus características principales. Resaltando especialmente al grupo de negocio vigilado al cual pertenecen, así como su razón social y su naturaleza jurídica entre otras variables. Esta base tiene el objetivo de unificar y organizar la información de manera estructurada, facilitando así la labor de inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y sus Áreas Misionales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), accediendo a datos consistentes y actualizados para la toma de decisiones y las acciones de IVC.

La BUV incluye datos de los vigilados, como información básica (nombre, identificación, tipo de entidad, etc.), datos sobre sus actividades y negocios relacionados, y el registro de las acciones de supervisión realizadas por la Supersalud.

Durante el periodo correspondiente a este informe se lograron los siguientes hitos:

- Mantener actualizada la Base Única de Vigilados (grupo de valor), realizando, además, procesos de revisiones y/o actualizaciones en los sistemas de Génesis y nRVCC sobre los vigilados.
- Se alcanzó el 100% de propuesto en la vigencia, para lo cual se ha mantenido permanente interlocución con las Delegaturas y Direcciones de la Entidad como Financiera y el Grupo de Contribución.
- Actualización de la base de datos.
- Base de Datos BUV en servidor SQL.
- Tablero de Mando de sujetos Vigilados en Power BI.
- Base de datos de Vigilados de Sujetos Pasivos de Contribución para la vigencia 2025.
- Datos Abiertos.

En términos generales, los datos abiertos son todos aquellos datos que se encuentran en formatos estándar e interoperables que facilitan su acceso y reutilización, los cuales están bajo la custodia de las entidades públicas y que son puestos a disposición de cualquier ciudadano, de forma libre y sin restricciones, con el fin de que terceros puedan reutilizarlos y crear servicios derivados de los mismos.

Por lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud ha dispuesto a los ciudadanos información accesible y en formatos abiertos a través su

portal propio de Datos Abiertos federado con el portal gov.co, con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones establecidas en ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional - 1712 de 2014. Este portal se encuentra disponible en el link: [Supersalud Datos abiertos](#)

Durante el periodo de este informe se presentaron los siguientes avances:

- Actualmente el portal de datos abiertos de la entidad cuenta con 6 temáticas de trabajo y 70 conjuntos de datos publicados.
- Actualización periódica de los conjuntos de datos más consultados: reclamos en salud y Catálogos de Información Financiera.
- De acuerdo con el reporte de uso del portal de datos abiertos tenemos un total de 18.033 descargas y 15.195 visitas para primer semestre de 2025.

Gobierno y Gestión de la Información

El gobierno de la información se orienta a la toma de decisiones sobre el ciclo de vida de la información como activo: determina qué normas, responsabilidades y criterios se aplican para asegurar el cumplimiento regulatorio, la transparencia, la trazabilidad y el valor organizacional de la información (ISO, 2018). Por su parte, la gestión de la información se enfoca en el cómo se organiza, procesa, distribuye, conserva y explota la información para apoyar procesos, analítica y toma de decisiones,

integrando tecnologías, flujos documentales y arquitectura de contenidos (Smallwood, 2019). Gobierno fija la regla y asigna la autoridad; gestión ejecuta y opera la regla.

Política de Gestión de Información Estadística

La Política de Gestión de la Información Estadística (PGIE) es el marco que orienta a las entidades públicas para fortalecer su capacidad estadística y asegurar que la información estadística sea pertinente, oportuna, confiable, comparable. En el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el DANE lidera la política y pone a disposición instrumentos, lineamientos, normas, estándares y documentación técnica para que las entidades los adopten o adapten según su contexto institucional.

En este sentido la Superintendencia, respecto a la producción de información estadística se soporta en el aprovechamiento de registros administrativos. Por ello, la implementación de la PGIE debe adaptarse a un entorno de fuentes secundarias, de acuerdo con los lineamientos del Sistema Estadístico Nacional (SEN) y la Norma Técnica de Calidad del Proceso Estadístico NTC PE 1000:2020.

La PGIE se implementa mediante tres mecanismos complementarios:

- Planificación estadística: organizar la oferta y demanda de información, priorizar operaciones y registros, y vincular metas e inversiones a la actividad estadística.
- Fortalecimiento de registros administrativos: mejorar el diseño, operación, documentación, calidad, protección y uso estadístico de los registros.
- Calidad estadística: adoptar lineamientos del proceso estadístico y requisitos de la NTC PE 1000, documentar operaciones e indicadores, controlar y evaluar la calidad en todo el ciclo estadístico y fortalecer la difusión y transparencia.

El proceso estadístico de referencia comprende, de manera general, las etapas de detección y análisis de necesidades, diseño, construcción, recolección o acopio, procesamiento, análisis, difusión y evaluación. En Supersalud, varias actividades se sustituyen o adaptan, pero se refuerzan las actividades de verificación de fuentes, integración, depuración, estandarización, validación y documentación metodológica.

En 2025 se avanzó, con el apoyo de dos OPS contratados en el último periodo del año, en la consolidación técnica de los tres mecanismos de la PGIE, dejando productos que sirven como base para su implementación progresiva en Supersalud durante el 2026.

- Planeación estadística: definición de objetivos y líneas de acción para insumo del futuro Plan Estadístico Institucional;

fortalecimiento del enfoque de oferta–demanda y del ecosistema de datos.

Fortalecimiento de RRAA: definición de criterios de caracterización técnica y documentación; lineamientos iniciales de anonimización y propuesta de fortalecimiento gradual para mejorar el uso estadístico de registros priorizados.

- Calidad estadística: identificación de brechas frente a la NTC PE 1000:2020; propuestas de ajuste al Procedimiento de Gestión de Información Estadística el cual fue revisado, aprobado y publicado junto con la Oficina Asesora de Planeación; orientaciones para documentar operaciones e indicadores y mejorar difusión con estándares de metadatos (DDI y Dublin Core), el desarrollo de un procedimiento para la gestión de información estadística.

Tableros

La creación y actualización periódica de los siguientes tableros, elaborados a demanda específica de las diferentes delegaturas o dueños del negocio, se han consolidado como un soporte importante para la Inspección, Vigilancia y Control (IVC). Estos recursos visuales transforman grandes volúmenes de datos en conocimiento accionable, permitiendo a los equipos misionales identificar tendencias, focalizar

riesgos y tomar decisiones más rápidas y mejor informadas en sus respectivas labores.

Tablero Públicos:

- Tablero de Reclamos en Salud de EPS régimen contributivo y subsidiado
- Tablero de Reclamos en Salud de EPS indígenas y otras EAPB
- Tablero de Gobierno Organizacional
- Tablero Auto 584.

Tableros Internos:

- Tablero de afiliados
- Tablero de reclamos directos EAPB – GT005 y GT006.
- Tablero de liquidaciones.
- Tablero de estados de reclamos en salud corte diario.
- Tablero de reclamos de personas en condición de discapacidad.
- Tablero de conciliación
- Tablero mapeo y transferencia del conocimiento
- Tablero de indicadores de salud pública
- Tablero sentencia T-760 de 2008
- Tablero de Actuaciones Disciplinarias – OCDI
- Tablero de Instrucciones Disciplinarias – OCDI
- Tablero Informe sanciones caracterización.
- Tablero Plan de choque para la entrega de medicamentos
- Tablero monitoreo GAUDI

Adicionalmente, a diciembre 2025 se encuentran en proceso de desarrollo los siguientes tableros:

- Tablero de Cartera
- Tablero de Condiciones Financieras
- Tablero de Pagos a Proveedores
- Tablero de Rendición de Cuentas
- Tablero de Siniestralidad

4.3.3. Subdirección de Tecnologías de la Información

La Subdirección de Tecnologías de la Información - STI tiene por objetivo dirigir, evaluar y controlar los procesos y desarrollos de las tecnologías de la información y las comunicaciones de la Superintendencia, buscando la actualización tecnológica y liderando el direccionamiento tecnológico.

Durante el periodo 2024–2025, la gestión de la STI se desarrolló en un entorno caracterizado por importantes retos operativos, contractuales y humanos. No obstante, se lograron avances estratégicos que permiten consolidar a la dependencia como un eje fundamental en la transformación digital de la Entidad, pasando de un enfoque eminentemente operativo a consolidarse como un área estratégica que orienta la innovación tecnológica en la Entidad.

El diseño de la estrategia regionales, la creación de la Mesa Estratégica de TI y la proyección hacia una futura OTIC (Oficina de Tecnologías de la

Información y las Comunicaciones) son hitos que fortalecen la gobernanza de TI y la alineación con las mejores prácticas internacionales.

Logros alcanzados:

a. Continuidad Operativa y Escalabilidad.

- Contratación de servicios de nube pública Microsoft Azure por más de \$6.300 millones, habilitando elasticidad, alta disponibilidad y respaldo a sistemas misionales:
- Modernización de la conectividad LAN, WAN y WLAN, con renovaciones de enlaces de datos nacionales y soporte de telefonía institucional.
- Renovación de licencias críticas como ArcGIS, Adobe y AuraQuantic, garantizando la sostenibilidad de los sistemas de análisis y de gestión interna.
- Implementación de certificados digitales y SSL wildcard, fortaleciendo la seguridad de las transacciones electrónicas y el cifrado de datos sensibles.
- Asignación y configuración de equipos para nuevos funcionarios en sede central y regionales, asegurando la disponibilidad de los recursos tecnológicos necesarios para el adecuado desempeño de sus funciones.

- Implementación de herramienta de código abierto para supervisar y gestionar determinados servicios críticos dentro de la infraestructura tecnológica institucional. Esta medida permitió fortalecer el control operativo y la visibilidad de los sistemas sin generar incrementos en los costos asociados al consumo de servicios en la nube, optimizando el uso de los recursos disponibles.

b. Modernización y Optimización de Plataformas Institucionales.

- Actualización tecnológica y mejoras en rendimiento, seguridad y escalabilidad de sistemas clave (Humano, Moodle, GAUDI, SIVICAL, GENESIS, FENIX, RILCO, SIVEC, APLICA, ITS).
- Migraciones a nuevas infraestructuras, optimización de bases de datos, reducción de tiempos de carga y fortalecimiento de la trazabilidad digital.

c. Fortalecimiento de la Atención y Soporte.

- Implementación de una Mesa de Servicio integral con cobertura nacional (\$2.981 millones), con enfoque ITIL y SLA medibles, que brinda soporte a la sede central y a las direcciones regionales de la Superintendencia.

d. Gobierno de TI.

- Desarrollo y socialización del Mapa de Capacidades para los grupos de la STI.

- Desarrollo y socialización del Mapa de Procesos para los grupos de la STI.
- Desarrollo y socialización del Modelo de Evaluación del desempeño con indicadores para los grupos de la STI.

e. Seguridad Digital.

- Ampliación de las capacidades de ciberseguridad y gestión de riesgos digitales mediante la vinculación de perfiles especializados en Fortinet, Trend Micro, gestión de incidentes, protección de datos personales y monitoreo.
- Aseguramiento de controles tecnológicos para el cumplimiento de la Política de Gobierno Digital y estándares internacionales de seguridad.
- Acompañamiento en la implementación de la Resolución 1519 de 2020.
- Actualización de la Política de Seguridad Digital y Seguridad de la Información: con el fin de fortalecer la postura de ciberseguridad y protección de la información de la Superintendencia Nacional de Salud para salvaguardar la información sensible y crítica, asegurando la continuidad de sus operaciones y la confianza de los ciudadanos.

- Actualización integral de la Política Institucional de Protección de Datos Personales: el documento fue rediseñado conforme a la Ley 1581 de 2012, la Circular Externa 002 de 2024 y las políticas de Gobierno Digital, incorporando lineamientos de seguridad digital, principios de transparencia, confidencialidad y responsabilidad.
- Identificación y análisis de vulnerabilidades en los sistemas de información institucionales, fortaleciendo la capacidad de respuesta ante riesgos. Asimismo, se puso en marcha el Plan de Sensibilización en Seguridad Digital 2025, a través de iniciativas como el mes de la ciberseguridad, píldoras informativas y la publicación del magazín digital.

f. Innovación, Integración y Automatización de Procesos.

- Implementación de flujos automatizados en BPM (AuraQuantic) para procesos estratégicos como paz y salvo y trámites internos, con impacto directo en tiempos de respuesta y trazabilidad.
- Implementación y entrenamiento del Chatbot institucional para atención automatizada a vigilados.
- Integración de analítica con Power BI, desarrollo de reportes especializados, soporte técnico, capacitación y estandarización.
- Avances en nuevos requerimientos (Sentencias, SIAD) y fortalecimiento de la seguridad de portales institucionales.

g. Proyectos estratégicos radicados y en trámite:

- Adopción de IPv6 y proyectos de infraestructura soportados en inteligencia artificial para optimizar seguridad y escalabilidad tecnológica.
- Licenciamiento de Adobe.
- Licenciamiento Microsoft.
- Telefonía.
- Conectividad.
- Adquisición de equipos de diseño audiovisual.

h. Consolidación del Plan Estratégico de TI (PETI 2024-2026).

- La ejecución presupuestal de la vigencia 2025 estuvo plenamente alineada con las metas estratégicas del PETI y con el Plan Anual de Adquisiciones (PAA). En particular:

PETI:

- Se avanzó en los cuatro ejes estratégicos del PETI (infraestructura, seguridad digital, sistemas de información y gobierno de TI), con contratos que responden directamente a los objetivos trazados.

- Hoja de ruta estratégica: Definición e implementación de 8 iniciativas estratégicas que contienen 21 proyectos alineados con los objetivos institucionales.
- Enfoque en dominios clave: Cobertura integral de Sistemas de Información, Infraestructura, Seguridad Digital, Estrategia y Gobierno de TI, y Uso y Apropiación
- Alineación institucional: Todos los proyectos responden a objetivos institucionales y apoyan la modernización tecnológica.

Lanzamiento del Programa de Fortalecimiento STI

Iniciativa estratégica institucional: En julio de 2025 se lanzó el Programa de Fortalecimiento de la Subdirección de Tecnologías de la Información, alineado con las iniciativas estratégicas del PETI (INI-EST-06, INI-GOB-07, INI-UYA-08) y el Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial (MRAE) de MinTIC.

Estructura del programa en 5 fases: Lanzamiento y contextualización, diagnóstico de capacidades y madurez institucional en gestión de TI, diseño de escenarios objetivos para cada capacidad/proceso, formulación de hoja de ruta para cierre de brechas, e inicio de la ejecución de la hoja de ruta de cada fase por trimestre.

Gobernanza participativa: Se estableció un modelo de gobernanza participativa liderado por la Subdirección de TI con apoyo directo de los cinco grupos de trabajo, materializada en una instancia de evaluación y dirección quincenal.

j. Implementación de Tableros de Control Ejecutivos.

Desarrollo de herramientas de seguimiento: Se diseñaron e implementaron tableros de control ejecutivos en Power BI para el seguimiento en tiempo real del estado de proyectos, proporcionando visibilidad integral sobre el desempeño del cronograma, grupos responsables, estado de proyectos y gestión de riesgos.

Capacidades implementadas: Los tableros incluyen funcionalidades para monitoreo general de proyectos, seguimiento detallado por proyecto específico, matriz de riesgos automatizada con escalas de probabilidad e impacto, y repositorio estructurado para captura de lecciones aprendidas.

Beneficios organizacionales: Esta implementación ha mejorado significativamente la toma de decisiones ejecutivas, reducido la incertidumbre en el seguimiento de proyectos, y establecido un sistema de alertas tempranas para la gestión proactiva de riesgos y dependencias.

k. Desarrollo del Modelo de Gestión de Proyectos TI.

Formulación de primera versión metodológica: En septiembre de 2025 se culminó la formulación de la primera versión completa del Modelo para la Gestión de Proyectos de TI en la Superintendencia Nacional de Salud, estableciendo un marco metodológico estructurado para la PMO institucional el cual se publicó el 19 de diciembre de 2025.

Logro estratégico en cultura organizacional: Este desarrollo representa un avance fundamental dado que en la STI no existía una cultura de ejecución de proyectos con metodología estandarizada, donde cada área desarrollaba proyectos por sus propias fuerzas sin un marco común de gestión.

Base metodológica consolidada: El modelo establece procesos, plantillas, herramientas y lineamientos que proporcionan una base sólida para desarrollar capacidades de gestión de proyectos de manera sistemática y coherente en toda la subdirección.

Levantamiento de necesidades de inversión en TI 2026

Los siguientes aplicativos fueron identificados como parte del levantamiento de información:

SuperArgo es el gestor documental transversal de la Superintendencia Nacional de Salud, desarrollado internamente para administrar y organizar la documentación institucional.

NRVCC es la base de datos que consolida la información reportada por los vigilados, incluyendo prestadores, aseguradores y operadores logísticos.

GENESIS permite realizar la trazabilidad de las cuentas por cobrar de la Superintendencia Nacional de Salud.

FENIX gestiona la información de los vigilados intervenidos, facilitando el seguimiento y la evidencia de la información solicitada.

GAUDI recopila y administra la información reportada por las entidades territoriales sobre las auditorías que realizan.

CIVICAL registra los reportes de las entidades recaudadoras vinculadas a juegos de azar y apuestas.

APLICA gestiona el registro y control de los activos físicos y digitales de la entidad.

Página Web funciona como el principal canal de comunicación entre la Superintendencia y sus diferentes grupos de interés.

HUMANO se encarga de la gestión integral del talento humano dentro de la entidad. Es el único aplicativo administrado totalmente por el proveedor en formato de bolsa de horas.

Aplicativos nuevos identificados para ser contratados:

Aplicativos de soporte con Inteligencia Artificial utiliza inteligencia artificial para clasificar tutelas y PQRSD, además de generar reportes basados en conocimiento institucional.

SUITVISION es el sistema integrado de gestión que apoya los procesos de planeación y control interno.

Process App es la herramienta especializada para la gestión y seguimiento de los procesos jurídicos de la entidad.

De los anteriores se identificaron las siguientes necesidades críticas:

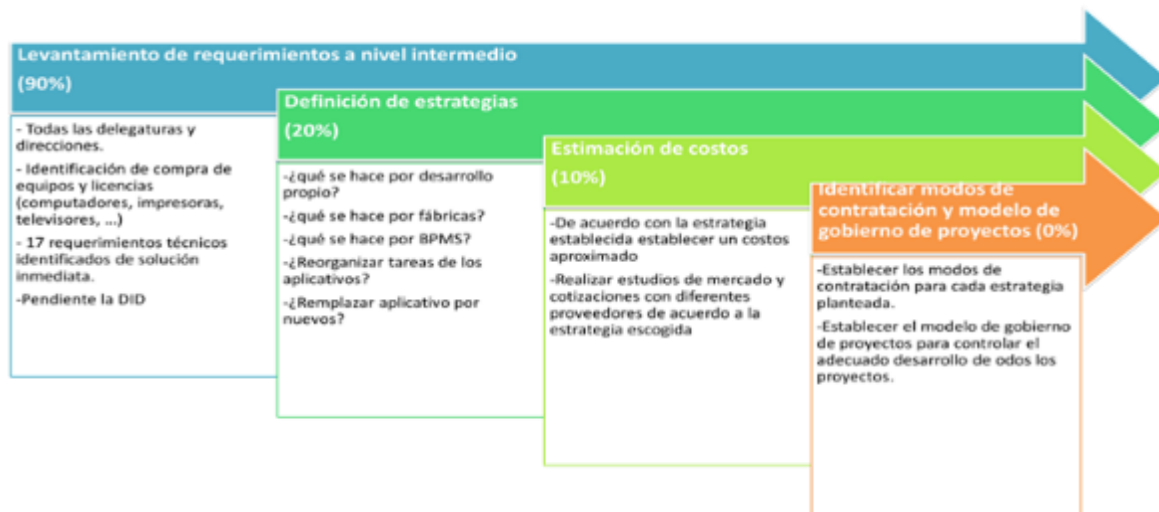
Tabla 197 Necesidades

Aplicativo	Necesidad crítica	Descripción
SuperArgo	Incorporación de funciones de gestión documental de archivo TRD	Incluir las tablas y reglas de retención archivística (TRD) para cumplimiento y gestión documental, las cuales no están incorporadas generando fuerte desgaste en la recuperación y traslado de la información , así como exponer a un riesgo crítico de incumplimiento normativo a la entidad.
	Interoperabilidad con los procesos misionales	Habilitar intercambio de documentos y metadatos con sistemas misionales para flujo de trabajo integrado. La falta de integración genera sendos reprocesos al tener que llevar la información en varios sistemas, con distintos niveles de metadatos.
	Reporte de la trazabilidad sobre los radicados	Necesidades de reporte de información para el seguimiento, control y asignación de los radicados, PQR
	Requerimientos puntuales de usabilidad	Mejorar interfaces y flujos (navegación, búsquedas y formularios) para facilitar uso. Falta de campos para llevar adecuadamente la clasificación y manejo de los radicados.
NRVCC	Depuración de información	Limpieza, validación y normalización de los datos reportados para aumentar calidad y confiabilidad.
	Reporte preventivo a procesos misionales	Generar reportes/alertas preventivas que alimenten y apoyen la toma de decisiones en procesos misionales.
GENESIS	52 requerimientos documentados	Priorizar, planificar y trazar implementación de los 52 requisitos documentados. El aplicativo no permite que haya un cierre contable , por lo que se deben llevar cuentas paralelas. Adicionalmente, no es posible generar pagos parciales a las cuentas por cobrar y no existe un módulo de cobro coactivo .
	Quitar funciones no contables	Eliminar o desactivar módulos no relacionados con la gestión contable para simplificar el sistema.

Aplicativo	Necesidad crítica	Descripción
HUMANO	Pendiente respuesta del proveedor	Espera confirmación y plan de acción por parte del proveedor para continuar con mejoras o soporte.
FENIX	Armonizar ambientes (producción, pruebas, desarrollo)	El ambiente de producción tiene dañadas funcionalidades que si existen en el ambiente de pruebas lo que obliga a usar este para entregar información a los usuarios.
	30 requerimientos documentados	Registrar y programar la atención de los 30 requerimientos identificados
	Interoperabilidad con SuperArgo	Integrar intercambio de indicadores y evidencia documental con SuperArgo.
CIVICAL	Optimizar consumo de almacenamiento (14 TB)	El aplicativo consume 18 mil dólares mensuales debido al alto almacenamiento. Implementar archivado, retención o compresión para reducir uso actual de 14 TB.
	Mejorar sistema de reporte	Optimizar generación, consulta y entrega de reportes para mayor eficiencia y usabilidad. En este momento debido al alto volumen no se logra realizar las consultas en los tiempos requeridos.
PÁGINA WEB	Modernizar todo el aplicativo (sin soporte)	Migrar y renovar la plataforma web a una solución con soporte y tecnologías actuales.
	Actualizar funcionalidades requeridas	Implementar y poner al día las funcionalidades faltantes o desactualizadas.
Nuevos aplicativos	SuitVisión	Implementar SuitVisión como sistema integrado de gestión (planeación y control interno).
	ProcessAPP	Desplegar ProcessAPP para gestión y seguimiento de procesos jurídicos.
	Proyectos con IA	Desarrollar proyectos piloto/implementaciones de IA (clasificación y análisis) alineados a necesidades.

Fuente: elaboración propia de la Dirección de Innovación y Desarrollo

Ilustración 48 Ruta de trabajo



Fuente: elaboración propia de la Dirección de Innovación y Desarrollo

Se ha completado el levantamiento de requerimientos a nivel intermedio, cubriendo todas las delegaturas y direcciones y dejando inventariado el alcance de compras necesarias (equipos y licencias). Además, se han identificado 17 requerimientos técnicos que requieren solución inmediata; la DID está pendiente y debe cerrar restricciones arquitectónicas y de seguridad. A partir de este punto se avanzará en: (1) validación con los dueños de proceso y clasificación de los 17 requerimientos por impacto, riesgo y esfuerzo para priorizar “quick wins” y trabajos estructurales; (2) cierre de la DID para definir arquitectura y compatibilidades; (3) elaboración de la matriz decisión (desarrollo propio / fábricas / BPMS / reemplazo / reorganización de aplicativos); (4) estimación de costos apoyada en estudios de mercado y cotizaciones; (5) definición de modos de contratación y del modelo de gobernanza (PMO/Comité directivo, roles, KPIs, gestión de riesgos y plan de gestión del cambio); y (6) preparación

de pliegos/RFP, PoC y cronograma de adquisiciones para pasar a contratación.

Con el ejercicio completado se espera reducir los tiempos de contratación y arranque la ejecución durante 2026. El entregable será un conjunto de contratos firmados y cronogramas de implementación para las soluciones priorizadas (incluyendo adquisición e instalación de equipos y licencias), la resolución de los 17 requerimientos técnicos inmediatos y el inicio de despliegues mayores bajo un esquema de seguimiento por KPIs y control de riesgos. En suma: pasar de diagnóstico a ejecución formal en 2026, con trazabilidad, presupuesto asegurado y primeros resultados operativos medibles dentro del año.

RETOS

- Cumplimiento PETI: Conformar un equipo de trabajo interdisciplinario integrado por profesionales idóneos en tecnologías de la información, que lidere los procesos de planificación, implementación, ejecución y seguimiento del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI) en el ámbito de la Subdirección de TI. Esta conformación resulta esencial para fortalecer la capacidad operativa y técnica, especialmente considerando que para la vigencia 2026 se proyectan nuevas iniciativas tecnológicas orientadas a satisfacer las crecientes

necesidades institucionales y a consolidar la transformación digital de la Entidad.

- Agilizar y fortalecer el equipo de estructuración de proyectos de contratación de servicios de Tecnologías de la Información (TI), con el fin de optimizar los procesos asociados a la planificación, definición técnica, análisis de viabilidad y elaboración de pliegos para la adquisición de servicios transversales tales como redes LAN, WAN y WLAN, telefonía corporativa, soluciones de respaldo y recuperación (backups), entre otros componentes críticos de la infraestructura tecnológica institucional.
- Esta acción busca mejorar la capacidad de respuesta de la Entidad frente a las necesidades operativas, reducir los tiempos de gestión contractual y garantizar la coherencia técnica, jurídica y financiera de los procesos de adquisición, asegurando su alineación con el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI), el Modelo de Gobierno y Gestión de TI (MGGTI) y los lineamientos del Sistema de Compra Pública.
- Se requiere alinear la metas y objetivos operacionales de cada coordinación con la estrategia de la STI, con el fin de garantizar el cumplimiento de las metas, objetivos, ejecución presupuestal, proyectos, Plan Estratégico de Tecnologías de la Información PETI.
- Es importante fomentar un buen trabajo en equipo, cohesionado y articulado basado en la comunicación asertiva al interior de la STI.

De esta misma manera, se deben alinear los esfuerzos con la Dirección de Contratación, en aras de optimizar los tiempos de contratación, en la búsqueda de la articulación de los esfuerzos que al final se reflejen en el cumplimiento del Plan Anual de Adquisiciones y en la correcta y oportuna ejecución presupuestal.

- Adicionalmente, es necesario el aprovechamiento de las capacidades del talento humano a través de una adecuada curva de aprendizaje, con enfoque al fortalecimiento del proceso estratégico, operativo y técnico de la STI que se verá proyectado en los resultados e indicadores, así como, en la mejora de los servicios de cara a la ciudadanía.
- Con respecto al seguimiento de la ejecución de actividades del proyecto de inversión que lidera la Oficina Asesora de Planeación OAP, se sugiere realizar de manera periódica (mensual) mesas de trabajo con el gestor del proyecto de inversión con el fin de que conjuntamente se revisen y validen las cifras para confirmar que estas estén correctas al momento de cargue de actividades, productos y valores en la plataforma PIIP – DNP, previniendo situaciones que con el tiempo podrían afectar la validez de los resultados de la ejecución del proyecto de inversión. Lo anterior debido a que, se nos manifiesta que a la fecha se identificaron errores que se vienen presentando desde el mes de febrero 2025 en la elaboración de la matriz de ejecución de actividades que inducen a un cargue no valido de cifras y actividades en la plataforma PIIP -DNP.

- Se debe continuar con la sensibilización y seguimiento a los contratistas para que de manera oportuna radiquen sus cuentas de cobro con el fin de darle cumplimiento al Plan Mensualizado de Caja (PAC), y mantener el cumplimiento de los indicadores.

Temas prioritarios:

- Fortalecer la gestión de la infraestructura tecnológica mediante la definición, documentación, estandarización y formalización de procedimientos operativos y técnicos que regulen el quehacer institucional en materia de administración, soporte, mantenimiento, seguridad, monitoreo y optimización de recursos de TI.
- Esta iniciativa busca establecer un marco operativo coherente y sostenible, que permita unificar criterios técnicos, mejorar la eficiencia de los procesos, y garantizar la trazabilidad, continuidad y calidad de los servicios tecnológicos que soportan las funciones misionales de la Entidad.
- Efectuar un análisis integral de la infraestructura computacional institucional, con el propósito de iniciar el proceso de renovación tecnológica ante los niveles de obsolescencia identificados, garantizando la continuidad operativa, la eficiencia del desempeño y la alineación con los estándares actuales de arquitectura tecnológica.

Adicionalmente, adquirir e implementar herramientas especializadas de monitoreo y control, que permitan la detección oportuna de vulnerabilidades, amenazas y accesos no autorizados, así como la gestión del consumo de recursos en los diferentes componentes de la infraestructura tecnológica, fortaleciendo así la seguridad, disponibilidad y rendimiento de los servicios institucionales.

4.4. Dirección Jurídica

El propósito principal de la Dirección Jurídica es asesorar y apoyar al Superintendente Nacional de Salud y a las demás dependencias, sobre los asuntos jurídicos relacionados con la Entidad, garantizando la legalidad de todas las actuaciones administrativas, judiciales y demás que se surtan, en concordancia con las directrices, planes y estrategias adoptadas por el Superintendente Nacional de Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud se reestructuró a través del Decreto 1080 de 10 de septiembre de 2021, quedando la Dirección Jurídica vinculada directamente al Despacho del Superintendente con las siguientes Subdirecciones:

- Subdirección de Defensa Jurídica
- Subdirección de Recursos Jurídicos

Sobre las funciones y competencias de esta Dirección, el Decreto 1080 de 2021 en su artículo 12 y siguientes, señala:

"Artículo 12. Funciones de la Dirección Jurídica. Son funciones de la Dirección Jurídica, las siguientes.

1. Asesorar a la Superintendencia en asuntos jurídicos, relacionados la gestión de la entidad.

2. Emitir los conceptos jurídicos que soliciten las dependencias en asuntos relacionados con la gestión de la entidad.
3. Dirigir la defensa jurídica de la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con la normativa vigente.
4. Revisar los aspectos jurídicos de los proyectos de actos administrativos y de circulares, que deba suscribir el Superintendente Nacional de Salud, que sean sometidos a su consideración.
5. Responder consultas sobre normas o materias legales que afecten o estén relacionadas con las competencias y funciones asignadas a la Superintendencia, en coordinación con las dependencias de la entidad.
6. Impartir las directrices para el trámite de los recursos de apelación y las solicitudes de revocación directa de competencia del Superintendente
7. Emitir concepto de índole jurídico sobre el contenido de las iniciativas legislativas y los proyectos de actos administrativos del Sector Salud y Protección Social, cuando le sean requeridos.
8. Compilar, sistematizar, y llevar el registro de las normas y la jurisprudencia en relación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
9. Las demás funciones que le sean asignadas y que correspondan a la naturaleza de la dependencia”.

Las funciones de la Subdirección de Defensa Jurídica y de la Subdirección de Recursos Jurídicos son las siguientes:

“Artículo 13. Funciones de la Subdirección de Defensa Jurídica. Son funciones de la Subdirección de Defensa Jurídica, las siguientes:

1. Representar a la Superintendencia en los procesos judiciales en que esta sea parte o tenga interés.
2. Representar a la Superintendencia en las acciones constitucionales en que sea parte o tenga interés.
3. Representar extrajudicialmente a la Superintendencia Nacional de Salud en los procesos en que esta sea parte o tenga interés.
4. Atender y realizar seguimiento al trámite de los procesos de que tratan, los numerales 1,2 Y 3 del presente artículo, en que sea parte o tenga interés la Superintendencia y presentar los informes sobre el desarrollo de estos.
5. Dirigir la gestión del Comité de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud.
6. Asesorar a la Entidad y proponer estrategias de prevención del daño antijurídico y participar en la definición de los riesgos jurídicos de la Superintendencia.
7. Mantener el control y registro actualizado sobre las actuaciones que adelante la Subdirección y elaborar los informes que se requieran.

8. Las demás funciones que le sean asignadas y que correspondan a la naturaleza de la dependencia.

Artículo 14. Funciones de la Subdirección de Recursos Jurídicos. Son funciones de la Subdirección de Recursos Jurídicos, las siguientes:

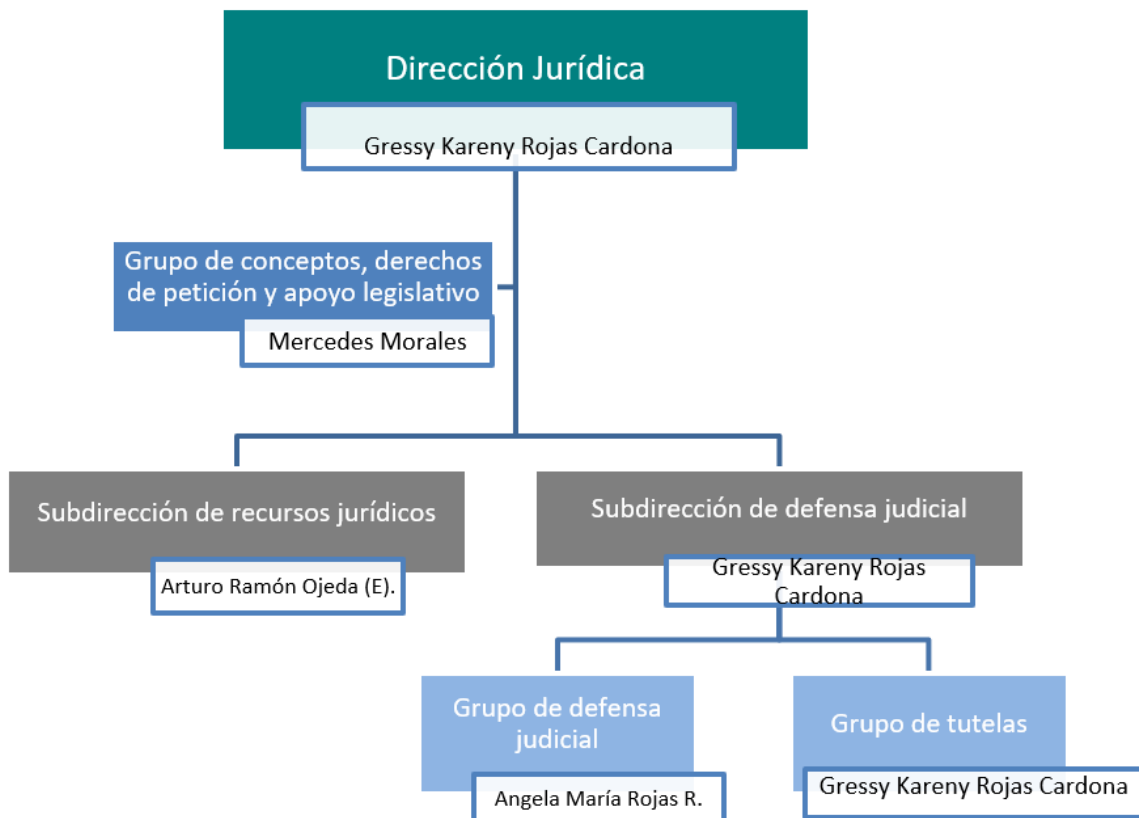
1. Proyectar para firma del Superintendente Nacional de Salud, los actos administrativos, mediante los cuales se tramitan y deciden los recursos de apelación interpuestos contra las decisiones de la Superintendencia delegada para Investigaciones Administrativas.
2. Proyectar para la firma del Superintendente los actos administrativos mediante los cuales se tramitan y deciden los recursos de queja.
3. Proyectar para firma del Superintendente Nacional de Salud, las resoluciones por las cuales se resuelven los recursos de reposición que por su competencia son de única instancia, en asuntos misionales.
4. Proyectar los actos administrativos mediante los cuales se tramitan y deciden las solicitudes de revocación directa que deba resolver el Superintendente Nacional de Salud
5. Proyectar los actos administrativos mediante los cuales se tramitan y deciden los recursos de apelación interpuestos contra las decisiones expedidas por la Oficina de Control Interno Disciplinario que deba resolver el Superintendente.

6. Elaborar los proyectos de resolución mediante los cuales se deciden los recursos y revocación directa interpuestos contra los actos administrativos de liquidación de la tasa.
7. Mantener el control y registro actualizado de las decisiones y elaborar los informes que se requieran.
8. Las demás funciones que le sean asignadas y que correspondan a la naturaleza de la dependencia".

Es así como dentro del marco de las funciones asignadas, a lo largo del periodo comprendido entre enero a diciembre de 2025, se realizó la gestión institucional que se incluye en el presente informe, teniendo en cuenta las líneas de acción, con enfoque en la prevención del daño antijurídico.

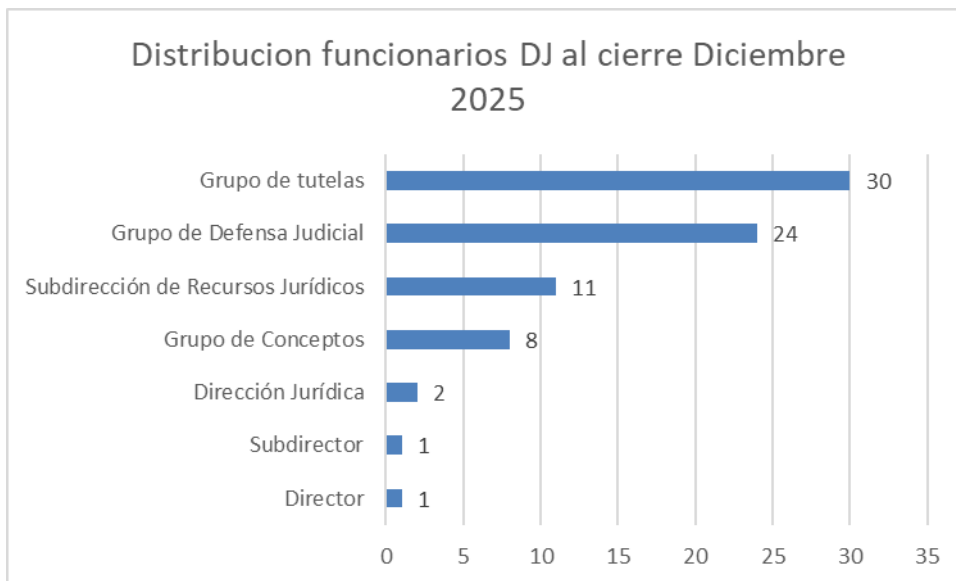
Con el rediseño institucional del año 2021 se buscó fortalecer la planta de personal de la entidad, para la fecha de presentación de este informe, esta dependencia cuenta con 76 funcionarios distribuidos en la Dirección, Subdirecciones y grupos, de la siguiente manera:

Ilustración 49 Estructura Organizacional Dirección Jurídica



Fuente: Elaboración propia. Distribución funcionarios Dirección Jurídica

Ilustración 50 funcionarios Dirección jurídica



Fuente: Elaboración propia Supersalud.

Subdirección de Recursos Jurídicos

La Dirección Jurídica tramita, a través de la Subdirección de Recursos Jurídicos, recursos de alta complejidad de competencia del Superintendente Nacional de Salud, los cuales tienen un carácter transversal atendiendo las facultades misionales atribuidas a este ente de inspección, vigilancia y control, los cuales se discriminan a continuación:

- Recursos de apelación y queja dentro de los procesos administrativos sancionatorios.
- Recursos de reposición frente a asuntos que por su naturaleza son de única instancia ante el señor Superintendente (medidas preventivas y especiales, régimen de autorizaciones previas).
- Segunda instancia dentro del proceso disciplinario.
- Solicitudes de Revocatoria Directa de Actos Administrativos.

- Asuntos tramitados durante el periodo a reportar

A continuación, se presenta la información sobre los asuntos gestionados entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025, así como los asuntos que se encuentran en trámite a cargo de la Subdirección de Recursos Jurídicos:

Tabla 198 Asuntos gestionados

AÑO	MES	ÚNICA INSTANCIA	MEDIDAS	SANCIONATORIOS	DISCIPLINARIOS	TOTAL
2025	ENERO	0	2	40	0	42
	FEBRERO	0	3	24	0	27
	MARZO	1	3	19	0	23
	ABRIL	2	0	10	0	12
	MAYO	0	1	4	0	5
	JUNIO	0	3	17	0	20
	JULIO	0	0	4	0	4
	AGOSTO	1	1	5	2	9
	SEPTIEMBRE	0	1	10	1	12
	OCTUBRE	1	1	13	1	16
	NOVIEMBRE	1	0	6	0	7
	DICIEMBRE	1	0	36	0	37
	TOTAL	7	15	188	4	214

Fuente: Elaboración propia, Subdirección de Recursos Jurídicos

Los siguientes asuntos se encuentran actualmente en gestión de la Subdirección de Recursos Jurídicos y tienen por vencimientos o fecha de caducidad los meses de enero a septiembre de 2026:

Tabla 199 Estado asuntos

TIPO DE PROCESO	ESTADO	No. Asuntos
SANCIONATORIO 42	EN GESTIÓN	8
	EN REVISIÓN DE LA SUBDIRECCIÓN	21
	EN REVISIÓN DE LA DIRECCIÓN JURÍDICA	13
	EN FIRMA DEL SNS	0
MEDIDAS 2	EN GESTIÓN	2
	EN REVISIÓN DE LA SUBDIRECCIÓN	0
	EN REVISIÓN DE LA DIRECCIÓN JURÍDICA	0
	EN FIRMA DEL SNS	0
ÚNICA 0	EN GESTIÓN	0
	EN REVISIÓN DE LA SUBDIRECCIÓN	0
	EN REVISIÓN DE LA DIRECCIÓN JURÍDICA	0
	EN FIRMA DEL SNS	0
DISCIPLINARIO 0	EN GESTIÓN	0
	EN REVISIÓN DE LA SUBDIRECCIÓN	0
	EN REVISIÓN DE LA DIRECCIÓN JURÍDICA	0
	EN PRUEBAS	0
	EN FIRMA DEL SNS	0
TOTAL		44

Fuente: Elaboración propia, Subdirección de Recursos Jurídicos

Caducidad de la facultad sancionatoria- silencio administrativo positivo

De acuerdo con el artículo 52 del CPACA, la Superintendencia Nacional de Salud cuenta con un término de un año, contado a partir de la interposición de los recursos de la vía administrativa, para decidir y notificar los actos administrativos por medio de los cuales se resuelven los recursos de reposición y apelación.

Durante la vigencia de este informe, no se presentó la caducidad de la facultad sancionatoria en ningún proceso.

Subdirección de Defensa Jurídica

La Subdirección de Defensa Jurídica, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 1080 de 2021, tiene a su cargo la representación judicial y extrajudicial en los procesos y acciones constitucionales en que esta sea parte o tenga interés; igualmente tiene a su cargo la dirección de la gestión del comité de conciliación de la entidad, el asesoramiento a la entidad y la proposición de estrategias de prevención del daño antijurídico, así como la definición de los riesgos jurídicos de la entidad.

Grupo de Defensa Judicial

La representación judicial y extrajudicial es liderada por la Subdirección de Defensa Jurídica, y es ejercida a través del Grupo de Defensa Judicial. Para tal efecto, los abogados del Grupo están facultados según sea el caso por un poder especial o general para representar judicial y extrajudicialmente a la Entidad en los procesos y conciliaciones

extrajudiciales en los que ésta sea parte y/o actúe como demandante, demandado, coadyuvante, llamada en garantía, convocante o convocada.

Estado actual de los procesos judiciales

Con corte a 31 de diciembre de 2025, se registran en la base de datos de Excel identificada con el número de formato GJFT01, un total de 2.349 procesos, que incluyen: (i) los activos, que están en la plataforma EKOGUI; (ii) los procesos en que se recibió el traslado previo (artículo 6º de la ley 2213 de 2022), pero frente a los cuales no ha sido notificado el auto admisorio a la Superintendencia Nacional de Salud; y (iii) procesos en seguimiento.

Los procesos iniciados en contra la Entidad, en su mayoría tienen origen en las siguientes causas:

- Nulidad y restablecimiento del derecho
- Reparación directa
- Ordinario laboral
- Acciones populares
- Denuncias penales
- Nulidad simple
- Acciones de grupo
- Controversias contractuales
- Acción pública de inconstitucionalidad
- Acción de repetición
- Conflicto de competencia

- Acción de cumplimiento

Procesos de alto impacto

A continuación, se relacionan los medios de control más relevantes en curso, que se registran en la base de datos de Excel identificada con el número de formato GJFT01 a través de los cuales se debatió la legalidad de las resoluciones expedidas por el Superintendente Nacional de Salud:

Tabla 200 Medios de control

EPS Liquidada	Pretensiones indexadas	Número de Radicado	Estado actual del proceso
SaludCoop EPS	770518449095	25000234100020160168700	Al Despacho para fallo de primera instancia
Ambuq EPS-S ESS	La demanda no contempla una pretensión económica, se solicita a título de restablecimiento, habilitar la autorización de funcionamiento de Ambuq.	27001233300020210005000	Sentencia de primera instancia niega las pretensiones – al despacho para emitir sentencia de 2 instancia.
Manexka EPS-I	96753087322	25000234100020180116402	El Tribunal Administrativo de Cundinamarca -Sección Primera - Subsección “A”, en sentencia de primera instancia declaró probada la excepción de caducidad del medio de control – Al

EPS Liquidada	Pretensiones indexadas	Número de Radicado	Estado actual del proceso
			despacho para emitir sentencia de 2 instancia.
Convida EPS-S	83613638121	25000234100020220145200	Está pendiente de que se resuelva la solicitud de medida cautelar solicitada y se pronuncie sobre el escrito de la reforma de la demanda. Al despacho para resolver medida cautelar y admisión de reforma de demanda.
Comfamiliar Huila	La demanda no contempla una pretensión económica, se solicita a título de restablecimiento, revocar la resolución 2022320010005521-6 del 26 de agosto de 2022, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, norma en la cual se dispone que “los gastos que ocasione la liquidación ordenada en la misma Resolución serán a cargo de la Caja de Compensación Familiar	11001032400020240021200	El 21 de agosto de 2024 inadmite demanda, 27 de agosto de 2024 se radicó recurso de reposición, 2 de septiembre de 2024 se descorre el traslado del recurso. Al despacho para resolver recurso.

EPS Liquidada	Pretensiones indexadas	Número de Radicado	Estado actual del proceso
	del Huila – COMFAMILIAR- ” 2. Que se DECRETE la nulidad de la Resolución No. 2022162000007515-6 del 27 de octubre de 2022, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, “Por la cual se resuelve recurso de reposición interpuesto en contra del artículo 4º de la Resolución No. 2022320010005521-6 de 26 de agosto de 2022		
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	La demanda no contempla una pretensión económica, se solicita a título de restablecimiento, revocar la resolución 2024420000003568-6 del 7 de mayo de 2024, la Superintendencia de Salud ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes, negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar la SUBRED	11001032400020240014700. 11001032400020240019900. (acumulado a 2024-147) 25000234100020250024800.	El 27 de mayo de 2024 se notifica auto admisorio de la demanda y el 6 de junio de 2024 se descorre el traslado de la medida cautelar, se contesta la demanda. 9 de octubre de 2025 se ordenó correr traslado de las excepciones propuestas. Al despacho para ordenar audiencia inicial o alegatos de

EPS Liquidada	Pretensiones indexadas	Número de Radicado	Estado actual del proceso
	INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		conclusión según lo considere el despacho.
Empresa Promotora de Salud-Nueva EPS	La demanda no contempla una pretensión económica, se solicita a título de restablecimiento, revocar la Resolución 2024160000003012-6 de 3 de marzo de 2024, “Por la cual se ordena la toma de posesión inmediata de bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar a NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. "NUEVA EPS S.A."	11001032400020240011100	El 21 de agosto de 2025 se contestó demanda, se corrió traslado de las excepciones y se encuentra al despacho para ordenar audiencia inicial o alegatos de conclusión según lo considere el despacho.
EPS SANITAS S.A.S	Sin Cuantía Nulidad Simple, pretende la nulidad de la resolución 2024160000003002-6 de 2024 que ordenó la intervención para administrar Sanitas	11001032400020240009500; 11001032400020240010000 y 11001032400020240010100 (Acumulado)	Niegan medidas cautelares, ordenó la acumulación de procesos, se corrió traslado de las excepciones y se encuentra al despacho para ordenar audiencia inicial o alegatos de

EPS Liquidada	Pretensiones indexadas	Número de Radicado	Estado actual del proceso
			conclusión según lo considere el despacho.
ESE Hospital Local de Cartagena de Indias	251222574	13001333301320220006000	Se contestan las demandas. Se vinculó a la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, se fijó fecha de audiencia. Pendiente la fijación de la nueva audiencia inicial.
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E.S.E	La demanda no contempla una pretensión económica, se solicita a título de restablecimiento, revocar el acto administrativo 2024420000007665-6.	11001333400420230061100 11001333400420230061100 11001333400420230061100	Se ordenó como medida provisional la suspensión de manera provisional y preventiva, la designación hecha al señor Rigoberto Osuna García como agente interventor del Hospital María Inmaculada realizada en el Artículo 4 de la Resolución No. 2024420000007665-6. Se interpone recursos de reposición y en subsidio apelación contra el auto que decretó la suspensión provisional del acto que designó a

EPS Liquidada	Pretensiones indexadas	Número de Radicado	Estado actual del proceso
			Rigoberto Osuna García como agente interventor del Hospital Departamental María Inmaculada. La segunda instancia declaró fundado el impedimento el 27 de octubre de 2025, pendiente trámite del recurso.
Cooperativa de Salud Comunitaria Empresa Promotora de Salud Subsidiada - Comparta EPS-S	377629626	11001333400420230061100	Se contesto la demanda. Se corrió traslado de las excepciones. Pendiente la fijación de la fecha y hora para la audiencia inicial

Fuente: Elaboración propia – Grupo de defensa judicial GJFT01

Representación Extrajudicial

La representación extrajudicial es liderada por la Subdirección de Defensa Jurídica, y ejercida a través de los abogados del Grupo de Defensa Judicial. En virtud de esta función se desarrollan las siguientes actividades:

Representación extrajudicial de la entidad en procesos de liquidación de vigilados y de reestructuración de pasivos de ley 550 de 1999:

Actualmente, la Subdirección de Defensa Judicial realizó una depuración del estado de las obligaciones y se concluyó que existen 443 acreencias, incluidas las entidades liquidadas, los procesos tramitados bajo el régimen de la Ley 550 de 1999 de Reestructuración Empresarial, los procesos bajo la Ley 1116 de 2006 de Reorganización Empresarial, liquidación voluntaria y Procesos sucesorales. La Superintendencia presentó sus créditos para intentar recuperar los valores adeudados antes de la finalización del proceso.

Criterios de seguimiento a la actuación de los apoderados del Grupo de defensa judicial

En la gestión de los apoderados que ejercen la defensa judicial de la Superintendencia Nacional de Salud se verifican dos criterios principales: (i) la oportunidad, y (ii) la calidad de las actuaciones que deben llevar a cabo los abogados.

Sobre la conciliación.

A través de los apoderados del grupo de defensa judicial, se ejerce la representación de la Entidad en las audiencias de conciliación convocadas por la Procuraduría General de la Nación.

Para tal efecto, una vez se corre traslado a la Entidad de la solicitud de conciliación, el abogado a cargo elabora la ficha en el Ekogui, la cual es revisada por el coordinador del grupo.

Comité de conciliación.

El comité de conciliación se rige por la Resolución 2025160000005493-6 del 10 de julio de 2025; se encuentra integrado por 5 miembros permanentes: el Superintendente Nacional de Salud o su delegado, el secretario general, el director Jurídico, el jefe de la Oficina de Liquidaciones y la delegada para la Protección al Usuario.

Por otra parte, cuenta con la asistencia del jefe de la Oficina de Control Interno Disciplinario, quien tiene voz, pero no voto.

En el año 2025 se llevaron 456 solicitudes de conciliación y/o repetición al Comité de Conciliación para el desarrollo de un total de 45 sesiones.

Plan de acción del comité de conciliación.

En el año 2025 se realizaron las siguientes actividades:

- Informe semestral del comité de conciliación. (1 de julio a 31 de diciembre de 2024)
- Informe de litigiosidad
- Informes de seguimiento a la implementación de la PPDA (2024-2025)
- Revisión y actualización del reglamento del comité de conciliación.
- Formulación de directriz de conciliación.

- Revisión del plan de acción en que se incluye la solicitud a la ANDJE de Concepto a la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado
- Socialización de las directrices de conciliación
- Revisión de la Política general de defensa
- Revisión del documento que fija lineamientos para el seguimiento a la gestión de los apoderados
- Revisión del documento que señaló los criterios para selección de abogados externos
- Informe semestral del comité de conciliación. (1 de enero a 30 de junio de 2025)
- Revisión del documento que definió estrategias de defensa
- Socialización de las estrategias de defensa entre los abogados de la entidad
- Reporte de las sentencias, laudos arbitrales y conciliaciones por pagar
- Revisión del documento mediante el cual el Comité propuso medidas de corrección o mejora a la gestión de cumplimiento y/o pago, de sentencias, laudos arbitrales y conciliaciones.
- Revisión del Lineamiento frente a la mediación ante la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado en conflictos entre la Superintendencia Nacional de Salud y otras entidades del Estado
- Aprobación del plan anual de gestión del comité de conciliación del año 2026

Seguimiento al Cumplimiento de Sentencias Estructurales.

En el año 2025 se realizó una depuración de las sentencias de tutela estructurales y ordenes defensoriales con órdenes directas e indirectas a la Superintendencia Nacional de Salud, identificándose 77 providencias y/u órdenes defensoriales para gestionar remitiéndose oficios de cumplimiento en sentencias como la T-302/17, T-760/08, T-510/24, T-274/24, T-103/18, entre otras.

Grupo de Tutelas

Tiene como función principal atender las acciones de tutela en que sea parte o incluida la Superintendencia Nacional de Salud, dentro del marco jurídico de la Constitución Política, las leyes y normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, consultando los lineamientos jurisprudenciales, cuando ello se haga necesario.

Gestión de tutelas entre enero de 2024 y diciembre de 2025

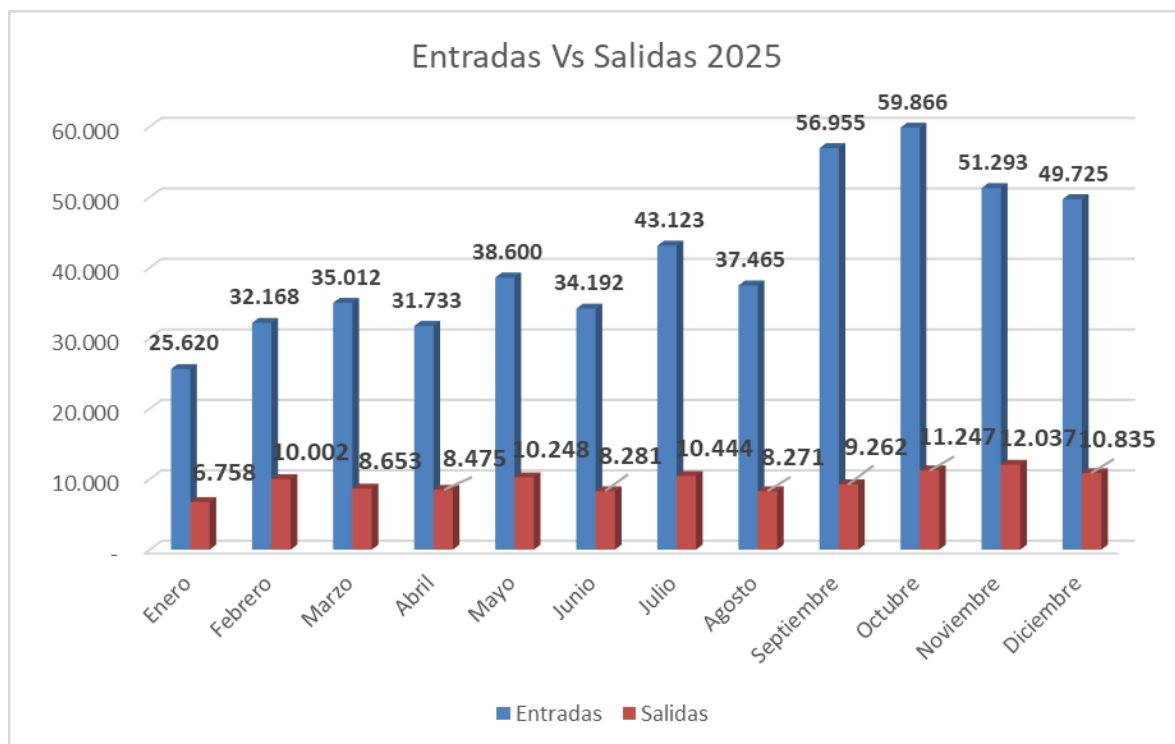
El grupo de tutelas dentro del periodo señalado recibió **495.752** comunicaciones electrónicas en su buzón de tutelas, de las cuales pudieron ser tramitadas **116.850**, que correspondieron a respuestas frente a acciones de tutela, requerimientos previos a incidente de desacato, apertura de incidente de desacato, impugnaciones, solicitudes de revocatoria e inaplicación de sanción.

Durante este periodo se logró mantener indemne de materialización de sanciones a la entidad, a su representante legal y a sus directivos.

Es importante señalar que las cifras de tutelas presentadas en el presente documento tienen una fecha de corte 31 de diciembre de 2025.

Los trámites que se generaron en el marco de las acciones de tutelas han sido gestionados satisfactoriamente, esto pese a la curva ascendente en las entradas recibidas, según se muestra en la siguiente gráfica:

Ilustración 51 Gestión de tutelas 2025



Fuente: Elaboración propia – Grupo de tutelas

Como puede observarse, el rango de atención se ha mantenido estable en alrededor de 9.500 salidas mensuales, lo cual equivale al alcance de respuesta normal según la capacidad instalada. No obstante, y de forma

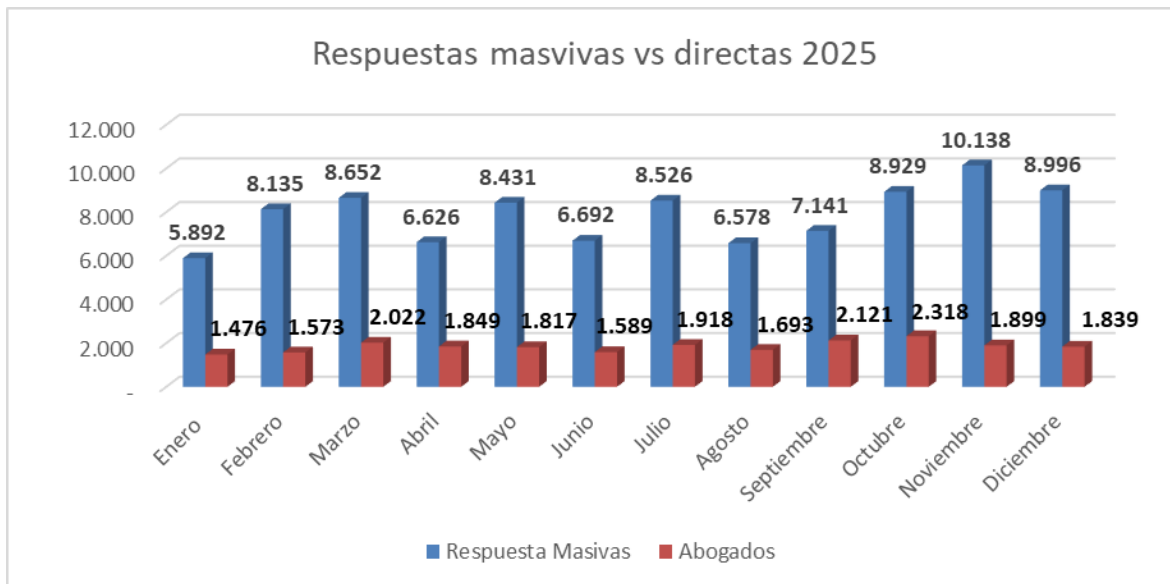
notoria se advierte que se ha venido presentando un aumento sostenido en las entradas recibidas, lo cual desborda la capacidad de atención del área.

Tutelas masivas

Desde el 27 de noviembre de 2023, se implementó la radicación de contestaciones a acciones de tutela clasificadas como de servicios de manera masiva (tutelas en las que la SNS actúa como sujeto vinculado, y el accionante dirige la acción en contra de un vigilado), lo que ha permitido atender de manera más efectiva el alto número de acciones de tutela con un valor agregado de poder realizar un mejor análisis frente a las acciones directas en contra de la Superintendencia Nacional de Salud, por contar un mayor límite de tiempo para este ejercicio.

La proporción de atención entre las respuestas directas y masivas corresponde a un 78.7% de repuestas masivas. En donde, 83.117 fueron respuestas masivas y **18.971** fueron respuestas directas, de conformidad al siguiente grafico:

Ilustración 52 Grupo tutelas

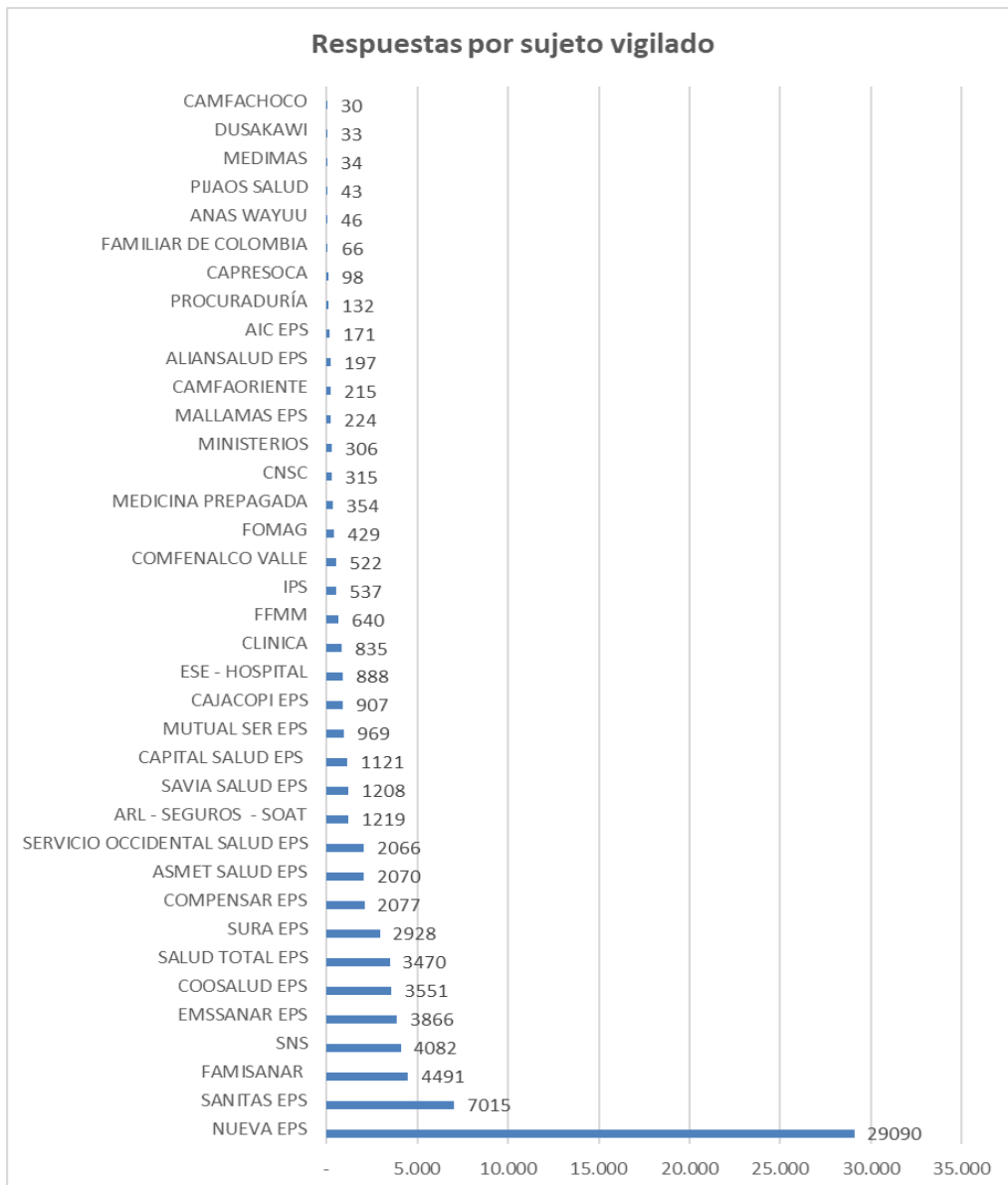


Fuente: *Elaboración* propia – Grupo de tutelas

De la gráfica anterior se observa que la proporción de respuestas directas se mantiene constante en los diferentes periodos, esto obedece a la capacidad de respuesta instalada.

Con relación a los accionados en las tutelas respondidas de forma directa, hallamos en relación a las dirigidas a los sujetos vigilados de la SNS, que la mayoría de estas se dirigen a la Nueva EPS en una proporción del 38% seguida por Sanitas EPS con un 7%, Famisanar Eps con un 6%. En cuanto a las demás el rango oscila en 5% de las acciones de tutela recibidas inclusive las acciones de tutela interpuestas directamente contra la Superintendencia Nacional de Salud. Lo anterior de conformidad con la siguiente gráfica:

Ilustración 53 Respuestas



Fuente, elaboración propia - Grupo tuteladas.

Proyecto de aplicación de IA en los procesos del grupo de tutelas.

Basada en inteligencia artificial (IA), con los modelos de Azure OpenAI y un flujo automatizado para clasificar los correos electrónicos recibidos en el buzón snstutelas3@supersalud.gov.co se implementó una solución para mejorar el proceso de gestión de tutelas, con el objetivo de optimizar el recurso humano con el que cuenta el grupo de tutelas a efectos de disminuir los tiempos entre la recepción de las comunicaciones y el reparto a los abogados encargados de tramitarlas, teniendo en cuenta que en promedio al buzón de notificación del grupo se radican 2.700 trámites diarios para ser gestionados.

A través de esta implementación se buscaba garantizar que las tutelas y solicitudes de los ciudadanos se gestionaran de manera eficiente y prioritaria.

El proyecto fue planteado de la siguiente manera:

Fase I: Clasificación y reparto: El objetivo de esta primera fase consistía en realizar por parte de inteligencia artificial, la clasificación y el reparto de la documentación radicada en el correo electrónico snstutelas3@supersalud.gov.co en 5 bandejas así: "Abogados"; "PU (Protección al Usuario)", "Archivo", "Radicación Masiva" y "Sin clasificar".

Fase II: Datos claves y resúmenes: Esta fase incluía la implementación de tecnología OCR (Reconocimiento Óptico de Caracteres) para analizar los archivos atrámiten los correos de las bandejas en donde los tramites están siendo clasificados por la IA en la Fase I, en las bandejas de

“Abogados”, “PU” y “Radicación Masiva”, con el fin de extraer datos claves y generar resúmenes con el objetivo de que el abogado a quien se le asigna cada trámite, tenga una información resumida que le permite gestionar en tiempos más cortos el trámite y la respuesta que se debe otorgar al Despacho Judicial.

Fase III: Generación de respuestas automáticas: En esta fase se pretende que tal y como se realiza actualmente con la radicación masiva para las tutelas denominadas “de servicios”, una vez la IA detecte que el documento cuenta con algunas características específicas, sobre el mismo genere una respuesta automática.

El proyecto dio inicio en abril de 2024 en su Fase I, finalizando en octubre de 2024, por lo que se recibió con los siguientes resultados:

Ilustración 54 Reparto tutelas

Performance Final Fase I Reparto de Tutelas c/ IA				
Bandejas	Performance	Bien Clasificados	Mal Clasificados	Total
Abogado	89,5%	119	14	133
Archivo	81,4%	267	61	328
PU	74,8%	238	80	318
Rad. Masivas	88,4%	243	32	275

11 rondas de feedback y con un total de 11.535 casos provistos por la entidad

Adicionalmente se cuenta con un tablero en Power BI, el cual proporciona una vista centralizada de los datos y resultados en tiempo real que refleja el número de correos recibidos en el buzón de snstutelas@supersalud.gov.co y una App de Feedback, a través de la cual

se retroalimenta la clasificación de cada trámite y que sirve como insumo para el control de reparto y asignaciones.

Al momento de recibir el proyecto, se encontraba en relevamiento la Fase II, determinando los datos claves a extraer, así como las características de los resúmenes.

Dado que en el curso del relevamiento mencionado se evidenció que los resultados en la clasificación (Fase 1) no fueron los esperados, se tomó la decisión de suspender la fase 2, hasta tanto no se logre el 90% de asertividad en la clasificación en cada una de las bandejas, pues la verdadera utilidad de los resúmenes de la fase 2 dependen de una buena clasificación en la fase 1.

En junio de 2025 luego de pedir varios ajustes en la clasificación, evidenció que los resultados en la clasificación (Fase 1) no eran los esperados y disminuían respecto a los iniciales, por lo que el 19 de junio de 2025 desde la Coordinación del Grupo de Tutelas se solicitó a la STI se evalúe la posibilidad de desmontar el proyecto actual y, en su lugar, se consideren alternativas tecnológicas que aborden de manera integral el flujo de trabajo del Grupo de Tutelas. Esto incluye la clasificación y asignación de trámites, la generación de respuestas automáticas cuando aplique, y la obtención de reportes que permitan un control efectivo. El objetivo es que el Grupo de Tutelas pueda gestionar de forma integral los correos electrónicos recibidos que a la fecha se encuentran desbordados, mitigando así los riesgos que actualmente recaen tanto sobre los funcionarios responsables del proceso como sobre la Entidad misma.

Por otra parte, en conjunto con la Dirección de Innovación y Desarrollo y la Subdirección de Tecnologías de la Información durante el mes de noviembre trabajamos con BPT, partner de Microsoft una prueba de concepto la cual arrojó resultados positivos en cuanto la asertividad de la IA en la clasificación, llegando a valores cercanos al 90% de efectividad en la clasificación, por tanto las diferentes áreas involucradas en la prueba realizada coincidieron en que los resultados satisfacen plenamente las necesidades del grupo dada su alta asertividad aun ante la diversidad de correos suministrados para adelantar la prueba, aunado al aval técnico en cuanto a la optimización del consumo de créditos y por ende optimización del presupuesto a destinar por la Entidad.

Por tal motivo en el informe presentado durante el mes de diciembre, se recomendó la opción presentada por la firma BPT, ya que en comparación con el proveedor Huawei con el cual también se desarrollaron pruebas, solo se logró una escasa asertividad del 44%.

Finalmente, desde el grupo de tutelas se dio traslado de la información suministrada por el proveedor, incluida la oferta comercial, a la Dirección de Innovación y Desarrollo y la Subdirección de Tecnologías de la Información para que desde allí se haga el acompañamiento técnico con el objeto de dar viabilidad a la contratación de la solución y apalanque la misma, por ser un tema estrictamente de competencia de esas áreas

Grupo Conceptos, Derechos de Petición y Apoyo Legislativo

Es el encargado de emitir conceptos y brindar asesoría en asuntos jurídicos, relacionados con la gestión de la entidad. Para tal efecto, los abogados que conforman dicho grupo se encargan de la revisión de los aspectos jurídicos de los proyectos de actos administrativos que sean sometidos a consideración por parte del Superintendente Nacional de Salud, así como de emitir los conceptos jurídicos que soliciten las dependencias o las consultas sobre normas o materias legales relacionadas con las competencias y funciones de la Superintendencia realizada por la ciudadanía.

Conceptos emitidos durante el período a reportar

El siguiente es el detalle cuantitativo de los conceptos jurídicos emitidos por esta Dirección respecto de los asuntos sometidos a su conocimiento, para el período comprendido entre el 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025.

AÑO	NUMERO DE CONCEPTOS TRAMITADOS	NUMERO DE CONCEPTOS TRASLADADOS	NUMERO DE CONCEPTOS PENDIENTES POR TRAMITAR	NUMERO DE ACTOS ADMINISTRATIVOS TRAMITADOS	NUMERO DE PROYECTOS DE LEY EN MATERIA LEGISLATIVA
2025	791	277	0	207	4

Fuente: Elaboración propia, Base de datos del Grupo conceptos derechos de petición y apoyo legislativo formato GJFT04/GJFT12.

Se tiene un total de 791 Conceptos, de los cuales 277 correspondieron a traslados por motivos de competencia, además de la anterior información

reportada se realizaron 4 revisiones a proyectos de ley y un total de 207 actos administrativos revisados para firma del señor superintendente.

NUMERO DE ACTOS ADMINISTRATIVOS TRAMITADOS	NUMERO DE PROYECTOS DE LEY EN MATERIA LEGISLATIVA
207	4

Fuente: Elaboración propia, Base de datos del Grupo conceptos derechos de petición y apoyo legislativo formato GJFT04/GJFT12

A continuación, se presenta el detalle mensualizado de la información antes expuesta:

MES	ENTRADAS	SALIDAS	PENDIENTES	TRASLADOS	ACTOS ADMINISTRATIVOS	PROYECTOS DE LEY
ENERO	96	96	0	29	0	0
FEBRERO	75	75	0	40	6	1
MARZO	68	68	0	27	13	1
ABRIL	68	68	0	29	22	1
MAYO	80	80	0	21	33	0
JUNIO	64	64	0	28	16	1
JULIO	89	89	0	27	27	0
AGOSTO	54	54	0	20	10	0
SEPTIEMBRE	62	62	0	27	20	0
OCTUBRE	58	58	0	14	17	0
NOVIEMBRE	55	55	0	18	12	0
DICIEMBRE	22	22	0	4	31	0

MES	ENTRADAS	SALIDAS	PENDIENTES	TRASLADOS	ACTOS ADMINISTRATIVOS	PROYECTOS DE LEY
TOTAL	791	791	0	284	207	4

TOTAL DE TRAMITES DEL GRUPO CONCEPTOS DERECHOS DE PETICION Y APOYO LEGISLATIVO AÑO 2025		
NUMERO DE CONCEPTOS TRAMITADOS	ACTOS ADMINISTRATIVOS	PROYECTOS DE LEY
791	207	4
TOTAL 1002		

Fuente: Elaboración propia, Base de datos del Grupo conceptos derechos de petición y apoyo legislativo formato GJFT04/GJFT12

Política de Mejora Normativa

La Política de Mejora Normativa (PMN) tiene como objetivo promover el uso de herramientas y buenas prácticas regulatorias, con el fin de lograr que las autoridades encargadas de expedir regulaciones, tanto en el nivel nacional como en el territorial, tengan en cuenta los parámetros de calidad técnica y jurídica y resulten eficaces, eficientes, transparentes, coherentes y simples, en aras de fortalecer la seguridad jurídica y un marco regulatorio que facilite el emprendimiento, la competencia, la productividad, el desarrollo económico y el bienestar social (DNP, 2022). De esta manera, el objetivo de esta política no es otro que el de construir sociedades capaces de utilizar mejor sus recursos y generar mayor bienestar social para sus habitantes.

Por lo tanto, el objeto del manual de mejora normativa es establecer al interior de la Superintendencia Nacional de Salud los lineamientos generales de la Política de Mejora Normativa (PMN) para la expedición de actos administrativos de carácter general y abstracto, teniendo en cuenta parámetros de calidad técnica y jurídica para propender que estos sean eficaces, eficientes, transparentes, coherentes y simples, en aras de fortalecer la seguridad jurídica y generar mayor bienestar social.

La Dirección Jurídica (DJ) – Subdirección de Defensa jurídica (SDJ) como líder de la implementación de la política de Mejora Normativa, de conformidad con las funciones relacionadas con la asesoría jurídica en asuntos relacionados con la gestión de la entidad, la revisión de los aspectos jurídicos de los proyectos de actos administrativos a suscribir por el Superintendente Nacional de Salud y la asesoría y propuesta de estrategias de prevención del daño antijurídico, así como la participación en la definición de los riesgos jurídicos de la Superintendencia.

Esto en conjunto con la Subdirección de Metodologías e Instrumentos de Supervisión (SMIS) de la Dirección de Innovación y Desarrollo (DID), en virtud de las funciones a su cargo, asociadas con el análisis, seguimiento y propuestas sobre las normas, políticas o directrices en asuntos de interés de la Superintendencia; la propuesta de instrumentos del modelo integral de supervisión; la propuesta, diseño y consolidación para adopción por el Despacho del Superintendente Nacional de Salud de las instrucciones dirigidas a los sujetos vigilados, así como los criterios técnicos y jurídicos que facilitan el cumplimiento de tales normas y los

procedimientos para su aplicación; así como la función de adelantar estudios, análisis,

Se encuentra conformada por las siguientes fases:

1. Planeación:

En esta etapa se busca que las entidades identifiquen anticipadamente los asuntos y problemáticas que podrán requerir una posible intervención regulatoria y planifiquen con anterioridad el proceso de construcción de dicha intervención

2. Diseño de Regulación:

Se encuentra encaminada a que las entidades públicas de la rama ejecutiva del nivel nacional y territorial con funciones regulatorias realicen un ejercicio previo a la intervención mediante la regulación, con el fin de formular correctamente el problema a resolver, establecer los objetivos de la intervención, identificar y evaluar las diferentes alternativas de solución.

3. Redacción del Acto Administrativo

Esta etapa se encuentra encaminada a garantizar que las conclusiones presentadas en la etapa de diseño se materialicen en disposiciones jurídicas coherentes, con calidad técnica y jurídica, precisión y claridad, para lo cual deben tenerse la prevención del daño antijurídico y técnica normativa.

4.Consulta Publica

Esta etapa brinda elementos de participación para que los actores interesados puedan incidir en las decisiones que toma el Estado, fortaleciendo la confianza, legitimidad, efectividad y transparencia de las intervenciones.

5. Revisión de Calidad

Las herramientas de esta etapa buscan garantizar que el contenido regulatorio sea revisado por parte de los actores competentes. En este punto, estos actores pueden abarcar a la sociedad civil y otras entidades que por sus funciones y/o competencias requieran conocer de las intervenciones de otras entidades, para así facilitar la coordinación entre agentes del Estado.

6. Publicación

Aquí se busca incentivar la apropiación de herramientas que garanticen los principios de participación y publicidad de las actuaciones administrativas de las entidades, tal como lo define la Ley 1437 de 2011, por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

7.Evaluación:

Busca que las entidades adopten prácticas y herramientas que les permitan tomar decisiones a partir de la generación de evidencia, esto es mediante ejercicios de análisis que permitan identificar el grado de

cumplimiento de objetivos inicialmente propuestos y los resultados conseguidos en función de los costos asumidos. No aplicará para los actos administrativos de carácter general y abstracto que no se constituyan como proyectos específicos de regulación, como aquellos que se refieran a procedimientos y trámites internos de la entidad.

Normograma

En concordancia con la implementación de la Política de Mejora Normativa, La Superintendencia Nacional de Salud cuenta con un normograma en donde se encuentra el inventario normativo de la entidad. El normograma de la Superintendencia Nacional de Salud, es una herramienta dinámica digital que permite consultar leyes, decretos, acuerdos, circulares, resoluciones (internas y externas) y jurisprudencia relacionada con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, esto, con la finalidad de dotar tanto a los clientes internos y externos de la entidad de seguridad jurídica y de dar publicidad a la normativa que rige las funciones adelantadas por parte de este organismo de inspección, vigilancia y control del sector salud.

Para las vigencias 2022, 2023, 2024 y 2025 se efectuó la contratación respectiva para la actualización constante del normograma de la entidad. En la presente vigencia media el contrato de prestación de servicios número **36 de 2025**, en el cual se pactó que la periodicidad de actualización de la información contenida en el normograma es de carácter quincenal.

Publicación Boletín Jurídico

Durante el período comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre 2025, fueron publicados en el portal web de la entidad un total de cuatro (4) Boletines Jurídicos, cuyo contenido corresponde a los principales conceptos emitidos por la Dirección Jurídica en ese espacio de tiempo.

Lo anterior puede ser consultado en el portal web de la superintendencia <https://normograma.supersalud.gov.co/index.html>, haciendo click en normatividad (menú superior), normograma, boletines jurídicos SNS y elegir la fecha.

Revisión de proyectos de actos administrativos

Dentro de las funciones asignadas al grupo de conceptos, derechos de petición y apoyo legislativo de la Dirección Jurídica, se encuentra la de apoyar a la Dirección Jurídica en la revisión de los proyectos de acto administrativo de contenido general para firma del Superintendente Nacional de Salud, entre estos, Reformas Estatutarias, Planes de Reorganización Institucional, cambios de composición accionaria, tomas de posesión de bienes, haberes y negocios e intervenciones forzosas administrativas para administrar y liquidar los cuales fueron remitidos por las distintas dependencias de la entidad.

Durante el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre 2025, el Grupo de Conceptos de la Dirección Jurídica revisó 207 proyectos de actos administrativos para firma del Superintendente Nacional de Salud, los cuales fueron originados por las Superintendencias delegadas

para Entidades de Aseguramiento en Salud, para Prestadores de Servicios de Salud (incluidas sus direcciones de inspección y vigilancia y de medidas especiales). la Dirección de Innovación y Desarrollo y la Oficina de Liquidaciones.

Adicionalmente, en lo relacionado con las funciones y Competencias de la Dirección Jurídica en el periodo anteriormente mencionado se revisaron varios proyectos de circulares y resoluciones (internas y externas).

Dentro de las revisiones más importantes se destacaron:

Impacto normativo – Apoyo legislativo

La Dirección Jurídica de la Superintendencia Nacional de Salud participa en la revisión y formulación de proyectos normativos que fortalezcan el ejercicio de las funciones y competencias a cargo de la entidad además han sido revisados varios proyectos normativos (Circulares, Proyectos de decretos, Proyectos de Ley), entre estos, los que a continuación se relacionan a modo enunciativo:

Proyecto de Ley “Por el cual se modifica en el cual se modifica la ley 1171 del 2007 y la ley 1276 del 2009 y se establecen nuevos criterios para la atención al adulto mayor”

Proyecto de Ley 312 2024C 410 2025 – Reforma a la salud

Proyecto de Ley “Por medio de la cual se dictan los lineamientos en la prestación del servicio de salud en menores de 18 años frente a los tratamientos de reasignación de género, el uso de bloqueadores de

pubertad, tratamiento hormonal cruzado y cirugía de afirmación de género y se dictan otras disposiciones” icon los niños no te metas.” -para mesa colectivo trans-

Proyecto de decreto “por el cual se establece e implementa el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) como la política de Estado en salud para los pueblos indígenas de Colombia y se dictan otras disposiciones” – hoy Decreto 480 de 2025.

Proyecto de circular articulación de regionales.

Proyecto de circular “Por el cual se modifica parcialmente la circular externa 047 de 2007 y se modifica el módulo de datos generales en el aplicativo nrvcc –, incorporado mediante la circular externa 005 de 2018”.

Proyecto de circular modificadorio de la circular externa 001 de 2020.

Proyecto circular externa conjunta con MSPS - No exigencia de intermediación del usuario en el trámite de autorización de servicios

Proyecto de circular externa “Por la cual se imparten instrucciones relativas al sistema integral de administración de riesgos de cumplimiento (siarc) relacionados con lavado de activos, financiación del terrorismo, financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, corrupción, fraude y soborno transnacional.”

Proyecto de resolución “Por la cual se crea un Comité de articulación entre las entidades del SGSSS para mejorar la gestión en el flujo de recursos,

se establece su composición y las normas para su adecuado funcionamiento”.

Proyecto de resolución “Por medio de la cual se reglamentan los requisitos de operación y financieros de los Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud a que se refiere el artículo 243 de la Ley 1955 de 2019 -Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 pacto por Colombia, pacto por la equidad”.

Proyecto de resolución – contribución 2025

Proyecto de resolución que modifica la resolución 3539 de 2019 por la cual se adopta el instrumento para que las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado reporten los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante, que sean negados y se modifica la Resolución 256 de 2016.

Proyecto de resolución “Por la cual establecen los lineamientos de las reuniones de autoevaluación de las dependencias de la Superintendencia Nacional de Salud.”

Proyecto de resolución creación mesa de trabajo -cumplimiento de la orden novena del Auto 007 de 2025 proferido por la Corte Constitucional en el marco de la valoración de las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la Sentencia T-760 de 2008-.

Sumado a lo anterior, específicamente en lo atinente al Decreto 968 de 2024 (SISPI CRI) y 480 de 2025 (SISPI NACIONAL), se indica que por

designación verbal del señor Superintendente Nacional de Salud en el mes de diciembre de 2024 y luego de la participación de la entidad en unas reuniones sostenidas en el Cauca con algunas comunidades indígenas del Consejo Regional Indígena (CRI), la Dirección Jurídica se ha involucrado en las mesas de reglamentación del mencionado decreto, las cuales vienen siendo lideradas por el Ministerio de Salud y Protección Social como cabeza del sector y bajo el entendido que es dicha entidad quien ejerce la facultad regulatoria del sector salud.

Desde la Dirección Jurídica de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) se ha venido brindando acompañamiento al proceso de reglamentación del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) a nivel nacional y del SISPI del Consejo Regional Indígena del Cauca (SISPI-CRI). De manera paralela, se ha adelantado un trabajo técnico orientado a la construcción del Manual de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) con enfoque étnico diferencial indígena, que permita adaptar los instrumentos y procedimientos de supervisión de la SNS a las particularidades territoriales, culturales y organizativas de los pueblos indígenas.

Así mismo, se ha acompañado el desarrollo de las mesas permanentes de la Subcomisión de Salud de la Mesa Nacional de Concertación, espacio en el cual se han abordado temas relacionados con la implementación del SISPI y la garantía del derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas.

Finalmente, desde la Dirección Jurídica también se ha apoyado el proceso de saneamiento financiero y administrativo de la Entidad Promotora de Salud Indígena (EPSI) Asociación Indígena del Cauca – AIC, con el propósito de facilitar su transición hacia las Unidades Administrativas una vez se produzca la certificación del territorio indígena, en el marco de lo dispuesto por la normativa vigente y los acuerdos suscritos con el Ministerio de Salud y Protección Social y las autoridades indígenas.

A continuación, se presenta una información más detallada de los Comités que se desarrollaron y en los que participó el director jurídico en la periodicidad señalada, de acuerdo con la reglamentación prevista:

- Comité de Medidas Especiales se creó a través de la Resolución 20215100013052-6 del 17 de septiembre de 2021. Al director Jurídico le asiste voz y voto; y sesiona cuando se requiera, por convocatoria del presidente del Comité o del secretario técnico con base en los informes que presente las Superintendencias delegadas.
- Comité de Cartera fue creado a través de la Resolución 2021920060015459-6 del 11 de noviembre de 2021, donde a la Dirección Jurídica le asiste voz y voto. Sesiona como mínimo una (1) vez al semestre y cuando las circunstancias lo exijan.
- Comité de Sostenibilidad Contable fue creado a través de la Resolución 2021920030016695-6 del 25 de noviembre de 2021 donde participa la Dirección Jurídica y sus reuniones son mínimo

una (1) vez por semestre y de manera extraordinaria cuando se estime necesario.

- Comité de Conciliación fue creado a través de la Resolución 2021161000016690-6 del 25 de noviembre de 2021 donde a la Dirección Jurídica le asiste voz y voto, y se reúne de manera ordinaria no menos de dos (2) veces al mes y extraordinaria cuando las circunstancias lo exijan.
- Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la Superintendencia se creó a través de la Resolución 2021160000017157-6 del 7 de diciembre de 2021 donde participa la Dirección Jurídica y sus reuniones son mínimo una (1) vez cada tres (3) meses y de manera extraordinaria cuando se estime necesario.
- El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno fue creado a través de la Resolución 2021160000017714-6 de 22 de diciembre de 2021 donde participa la Dirección Jurídica y sus reuniones de manera ordinaria son de al menos dos (2) veces en el año y de manera extraordinaria, cada vez que se requiera por solicitud de su presidente.
- El Comité Directivo fue creado a través de la Resolución 2021160000013765-6 del 29 de octubre de 2021, donde participa la Dirección Jurídica y sus reuniones o sesiones se realizan por disposición del Superintendente Nacional de salud (presidente del Comité) en cualquier momento sin que medie un término de antelación.

- Comité de Estudio, aprobación y Seguimiento del Teletrabajo fue creado a través de la Resolución 2022910010005003-6 del 1 de agosto de 2021. Se reúne una vez al mes o de forma extraordinaria cuando así se requiera, previa convocatoria de la Secretaría Técnica y de acuerdo con las solicitudes de estudio.
- Finalmente, a través de la Resolución 2025120020002612-6 de 02 de mayo de 2025 el Superintendente Nacional de Salud conformó las reuniones de autoevaluación donde son presididas por los jefes de cada dependencia, las cuales se deben efectuar en los primeros diez (10) días hábiles de cada mes, donde se tratan al menos los siguientes temas:

Tabla 201 Temas

TEMA A TRATAR	PERIODICIDAD
Seguimiento y medición del Desempeño de los planes y programas Estratégicos Institucionales Revisar y analizar la medición del desempeño mediante los indicadores de gestión, comparándolos con la programación mensual prevista para identificar posibles desviaciones y formular oportunidades de mejora. Asimismo, realizar el seguimiento al cumplimiento de las actividades programadas en el Plan Estratégico Institucional, el Plan Anual de Gestión, los planes integrados al Plan de Acción (Decreto 612 de 2018), el Programa de Transparencia y Ética Pública, y demás planes operativos bajo la responsabilidad de la dependencia y competencia del área. Así mismo se deberá socializar las actividades programadas para el siguiente mes.	Mensual
Auditorias y planes de mejoramiento Verificar la documentación oportuna de planes de mejoramiento derivados de auditorías realizadas en temas bajo competencia del área.	Bimestral

TEMA A TRATAR	PERIODICIDAD
Hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones derivadas de los hallazgos de auditorías realizadas por los entes de control, entes certificadores, Oficina de Control Interno y Oficina Asesora de Planeación, que estén bajo responsabilidad de la dependencia.	
Proyectos de inversión Realizar seguimiento integral a la ejecución de los proyectos de inversión a cargo del área (cuando aplique), incluyendo el monitoreo presupuestal detallado, la evaluación de metas y la ejecución del recurso financiero. Identificar y documentar los entregables correspondientes, y definir acciones de mejora en los casos en que se detecte una baja ejecución o desviaciones significativas respecto a los objetivos establecidos.	Mensual
Ejecución Presupuestal y Plan Anual de Adquisiciones – PAA Seguimiento a las actividades programadas en el Plan Anual de Adquisiciones a cargo del área y a la ejecución presupuestal de funcionamiento. (cuando aplique).	Mensual
Verificación estado de los contratos a cargo de la dependencia Revisar el estado de avance de los contratos a cargo y los resultados de las supervisiones realizadas. Indagar sobre posibles alertas en los plazos de ejecución, productos y pagos realizados.	Bimestral
Sistema Integrado de Gestión-SIG Realizar actividades de sensibilización sobre los aspectos fundamentales del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y del Sistema Integrado de Gestión (SIG), abordando su estructura, funcionamiento, roles y responsabilidades, así como las novedades e implicaciones a nivel institucional. Estas acciones se llevarán a cabo conforme a la orientación proporcionada por la Oficina Asesora de Planeación. Revisar el avance de los planes de trabajo o cronogramas de actualización documental de los procesos a cargo de la dependencia. Verificar que la dependencia haya participado de las reuniones, mesas de trabajo, talleres, socializaciones o capacitaciones convocadas por la Oficina Asesora de Planeación, la Oficina de Control Interno o demás	Bimestral

TEMA A TRATAR	PERIODICIDAD
dependencias líderes de políticas y que al interior se hayan socializado los lineamientos impartidos en dichos espacios. Socializar con todo el equipo de la dependencia los conocimientos adquiridos por el Gestor en las capacitaciones organizadas por la Oficina Asesora de Planeación, asegurando que se transmitan de manera clara los lineamientos y contenidos impartidos.	
Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG Efectuar el seguimiento de los avances del plan de trabajo o plan de cierre de brechas para las Políticas de Gestión y Desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG que lidera el área correspondiente. Hacer seguimiento al cumplimiento de los compromisos establecidos en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño - CIGD, Comité Directivo y Comité Institucional Coordinador de Control Interno - CICC, que fueron asignados a la dependencia, incluyendo aquellos derivados de los ejercicios de revisión por la dirección.	Trimestral
Riesgos de Gestión, Corrupción, Fiscales y Seguridad y Privacidad de la información Desarrollar el monitoreo de los riesgos de corrupción, fiscales, de gestión, seguridad y privacidad de la información bajo el rol de primera línea de defensa, analizando, entre otros, la adecuada aplicación de los controles, posible materialización de riesgos y la oportuna ejecución de las acciones asociadas a los planes de tratamiento de los riesgos.	Trimestral

Fuente: Elaboración propia de la Dirección Jurídica

5. Descripción de la Gestión de Apoyo

5.1. Secretaría General

La Secretaría general está conformada por la Dirección de Talento Humano, la Dirección Financiera, la Dirección Administrativa, la Dirección de Contratación y la Oficina de Control Disciplinario Interno.

A continuación, se presenta la gestión desarrollada por cada una de estas direcciones, así:

5.1.1. Dirección de Talento Humano

La Dirección de Talento Humano consolidó la gestión del Modelo Integral de Gestión de Personas, fundamentado en prácticas orientadas a la selección, provisión, desarrollo, fortalecimiento y retención del talento público, reconociendo a los (las) servidores (as) como eje estratégico para el cumplimiento de la misión de la entidad. Este modelo se encuentra alineado con las directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), promoviendo la mejora continua, el bienestar del personal y la generación del valor público.

Se elaboró e implementó el Plan Estratégico de Talento Humano y los planes que hacen parte integral del mismo, como lo son: el Plan Anual de Vacantes, el Plan de Previsión de Recursos Humanos, el Plan Institucional

de Capacitación, el Plan de Bienestar Social e incentivos y el Plan Anual de Trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Situación del Talento Humano (SG - DTH)

El talento humano de la Superintendencia Nacional de Salud constituye uno de los principales activos estratégicos para el cumplimiento de la misión institucional. Durante la vigencia del 2025, se contó con un equipo multidisciplinario conformado por servidores públicos comprometidos, con altos niveles de formación académica, experticia técnica y vocación del servicio público.

La planta de personal se encuentra distribuida en áreas misionales, administrativas y de apoyo, lo que permite una adecuada comunicación y articulación en los procesos internos. Se destaca la presencia de profesionales especializados en diversas disciplinas, lo que ha favorecido la implementación de proyectos, la mejora continua de los servicios y el fortalecimiento de la capacidad institucional.

Gestión del empleo público

La gestión del empleo cuenta con diferentes etapas, como son el reclutamiento, selección, la vinculación y desvinculación, entre otras. Conforme al Plan Anual de Vacantes y el Plan de Previsión de Recursos Humanos, la entidad adelantó la provisión de los empleos de libre

nombramiento y remoción y de carrera administrativa, conforme con los lineamientos normativos y los procedimientos establecidos en la Entidad.

Con corte al 31 de diciembre de 2025, la planta de personal se encontraba provista con 1091 cargos, lo que corresponde a un nivel de ocupación del 84.9% de la planta de personal.

En relación con los empleos de libre nombramiento y remoción, se adelantaron los correspondientes estudios técnicos y procesos meritocráticos, en cumplimiento de la normativa vigente.

En lo relacionado con los empleos de carrera administrativa, la Entidad dio inicio al proceso de provisión de 1.043 cargos en vacancia definitiva, mediante el uso de lista de elegibles del concurso de méritos público abierto y de ascenso, adelantado a través de convocatoria No. 2503 de 2023 con la Comisión Nacional del Servicio Civil. Durante la vigencia, fueron vinculadas 823 personas en periodo de prueba.

En total, se realizaron 906 vinculaciones a la planta de personal, distribuidas de la siguiente manera por tipo de empleo y por nivel:

Tabla 202 Vinculaciones por tipo de empleo y nivel – Vigencia 2025

Nivel	Tipo de empleo		
	Libre nombramiento y Remoción	Carrera Administrativa	Total General
Directivo	36	-	36
Asesor	39	-	39
Profesional	2	723	725
Técnico	2	44	46
Asistencial	5	55	60
Total General	84	801	906

Fuente: Datos generados por el Grupo para la Gestión del Empleo Público de la Dirección de Talento Humano de la Superintendencia Nacional de Salud (2025).

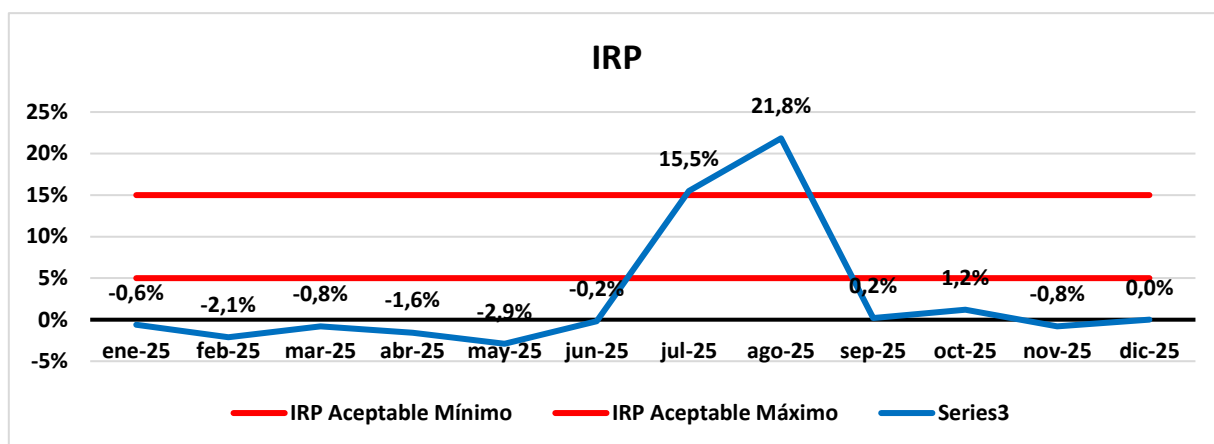
Rotación del personal 2025

En referencia al índice de rotación de la planta global, en la vigencia del 2025, se evidenció un alto volumen de rotación derivado del concurso de méritos que conllevó a posesionar a los elegibles ubicados en posición de mérito y, en consecuencia, a realizar las terminaciones de nombramientos provisionales.

Ahora bien, el índice de rotación de personal constituye un indicador clave para la planificación estratégica del talento humano de la Entidad. Durante la vigencia del 2025, dicho índice, presentó variaciones significativas, especialmente en los meses de julio y agosto, con porcentajes del 15.5% y 21.8% respectivamente. Este incremento obedeció principalmente a la vinculación en periodo de prueba de las

personas que ocuparon los lugares de mérito en la lista de elegibles del concurso de méritos, así como a la terminación de los nombramientos provisionales.

Ilustración 55 Cálculo rotación del personal 2025



Fuente: Datos generados por el Grupo para la Gestión del Empleo Público de la Dirección de Talento Humano de la Superintendencia Nacional de Salud (2025).

Teniendo en cuenta el proceso desarrollado durante esta vigencia enmarcado en la provisión definitiva de los empleos de carrera administrativa mediante el concurso de méritos, en la vigencia 2025 se realizaron 17 reubicaciones, las cuales se encuentran sustentadas por la necesidad del servicio en las dependencias.

A continuación, se presenta el consolidado de la planta de personal con corte a 31 de diciembre de 2025, de los empleos que se encontraban sin proveer por nivel jerárquico.

Tabla 203 Distribución de empleos sin proveer por nivel jerárquico con corte a 31 de diciembre de 2025

Nivel	Libre nombramiento y Remoción	Carrera Administrativa	Total General
Directivo	17	-	17
Asesor	9	-	9
Profesional	2	144	146
Técnico	-	6	6
Asistencial	-	16	16
Total General	28	166	194

Fuente: Datos generados por el Grupo para la Gestión del Empleo Público de la Dirección de Talento Humano de la Superintendencia Nacional de Salud (2025).

Situación de Vacantes y Provisión – Vigencia 2025

De conformidad con el plan de vacantes y plan de provisión de empleos de la vigencia 2025, al 31 de diciembre de 2025 la Superintendencia Nacional de Salud contaba con 389 empleos vacantes de forma definitiva, los cuales corresponden a los empleos de la planta global.

El plan de previsión de empleos se ejecutó a través de la materialización de los principios de mérito, igualdad y transparencia, siguiendo el orden establecido por la ley para su provisión. En cuanto a los empleos de libre nombramiento y remoción, se aplicaron las disposiciones reglamentarias del Capítulo 2 del Título 13 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015. En el caso de los empleos de la planta global, relacionado con carrera administrativa, y con la finalidad de garantizar el reconocimiento del derecho preferencial de encargo, se inició con la revisión e identificación por parte de la Dirección de Talento Humano de la totalidad de la planta de empleos de la entidad, con el nivel asistencial y técnico.

Sin distinción por dependencia y/o ubicación geográfica respecto a los servidores de carrera, este proceso se definió frente aquellos servidores públicos que desempeñaban el empleo inmediatamente inferior a aquel que iba a ser provisto transitoriamente y que acreditara en debida forma, los requisitos definidos en el artículo 24 de la Ley 909.

De los 1096 empleos de carrera administrativa en vacancia definitiva, 1043 fueron ofertados a través del concurso de méritos, cuya inscripción se realizó en el mes de septiembre de 2023. Los 54 empleos restantes al momento del cierre del proceso no tenían definida su ubicación, sin embargo, estos fueron registrados en la plataforma SIMO para ser provistos mediante el uso de lista de elegibles en la vigencia del 2025.

A continuación, se describen las actividades desarrolladas:

1. Ejecución de los procesos de provisión de empleos de libre nombramiento y remoción

Durante el año 2025, se llevaron a cabo 84 procesos relevantes para la provisión de empleos de los niveles directivo, asesor, profesional, técnico y asistencial en la planta de personal. Como consecuencia, se logró la posesión efectiva de 84 candidatos.

2. Procesos de Vinculación Servidores Públicos

En este punto, se resalta que el proceso de provisión de un empleo hace parte de un acto jurídico que la doctrina ha denominado acto-condición, donde deben confluir la voluntad de la administración, manifestada por

medio del acto administrativo de nombramiento o encargo y la voluntad del candidato, expresada mediante la aceptación de la vinculación y la posesión en el empleo. De esta forma, se efectuaron tanto el acto de vinculación y el trámite de posesión, a fin de entender provistas las vacantes existentes.

Adicionalmente, para la generación del acto administrativo, se hizo necesario el estudio de derechos de carrera administrativa y el estudio técnico de verificación de requisitos mínimos tal y como se efectuó en el transcurso de 2025.

3. Empleos de carrera administrativa en vacancia definitiva. Fecha de corte 31 de diciembre de 2025.

Tabla 204 Empleos de carrera administrativa en vacancia definitiva

Nivel	Número de empleos de carrera Administrativa en vacancia definitiva
Profesional	319
Técnico	39
Asistencial	31
Total	389

Nota: Datos generados por el Grupo para la Gestión del Empleo Público de la Dirección de Talento Humano de la Superintendencia Nacional de Salud (2025).

4. Concurso de Méritos

Durante todo el transcurso del 2025, la Superintendencia Nacional de Salud efectuó la provisión de los empleos ofertados en el concurso de méritos abierto y en ascenso, para lo cual se realizó la posesión de 823 funcionarios (as), en el lapso comprendido entre el 02 de mayo y el 31 de diciembre de 2025.

Se dio continuidad al proceso de nombramiento de las OPEC que fueron susceptibles de derogatoria de nombramiento, respecto de las cuales se requeriría la autorización del uso de listas de elegibles por parte de la Comisión Nacional del Servicio Civil (CNSC).

Posteriormente, y como siguiente etapa del proceso, se avanzó en el agotamiento de las listas de elegibles, actividad que continuará desarrollándose durante la vigencia 2026. Es pertinente indicar que las posesiones iniciales de efectuadas en los meses de mayo, junio, julio y agosto terminaron su periodo de prueba, correspondiente a cuatro meses, quienes culminaron satisfactoriamente con su evaluación de desempeño y posteriormente el registro en carrera administrativa.

Gestión del Desarrollo del Talento Humano

Bienestar Social e Incentivos

Con el objetivo aportar al fortalecimiento de relaciones sanas al interior de la entidad, se adelantan acciones que propendan por el equilibrio entre la vida laboral, personal y familiar, a través de acciones concretas, tales

como mejoramiento de clima laboral, actividades que generen salud y bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de todos los(as) funcionarios(as) y su grupo familiar.

Para la vigencia 2025, al Plan de Bienestar Social e Incentivos le fueron asignados recursos del proyecto de inversión “Fortalecimiento del Desarrollo Integral del Talento Humano de la Supersalud”, por un valor de \$1.200.000.000. pesos, para lo cual se desarrollaron 87 actividades, alcanzando una participación de 1.108 funcionarios (as), alcanzando una cobertura del 100%.

Se desarrollaron programas orientados al bienestar emocional, pausas activas, ejercicios de relajación y acompañamiento psicológico, así como simulacros de emergencia en sedes centrales y regionales. Adicionalmente, se desarrollaron múltiples actividades culturales, deportivas y de integración, así como jornadas de reconocimiento y programas de apoyo educativo y estímulos, que fomentaron la cohesión institucional y la motivación del talento humano.

De otra parte, también como parte de la ejecución del Plan de Bienestar e Incentivos, fueron otorgados conforme a lo establecido en las Resoluciones No. 2025910020005131-6 del 25 de junio de 2025 y 2025910020011697-6 del 3 de diciembre de 2025, reconocimientos de apoyos económicos para educación formal a funcionarios (as) de libre nombramiento y remoción y con derechos de carrera administrativa,

contribuyendo al mejoramiento de sus competencias profesionales y al fortalecimiento de la capacidad institucional.

Tabla 205 Apoyos Económicos Otorgados a funcionarios(as) por Semestre vigencia 2025

Nivel	No Total de empleos de la planta por nivel	No. de funcionarios beneficiados
I Semestre	43	25
II Semestre	38	28

Nota: La tabla presenta la información recopilada por la Dirección de Talento Humano relacionada con los apoyos económicos otorgados al funcionariado durante la vigencia 2025

La ejecución del Plan de Bienestar alcanzó una amplia cobertura e impacto, beneficiando de manera significativa a los (las) funcionarios (as), evidenciando el compromiso institucional en implementar acciones pertinentes y variadas, orientadas al fortalecimiento de la motivación, la integración y la satisfacción del personal.

Fortalecimiento de competencias

A través del Plan Institucional de Capacitación - PIC se busca fortalecer los conocimientos y habilidades del talento humano al servicio de la Superintendencia Nacional de Salud, que contribuyan al mejoramiento de las competencias individuales y grupales, aportando al cumplimiento de la misión institucional.

Durante el periodo, en la ejecución del Plan Institucional de Capacitación, se contrataron cursos y diplomados, 21 en total, en temáticas relacionadas con la gestión del riesgo, auditoría forense. Auditoría en salud, actualización normativa del Sistema General de Seguridad Social en Salud, analítica de datos, calidad, seguridad y salud en el trabajo, la gestión contable y presupuestal, indicadores en salud, la función jurisdiccional, normas ISO, entre otras.

Para la contratación de los cursos y diplomados se contó con recursos del proyecto de inversión “Fortalecimiento del Desarrollo Integral del Talento Humano de la Supersalud”, por un valor de \$495.604.000 pesos.

Asimismo, se gestionaron procesos formativos sin costo con entidades públicas aliadas, que abordaron temas de integridad, transparencia, gestión documental, liderazgo, enfoque de género, ciberseguridad y transformación digital, enfoques de género, diferencial e interseccional, acoso sexual y laboral, lenguaje claro y liderazgo femenino.

Tabla 206 Resultados del Plan Institucional de Capacitación – Vigencia 2025

Vigencia	Presupuesto asignado	No. Capacitaciones realizadas	No. de participantes
2025	\$495.604.000	21 contratadas 34 gestionadas	1782

Nota: En la tabla se observan los datos analizados por la Dirección de Talento Humano, respecto a los resultados del Plan Institucional de Capacitación.

Se garantizó el cumplimiento de los procesos de inducción y reintroducción a los (las) funcionarios (as) vinculados (as) durante el periodo, asegurando que los (las) nuevos (as) servidores (as) recibieran la orientación institucional necesaria y la formación inicial en marco estratégico de la entidad, integridad, faltas disciplinarias, deberes, derechos, gestión pública y cultura organizacional.

La ejecución del Plan de Capacitación permitió fortalecer las competencias técnicas y transversales de los (as) funcionarios (as), contribuyendo al desarrollo de sus capacidades y a la mejora continua del servicio institucional. Estos avances reflejan la importancia que la Superintendencia Nacional de Salud otorga a la formación como pilar fundamental para el cumplimiento de su misión.

Seguridad y Salud en el Trabajo

Durante la vigencia 2025 se gestionó e implemento el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST), dando cumplimiento a la normatividad legal vigente y a los lineamientos institucionales.

La gestión se enfocó en la prevención de riesgos laborales, fortalecimiento de la cultura de seguridad mediante diferentes acciones como la identificación de peligros evaluación y control de riesgos en las diferentes sedes de la entidad.

Se desarrollaron diferentes actividades en materia de capacitación, así como actividades propias de los programas de vigilancia epidemiológica principalmente psicosocial y osteomuscular.

La ejecución del Plan Anual de Trabajo en Seguridad y Salud en el Trabajo tuvo un impacto positivo, entre ellas, la disminución de los accidentes laborales registrados, gracias a la implementación oportuna de acciones preventivas y correctivas, como se puede evidenciar en los resultados del indicador de accidentalidad e las dos últimas vigencias.

Tabla 207 Tabla. Variación accidentalidad 2024 – 2025

Vigencia	No. Accidentes de trabajo	Variación %
2024	30	(-70%)
2025	9	

Nota: En la tabla de observan los datos analizados por la Dirección de Talento Humano, respecto a los resultados del Indicador de accidentalidad.

En la misma línea de prevención se llevaron a cabo evaluaciones médicas ocupacionales y actividades de vigilancia en salud, de acuerdo con los riesgos identificados.

Los resultados ratifican el compromiso de la Superintendencia Nacional de Salud con la protección, el bienestar y la seguridad de sus funcionarios (as) en el entorno laboral.

Evaluación del desempeño

La entidad continuó fortaleciendo la cultura de evaluación y mejoramiento continuo del desempeño institucional. Los resultados de las evaluaciones evidenciaron altos niveles de cumplimiento y articulación entre los compromisos individuales y los objetivos estratégicos, consolidando un ambiente de trabajo orientado a la excelencia, la eficiencia y la meritocracia.

En el periodo, se adelantaron capacitaciones y asesoramiento a evaluadores como evaluados; se realizaron campañas de sensibilización en cuanto a cumplir con las fechas de concertación de compromisos y de las evaluaciones, junto con acompañamiento personalizado tanto a los jefes como a los funcionarios (as) con el fin de cumplir con los tiempos establecidos por la Comisión Nacional del Servicio Civil (CNSC).

Integridad

Se cumplieron las acciones establecidas en la Política de Integridad, mediante la ejecución de jornadas de sensibilización, campañas comunicativas y talleres sobre ética pública, conflicto de intereses y valores institucionales.

Implementación de la política de género, diversidad e inclusión

Durante la vigencia se realizaron actividades como parte de la implementación de la política de género, diversidad e inclusión, en el marco de los enfoques de género, interseccional y diferencial, con el fin de contribuir a la igualdad, la inclusión laboral y la no discriminación, permitiendo que todas las personas sean reconocidas en su diversidad étnica, de género, sexual, entre otros y acceso a los mismos derechos, oportunidades y recursos y tratados con dignidad y respeto. Entre las actividades desarrolladas se tienen: capacitaciones sobre Conceptos y terminologías en enfoque de género, Derecho a la Salud y Enfoque OSIGNH, Atención y prevención de violencias por prejuicio contra personas de la población LGBTIQ+, Lenguajes claros, comprensibles e incluyentes; Socialización a través de pieza comunicativa del Manual de Prevención, atención y protección de acoso sexual y conductas discriminatorias; Campaña comunicativa sobre el uso de de las cajas violetas, las cuales se encuentran ubicadas en los baños de las mujeres de todas las sedes de la Superintendencia Nacional de Salud; Se elabora la Cartilla ABC Género en acción: herramientas de género para el sector salud; conmemoración del día de la mujer, del hombre, de la madre, del padre, entre otros; piezas sobre el uso de lenguaje no incluyente.

Estas acciones han contribuido al fortalecimiento de una cultura ética, transparente y responsable, reafirmando el compromiso de la entidad con

la prevención de riesgos de corrupción y la consolidación de una conducta pública íntegra.

5.1.2. Dirección Financiera

La Dirección Financiera y sus grupos de trabajo, consolidaron una gestión financiera sólida, responsable, articulada y enfocada en la optimización de los recursos, la transparencia administrativa y el fortalecimiento de la sostenibilidad institucional orientada al fortalecimiento del recaudo y la eficiencia presupuestal de la Superintendencia Nacional de Salud, desarrollando estrategias persuasivas y operativas que promovieron la cultura de pago entre los deudores, optimizando los procesos de cobro y garantizando la protección de los recursos públicos. Estas acciones se complementaron con medidas cautelares preventivas y la atención personalizada a los vigilados, lo que contribuyó a mejorar la recuperación de cartera y la relación institucional con los aportantes.

A continuación, se presenta la gestión realizada por cada grupo de trabajo:

Grupo de Presupuesto

El Grupo de Presupuesto de la entidad formuló y ejecutó el presupuesto institucional, mediante la preparación del anteproyecto, la expedición y modificación de certificados de disponibilidad presupuestal, registros

presupuestales, traslados y demás instrumentos definidos por la ley. Garantizando los recursos necesarios para la operación de la entidad, de manera oportuna, estructurada y alineada con los planes y programas institucionales.

Mediante Decreto 1523 del 18 de diciembre de 2024, que decreta y liquida el presupuesto para la vigencia fiscal 2025, se asignaron a la Superintendencia Nacional de Salud recursos por \$326.212 millones, distribuidos así:

- **Gastos de funcionamiento:** \$239.013 millones (73%)
- **Gastos de inversión:** \$87.199 millones (27%)

Mediante Decreto 1484 del 31 de diciembre de 2025, se reducen algunas apropiaciones en el Presupuesto General de la Nación de la vigencia fiscal de 2025, por valor de \$9.618 millones, en funcionamiento por valor de \$6.946 millones y en Inversión por valor de \$ 2.671 millones, quedando un presupuesto definitivo por valor de \$316.594 Millones distribuidos así:

- **Gastos de funcionamiento:** \$232.066 millones (73%)
- **Gastos de inversión:** \$84.527 millones (27%)

Tabla 208 Apropiaciones en el Presupuesto Vigencia Fiscal 2025

Cifras en millones de pesos

CONCEPTO	PRESUPUESTO INICIAL 2025	PRESUPUESTO DEFINITIVO 2025	REDUCCIÓN PRESUPUESTO
FUNCIONAMIENTO	239.013	232.066	6.946
GASTOS DE PERSONAL	190.004	180.268	6.313
SALARIO	129.734	124.010	2.880
CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	39.356	44.138	1.429

CONCEPTO	PRESUPUESTO INICIAL 2025	PRESUPUESTO DEFINITIVO 2025	REDUCCIÓN PRESUPUESTO
REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	12.590	12.120	1.467
OTROS GASTOS DE PERSONAL - DISTRIBUCIÓN PREVIO CONCEPTO DGPPN	8.325	-	537
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	41.685	40.754	356
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	6.647	8.268	271
OTRAS TRANSFERENCIAS - DISTRIBUCIÓN PREVIO CONCEPTO DGPPN	5.000	-	
INCAPACIDADES Y LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD (NO DEPENSIIONES)	747	276	271
SENTENCIAS Y CONCILIACIONES	900	7.992	-
GASTOS POR TRIBUTOS, MULTAS, SANCIONES E INTERESES DE MORA	676	2.776	7
SERVICIO DE LA DEUDA	0	0	0
INVERSIÓN	87.199	84.527	2.671
TOTAL PRESUPUESTO	326.212	316.594	9.618

Fuente: Dirección Financiera – Grupo de Presupuesto.

Ejecución presupuestal de gastos con corte al 31 de diciembre de 2025

De la apropiación asignada a la Superintendencia Nacional de Salud por \$316.594 millones se ejecutaron:

- **Compromisos:** \$312.405 millones (**98,7%**)
 - Funcionamiento: \$230.384 millones (**99,3%**)
 - Inversión: \$82.022 millones (**97,0%**)
- **Obligaciones:** \$307.672 millones (**97,2%**)
 - Funcionamiento: \$229.217 millones (**98,8%**)
 - Inversión: \$78.455 millones (**92,8%**)

Tabla 209. Ejecución Presupuestal de Gastos de la Superintendencia Nacional de Salud corte a 31 de diciembre de 2025

Cifras en millones de pesos

TIPO DE GASTO	APROPIACIÓN VIGENTE	% PART APROP	COMPROMISOS		OBLIGACIÓN		PAGOS	
			VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%
FUNCIONAMIENTO	232.066	73%	230.384	99,3%	229.217	98,8%	228.111	98,3%
INVERSION	84.527	27%	82.022	97,0%	78.455	92,8%	59.798	70,7%
TOTAL PRESUPUESTO	316.594	100%	312.405	98,7%	307.672	97,2%	287.909	90,9%

Fuente: Dirección Financiera – Grupo de Presupuesto - SIIF Nación

Presupuesto Gastos de Funcionamiento a 31 diciembre 2025

Frente a la apropiación vigente de \$232.066 millones, se han ejecutado recursos por \$230.384 millones, correspondiente al 99.3%, el cual se encuentra desagregado en los siguientes conceptos:

Ilustración 56. Presupuesto Gastos de Funcionamiento a 31 diciembre 2025

Cifras en millones de pesos

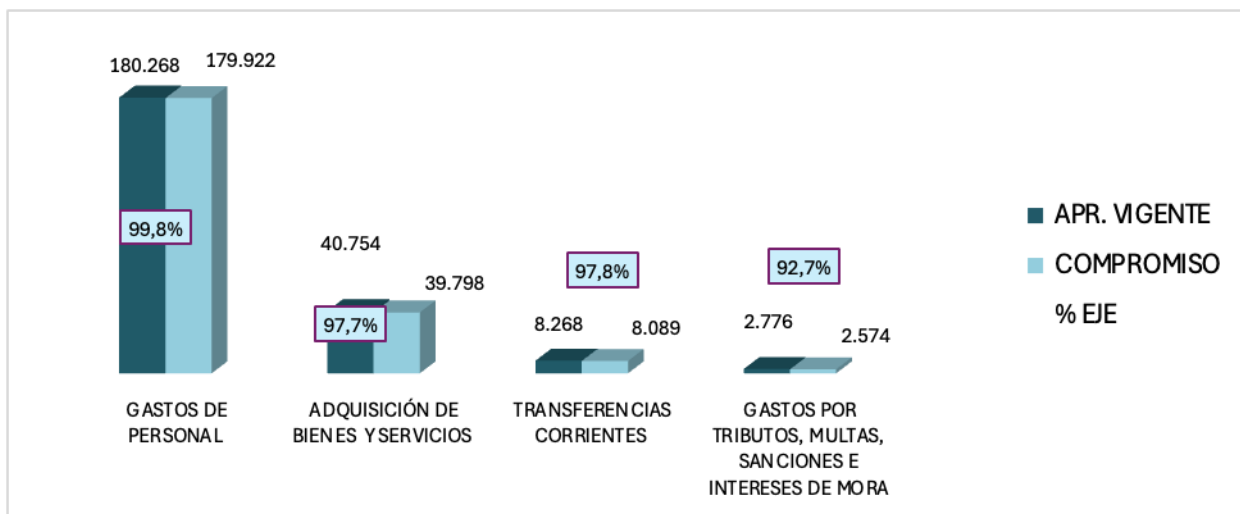


Tabla 210 Presupuesto gasto de funcionamiento

RUBRO	CONCEPTO	APROPIACIÓN VIGENTE	% PART APROP	COMPROMISOS		OBLIGACIÓN		PAGOS	
				VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%
A-01	GASTOS DE PERSONAL	180.268	78%	179.922	99,8%	179.922	99,8%	179.922	99,8%
A-02	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	40.754	18%	39.798	97,7%	38.631	94,8%	37.526	92,1%
A-03	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	8.268	4%	8.089	97,8%	8.089	97,8%	8.089	97,8%
A-08	GASTOS POR TRIBUTOS, MULTAS, SANCIONES E INTERESES DE MORA	2.776	1%	2.574	92,7%	2.574	92,7%	2.574	92,7%
TOTAL FUNCIONAMIENTO		232.066	100%	230.384	99,3%	229.217	98,8%	228.111	98,3%

Fuente: Dirección Financiera – Grupo de Presupuesto - SIIF Nación

Gastos de personal:

Este rubro cubre el pago de nómina, contribuciones inherentes, las remuneraciones no constitutivas de factor salarial y otros gastos de personal que se encuentran en distribución previo concepto DGPPN. Presenta una ejecución en compromisos y obligaciones de \$179.922 millones (99,8%).

Adquisición de bienes y servicios:

Este rubro cubre gastos necesarios para el funcionamiento de la administración de la entidad. La ejecución en compromisos es de \$39.798 millones (97.7%), y en obligaciones de \$38.631 millones (94.8%).

Transferencias Corrientes:

En transferencias corrientes se encuentran los rubros de: “Otras transferencias distribución previo concepto DGPPN”, incapacidades y licencias de maternidad y paternidad (no de pensiones), y sentencias y conciliaciones, con una apropiación total asignada para este rubro por valor de \$8.268 millones.

La ejecución presupuestal al corte del 31 de diciembre de 2025 se presenta a continuación, mostrando el comportamiento por rubro frente a la apropiación vigente, compromisos, obligaciones y pagos realizados durante la vigencia:

Tabla 211 Ejecución Transferencias Corrientes a 31 de diciembre de 2025

Cifras en millones de pesos

RUBRO	TIPO DE GASTO	APROPIACIÓN VIGENTE	COMPROMISOS		SALDO X EJECUTAR	OBLIGACIÓN		PAGOS	
			VALOR	%		VALOR	%	VALOR	%
A-03	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	8.268	8.089	97,8%	179	8.089	97,8%	8.089	97,8%
A-03-04-02-012	INCAPACIDADES Y LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD (NO DE PENSIONES)	276	215	77,8%	61	215	77,8%	215	77,8%
A-03-10	SENTENCIAS Y CONCILIACIONES	7.992	7.874	98,5%	117	7.874	98,5%	7.874	98,5%

Fuente: Dirección Financiera – Grupo de Presupuesto – SIIF Nación

En la tabla anterior, se puede observar que:

- **Incapacidades y licencias** tuvo una ejecución del 77,8% en compromisos y obligaciones.
- **Sentencias y conciliaciones** tuvo una ejecución del 98,5% en compromisos y en obligaciones, por el pago de la sentencia judicial proferida por el Consejo de Estado (Radicado 25000-23-26-000-2008-00459-00) a favor del ciudadano Nelson Lozano Rojas

Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de mora

Al corte del 31 de diciembre de 2025, la ejecución del rubro asciende a \$2.574 millones, lo que representa el 92,7% de la apropiación asignada. Impuestos con una ejecución del 99,5%, cuota de fiscalización y auditaje que se paga a la Contraloría General de la República (CGR), con una ejecución del 99,8%, y multas sanciones e intereses de mora con una ejecución del 90, 7 %.

Tabla 212 Ejecución Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de mora/AI corte del 31 de diciembre de 2025

Cifras en miles de pesos

RUBRO	TIPO DE GASTO	APROPIACIÓN VIGENTE	COMPROMISOS		SALDO X EJECUTAR	OBLIGACIÓN		PAGOS	
			VALOR	%		VALOR	%	VALOR	%
A-08	GASTOS POR TRIBUTOS, MULTAS, SANCIONES E INTERESES DE MORA	2.776.246	2.574.295	92,7%	201.951	2.574.295	92,7%	2.574.295	92,7%
A-08-01	IMPUESTOS	863	858	99,5%	4	858	99,5%	858	99,5%
A-08-03	TASAS Y DERECHOS ADMINISTRATIVOS	8	0	0,0%	8	0	0,0%	0	0,0%

RUBRO	TIPO DE GASTO	APROPiación VIGENTE	COMPROMISOS		SALDO X EJECUTAR	OBLIGACIÓN		PAGOS	
			VALOR	%		VALOR	%	VALOR	%
A-08-04-01	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	618.925	617.587	99,8%	1.338	617.587	99,8%	617.587	99,8%
A-08-05	MULTAS, SANCIONES E INTERESES DE MORA	2.156.451	1.955.849	90,7%	200.602	1.955.849	90,7%	1.955.849	90,7%

Fuente: Dirección Financiera – Grupo de Presupuesto – SIIF Nación

Grupo de Contabilidad

El grupo de Contabilidad para el año 2025, se pueden destacó lo siguiente:

Se actualizó el manual de políticas contables para la vigencia fiscal 2025, lo que permite mejorar la transparencia y la confianza de la información financiera, la reducción de riesgos y mejorar la eficiencia operativa.

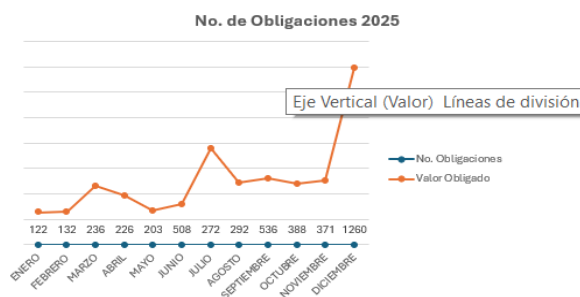
Se mantuvo la operación contable al día y con el mayor nivel de precisión posible, a pesar de los constantes cambios que se presentaron como resultado del Proceso de Selección No. 2503 de 2023 adelantado, por la Comisión Nacional del Servicio Civil en la Superintendencia Nacional de Salud durante el segundo semestre de 2025.

Finalmente, y no menos importante se registraron el total de obligaciones para el cierre de la vigencia 2025, de acuerdo con la radicación de tesorería, el cual ascendió a 4.546 Obligaciones.

Ilustración 57 Informe de obligaciones registrada por mes en SIIF 2025

INFORME OBLIGACIONES REGISTRADAS POR MES EN SIIF 2025

MES	No. Obligaciones	Valor Obligado
ENERO	122	12.732.157.854,40
FEBRERO	132	13.133.188.191,90
MARZO	236	23.135.630.543,62
ABRIL	226	19.196.131.079,14
MAYO	203	13.304.284.414,00
JUNIO	508	15.819.602.818,31
JULIO	272	37.822.875.383,63
AGOSTO	292	24.449.110.606,80
SEPTIEMBRE	536	26.074.057.463,54
OCTUBRE	388	23.962.679.116,10
NOVIEMBRE	371	25.278.522.431,09
DICIEMBRE	1260	69.628.750.971,67
Total general	4546	304.536.990.874,20



Fuente: Dirección Financiera – Grupo de Contabilidad.

Grupo de Cobro Persuasivo y Jurisdicción Coactiva

El grupo de cobro persuasivo y jurisdicción coactiva presenta el estado de la gestión de cobro de la cartera a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, con énfasis en resultados de recaudo, situación de la cartera, gestión procesal, riesgos jurídicos y acciones de mitigación, conforme al marco legal vigente. **Corte: diciembre de 2025**

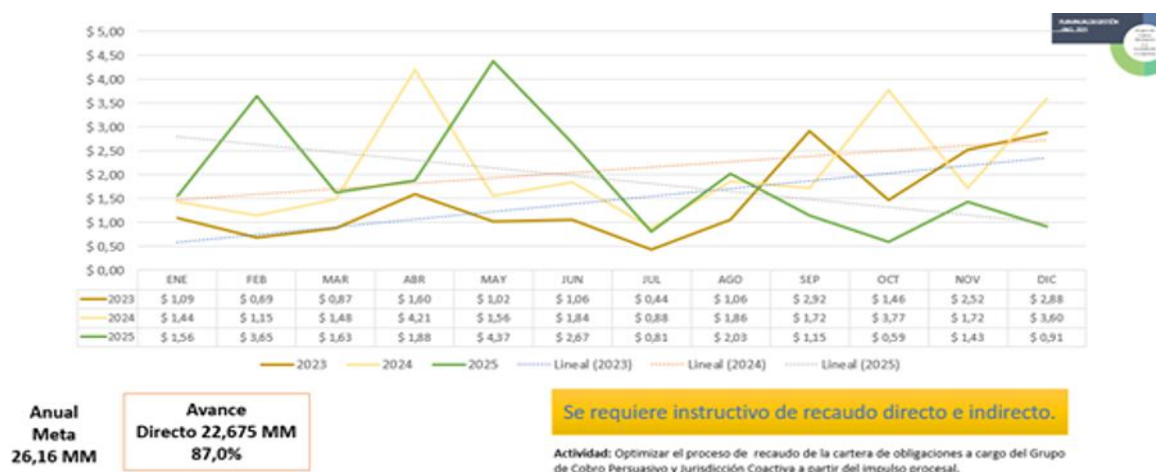
Resultados de recaudo

Recaudo directo acumulado 2025: \$22.67 MM COP equivalente al 87% de la meta anual fijada en \$26.16 MMCOP.

Aplicaciones extemporáneas (gestión 2025, aplicadas el 9 de enero de 2026): \$1.821.000 COP (7% adicional de la meta 2025), derivadas de fraccionamientos y gestiones de cobro efectuadas dentro de la vigencia.

Estos resultados evidencian un desempeño favorable del proceso de cobro, aunque con brecha frente a la meta anual, atribuible principalmente a retrasos en la aplicación de Títulos de Depósito Judicial – TDJ y a contingencias operativas con entidades financieras.

Ilustración 58 Ilustración. Histórico de evolución del recaudo 2023 al 2025



Fuente: Dirección Financiera – Grupo de Cobro Persuasivo y Jurisdicción Coactiva.

Gestión de Títulos de Depósito Judicial – TDJ (2025)

a) TDJ constituidos producto de medidas cautelares

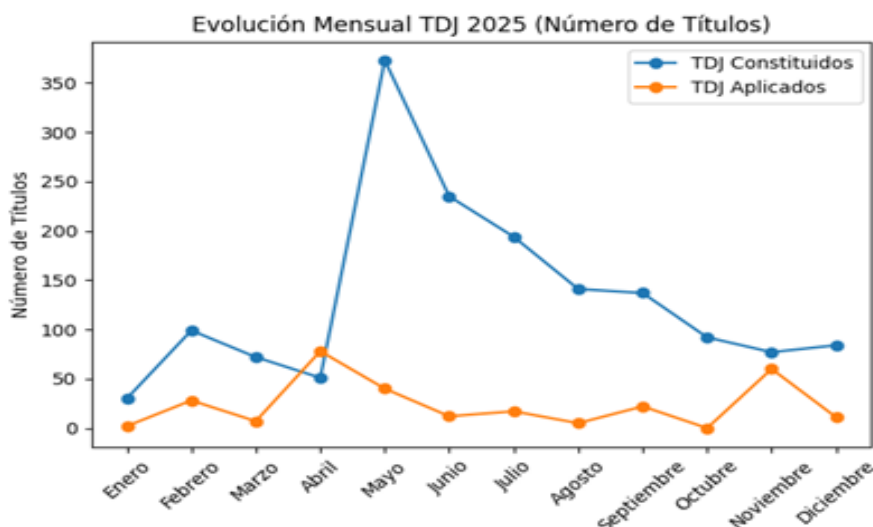
Durante la vigencia 2025 se constituyeron 1.585 TDJ, derivados de medidas cautelares decretadas dentro de procesos de cobro coactivo, por un valor total de \$13.630.454.624 COP.

Este volumen de títulos constituye un activo estratégico para la Entidad, cuya adecuada y oportuna aplicación resulta determinante para la materialización del recaudo efectivo.

b) TDJ aplicados a obligaciones a favor de la Superintendencia Nacional de Salud

En el mismo período se aplicaron 282 TDJ a obligaciones a favor de la Entidad, por un valor total de \$4.168.577.760 COP.

Ilustración 59 Ilustración. Evolución mensual de Títulos de Depósito Judicial TDJ 2025



Fuente: Dirección Financiera – Grupo de Cobro Persuasivo y Jurisdicción Coactiva.

Gestión procesal de cobro

Durante la vigencia se recibieron 4.946 trámites, de los cuales fueron finalizados 4.780 (96,6% de evacuación). Al cierre del período permanecían 132 trámites en gestión y 34 en reparto. Se presentaron 20 trámites vencidos (0,4%).

Facilidades de pago

Al cierre de la vigencia 2025 se encontraban 79 facilidades de pago vigentes en seguimiento, frente a 28 solicitudes presentadas durante el

año, lo que evidencia que la mayor carga de gestión del proceso de facilidades proviene de acuerdos suscritos en vigencias anteriores.

Grupo de Contribución y Apoyo Técnico

La gestión de recaudo de la contribución anual de la Superintendencia Nacional de Salud constituye un componente fundamental para garantizar la disponibilidad oportuna de los recursos que se destinan al apoyo del funcionamiento e inversión de la entidad. El análisis que se expone a continuación presenta el estado actual del recaudo, resaltando los resultados alcanzados durante el período evaluado y los avances obtenidos en los procesos de seguimiento y fortalecimiento de los mecanismos de cumplimiento. Asimismo, se destacan las acciones implementadas para mejorar la eficiencia operativa y promover una mayor responsabilidad por parte de los sujetos obligados, proporcionando una visión integral del desempeño institucional en esta materia.

Resultados de recaudo - Corte: diciembre de 2025

Preparación gestión de recaudo: En el año 2025 la Dirección Financiera, en particular para el grupo de contribución y apoyo técnico continuaron con objetivo claro: optimizar y estructurar el proceso de contribución. Esta colaboración fue el resultado directo de las lecciones aprendidas en ejercicios anteriores.

En el transcurso del primer semestre, se organizó una serie de mesas de trabajo estratégicas. Estas reuniones tenían como finalidad identificar

áreas de mejora dentro del proceso y potenciar aquellas actividades que ya mostraban resultados positivos. Como fruto de estas sesiones colaborativas, se diseñó un cronograma detallado para la contribución. Este cronograma no solo asignó responsabilidades específicas, sino que también estableció plazos concretos para cada una de las actividades esenciales a desarrollar durante el año. Cabe destacar que este plan estaba diseñado con la flexibilidad necesaria para realizar ajustes, garantizando así la adaptabilidad ante posibles desafíos o problemas no anticipados durante las primeras reuniones.

Durante las mesas de trabajo llevadas a cabo, se informó que el número de vigilados para la contribución del año 2025 sería de 11.101 distribuidas de la siguiente manera:

Tabla 213 Número de sujetos pasivos de contribución

DELEGATURA	NO EXENTOS	EXENTOS	TOTAL
Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud	102	5	107
Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS	1.384	2	1.386
Delegada para Prestadores de Servicios de Salud	9.424	104	9.528
Operadores Logísticos	80	0	80
TOTAL	10.990	111	11.101

Fuente: Consolidado población sujeta a Contribución vigencia 2025- construcción propia.

Una vez identificada la población sujeta a recaudo para la contribución del año 2025, se inició la recopilación de los ingresos operacionales de los vigilados. Asimismo, se procedió al diseño y formalización del esquema tarifario correspondiente. La realización de un estudio tarifario desde el inicio de la contribución ha permitido establecer tarifas en favor de la Superintendencia Nacional de Salud, contribuyendo así a los procesos de equidad tributaria de la entidad. Este enfoque considera el contexto coyuntural de los vigilados sujetos a contribución, facilitando una distribución más eficiente de la carga tributaria.

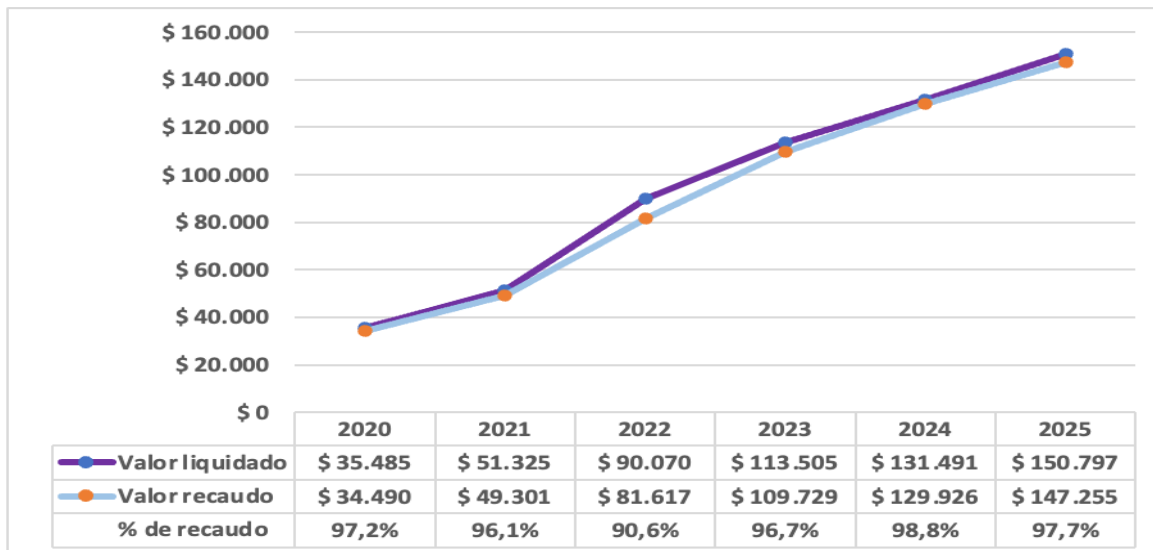
La metodología utilizada en 2025 propuso la agrupación de 2 rangos de IOSC, de esta manera continua el aminoramiento de las brechas entre la tarifa máxima y la tarifa mínima que ha venido teniendo el esquema; teniendo en cuenta que esto fue analizado según las demás propuestas realizadas en el estudio macroeconómico.

Posterior al análisis realizado, se concluye que el esquema tarifario con dos rangos de ingresos es la opción más adecuada, dado que presenta menores variaciones porcentuales frente al incremento de la contribución, garantiza un mayor nivel potencial de recaudo para la entidad y contribuye al cumplimiento de los ingresos por contribución establecidos en el presupuesto de la vigencia. Con base en esta estructura tarifaria y una vez implementadas las acciones preparatorias orientadas a la correcta gestión del proceso, se dio inicio al recaudo correspondiente a la vigencia 2025.

Recaudo 2025: En este marco y bajo los lineamientos establecidos para la liquidación y pago de la contribución, a corte del 31 de diciembre de 2025 el recaudo alcanzó \$147.255 millones de pesos, cifra que corresponde al 98% del valor liquidado para la vigencia, fijado en \$150.797 millones de pesos. Este resultado supera ampliamente la meta institucional del 85%, evidenciando un desempeño destacado en la gestión del recaudo y la efectividad de las medidas implementadas durante el año.

El comportamiento favorable del recaudo estuvo influenciado por diferentes ajustes normativos. La contribución establecida mediante la Resolución No. 2025920040005394-6 tenía como fecha límite de pago oportuno el 5 de septiembre de 2025; no obstante, dicho plazo fue ampliado hasta el 30 de septiembre de 2025, conforme a lo dispuesto en la Resolución No. 2025920050007532-6. Adicionalmente, para los vigilados del tipo Gestores Farmacéuticos, se habilitó un periodo especial de recaudo entre el 1 y el 30 de diciembre de 2025, según lo establecido en la Resolución No. 2025920050011437-6 del 26 de noviembre de 2025.

Ilustración 60 Resultados recaudo contribución 2020-2025



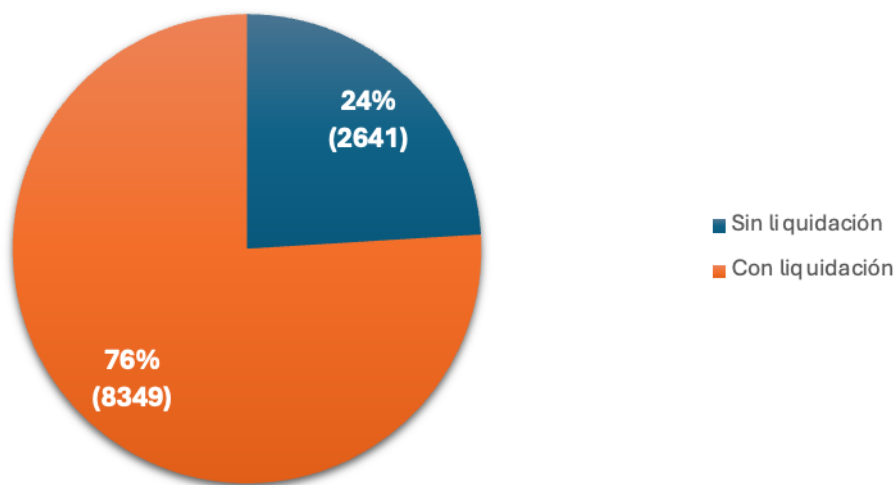
Fuente: Cuadro financiero discriminado GENESIS* Cifras pendiente por conciliar con CFC

Al cierre de la vigencia, el recaudo consolidado incluidos los pagos efectuados por los Gestores Farmacéuticos alcanzó el 98%, superando ampliamente la meta establecida del 85%. Este resultado se suma al comportamiento favorable observado en vigencias anteriores, en las que la gestión de la contribución ha mostrado una tendencia positiva. Dicho desempeño es reflejo de las mejoras implementadas año tras año en los procesos de gestión, seguimiento y fortalecimiento del cumplimiento, las cuales han permitido consolidar una mayor eficacia en las acciones orientadas al recaudo.

Omisos: De los 11.101 sujetos pasivos identificados para la vigencia 2025, a la fecha se han generaron 8.294 liquidaciones. Esto indica que aproximadamente el 24.03% del total de la población identificada aún no

ha cumplido con sus obligaciones fiscales. La causa principal detrás de este incumplimiento está relacionada con la ausencia de reportes de información financiera, cumplimiento de la Circular Interna 016, un componente esencial para la determinación precisa de la base gravable.

Ilustración 61 Ilustración. Distribución sujetos pasivos con y sin liquidación de contribución vigencia 2025



Fuente: Elaboración propia – Grupo Contribución y Apoyo Técnico -Informe sujetos pasivos Genesis

Este dato es crucial para el seguimiento. Por ello, se hace necesario implementar estrategias para incentivar y facilitar el cumplimiento en la entrega de información financiera por parte de estos sujetos pasivos. Esto será fundamental para obtener la base gravable necesaria y así poder avanzar con el proceso de liquidación y recaudo de la contribución de manera adecuada.

La Superintendencia Nacional de Salud adelantó un proceso técnico y jurídico para identificar y caracterizar a los contribuyentes omisos de la vigencia 2020, es decir, entidades vigiladas que no reportaron sus ingresos operacionales y cuya falta de información impidió determinar la base gravable para liquidar la contribución. Para resolver esta situación, la Entidad diseñó metodologías que permiten proyectar bases presuntivas con apoyo en información interna y externa.

Como resultado, se expidieron y notificaron los primeros actos administrativos de apertura de los procesos de determinación, los cuales informan al vigilado el inicio del trámite y le permiten aportar pruebas sobre su verdadera base gravable. Actualmente se continúa con la expedición de los actos de apertura restantes, tras lo cual se emitirán las liquidaciones oficiales definitivas, sujetas a los recursos de ley que garantizan el debido proceso.

Grupo de Tesorería

Gestión de pagos

Dentro del procedimiento de gestión de pagos, se encuentran asociadas las actividades relacionadas con:

- PAC- Programación de pagos.
- Liquidación de impuestos.
- Pagos: Contractuales, nómina e inherentes a la nómina, sentencias y conciliaciones, no presupuestales, viáticos y gastos de viaje.

- Boletín diario de caja.

De acuerdo con las actividades establecidas en los citados procedimientos, se dan a conocer los principales aspectos de la gestión del Equipo de trabajo.

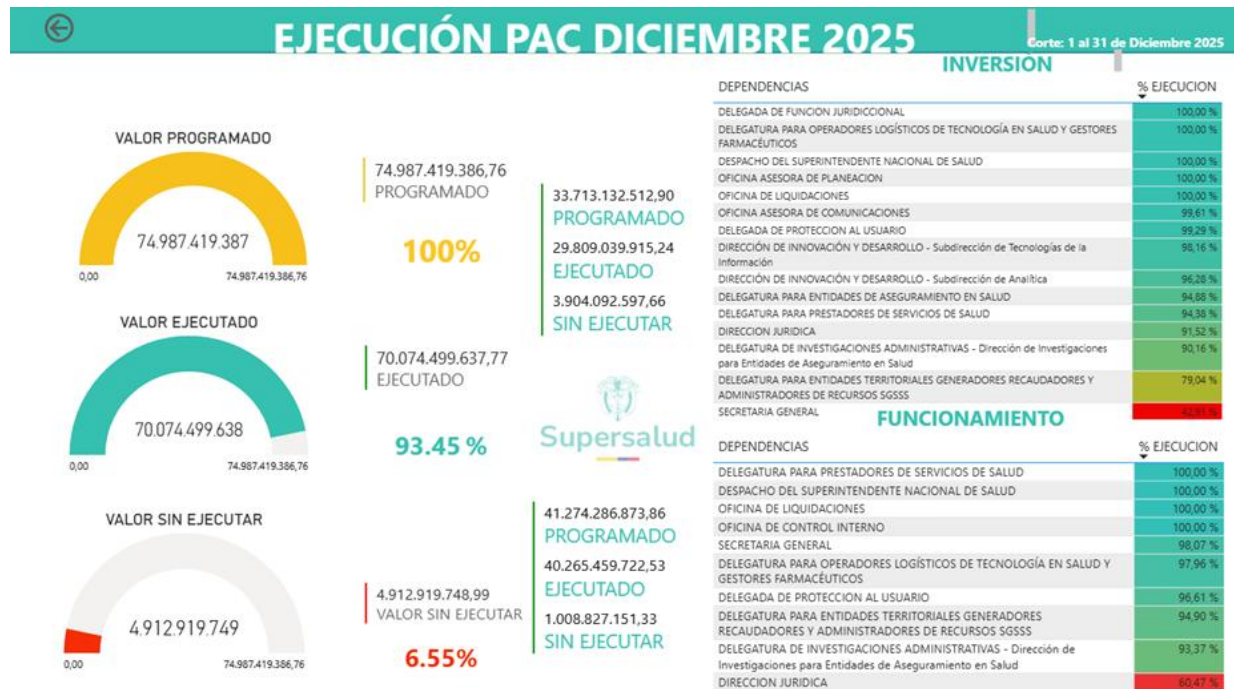
Ejecución PAC

Con base en las circulares internas vigentes, las dependencias envían la programación de recursos requeridos para el cumplimiento de las obligaciones de la Entidad.

Ejecución Programa Anual Mensualizado de Caja (PAC) diciembre de 2025

A corte del mes de diciembre de 2025, la Superintendencia Nacional de Salud programó recursos propios por valor de \$ 74.987.419.386,76 ejecutando un 93.45% representados en \$70.074.499.637,77 y generando un PAC gestionado (son aquellas cuentas programadas, pero recibidas posterior al 25 de cada mes, las cuales se obligan, pero se pagan en el mes siguiente) por 6.55% equivalentes a \$ 4.912.919.748,99.

Ilustración 62. Ejecución PAC diciembre 2025



Fuente: Dirección Financiera – Grupo de Tesorería.

Gestión de Pagos

Con corte a diciembre de 2025, el promedio para lanzar y/o autorizar los pagos para la gestión propia de la Dirección del Tesoro Nacional fue de 2.0 días.

Dentro de la gestión de pagos, también se adelanta todo lo relacionado con el pago de deducciones, lo cual comprende acreedores de nómina, de contratistas y retenciones en la fuente por concepto de renta, IVA e ICA.

Tabla 214 Histórico de gestión de pagos vigencia 2025

MES	CUENTAS RADICADAS (TOTAL MES)	CUENTAS RADICADAS (SEGÚN CIRCULAR)	CUENTAS GESTIONADAS	GESTIONADAS MES SIGUIENTE	TIEMPO DE GESTIÓN (DÍAS HÁBILES)
ENERO	53	42	42	11	1,1
FEBRERO	131	129	129	2	1,6
MARZO	127	122	122	5	1,5
ABRIL	155	146	146	9	1,8
MAYO	155	140	140	15	1,8
JUNIO	423	423	423	0	2,6
JULIO	220	211	211	9	2,6
AGOSTO	223	203	203	20	1,2
SEPTIEMBRE	445	436	436	9	1,9
OCTUBRE	299	259	259	40	2,4
NOVIEMBRE	316	302	302	14	1,9
DICIEMBRE	1157	829	829	328	3,6
CONSOLIDADO	3704	3242	3242	462	2,0

Fuente: Elaboración propia Grupo de Tesorería

Gestión bancaria

Actualmente se tiene un convenio suscrito con Bancolombia, con cargo a los convenios de reciprocidad por valor de 2.500.000.000 que se han suscrito con esa entidad bancaria, la Entidad ha logrado implementar en todas las cuentas bancarias de recaudo los botones PSE y la referenciación a través del código de barras, incluida la cuenta de contribución, con ello, el proceso de recaudo es más ágil, se puede obtener información en tiempo real y se mitiga el riesgo de partidas pendientes por identificar.

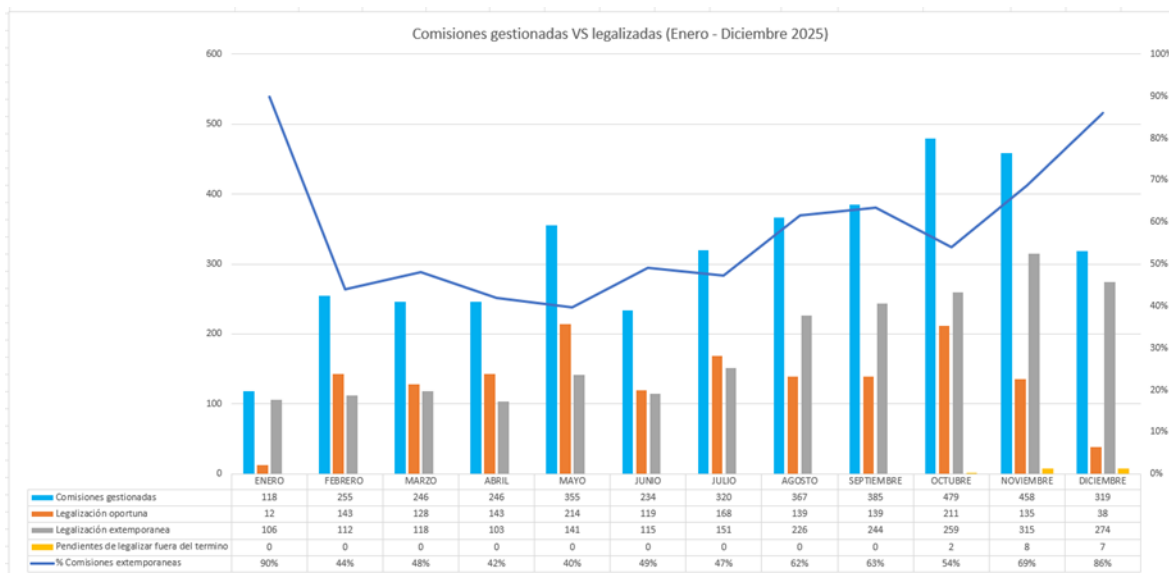
Viáticos

El proceso de pago de viáticos se realiza a través de las cargas masivas que ha dispuesto el Sistema Integrado de Información Financiera (SIIF), de igual forma, la legalización de estos se realiza en el Grupo de Tesorería a través del correo electrónico legalizacionviaticos@superesalud.gov.co.

En el periodo comprendido entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2025 se efectuó el pago de 3.782 comisiones, desde el Grupo de Tesorería, se realiza un seguimiento riguroso a las legalizaciones.

A continuación, se observa el comportamiento de las comisiones pagadas, legalizadas oportunamente y las comisiones extemporáneas.

Ilustración 63 Comisiones gestionadas vs legalizadas (Enero - Diciembre 2025)



Fuente: Elaboración propia Grupo de Tesorería

Al respecto, de forma reiterada se solicita a los funcionarios que no legalizan oportunamente, el envío de los documentos que respaldan la comisión.

Gestión de ingresos

Proceso transversal en la Dirección financiera con los Grupos de Contabilidad y Control Financiero de Cuentas.

El presupuesto de ingresos de la Superintendencia Nacional de Salud está compuesto por ingresos corrientes no tributarios y recursos de capital.

Para la vigencia 2025, mediante los decretos 1523 y 1621 de diciembre del 2024, estableció el presupuesto de rentas y recursos de capital para la Superintendencia Nacional de Salud por un valor de \$326.211.744.691,00 pesos M/cte.

Para la vigencia 2025 no fue aforado aporte de la Nación para la ejecución presupuestal de gastos de la entidad.

El aforo de recursos de la Superintendencia Nacional de Salud para la vigencia 2025 está conformado por la contribución de vigilancia, recursos por multas, recursos del 0,4% del régimen subsidiado, sobre los cuales la ADRES retienen en la fuente y realiza el giro mensual.

Adicionalmente, se tiene recuperación de cartera por los recursos de tasa de IVC.

Así mismo, dentro del presupuesto aforado tiene incorporados recursos de capital, los cuales corresponden a la asignación de los excedentes financieros que realiza anualmente la Nación a través del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES).

Con base en las instrucciones impartidas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el registro de los recursos disponibles de vigencias anteriores como es el caso de los Excedentes Financieros (recursos de capital) se registrarán con base en las obligaciones que se han generado para esta vigencia.

Ejecución Presupuestal de Ingresos Recursos Propios a diciembre de 2025

El registro de los ingresos se realiza mensualmente hasta el día 15 calendario de cada mes vencido, por tanto, el corte de ingresos del presente informe es al mes de diciembre de 2025.

Tabla 215 Ejecución Presupuestal de Ingresos Recursos Propios

Concepto	Aforo inicial	Modificaciones	Aforo vigente	Recaudo acumulado	% Participación del Aforo	% Participación recaudo
INGRESOS CORRIENTES	261.822	-	261.822	358.375	137%	86%
CONTRIBUCIÓN	74.885	-	\$ 74.885	\$ 160.421	214%	39%
TASA	-	-	\$ -	\$ 175	0%	0%
MULTAS Y SANCIONES E INTERSES DE MORA	9.021	-	\$ 9.021	\$ 24.125	267%	6%
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	177.916	-	\$ 177.916	\$ 173.654	98%	42%
RECURSOS DE CAPITAL	64.389	-	64.389	57.801		14%
TOTAL ACUMULADO	326.212	-	326.212	416.176	128%	100%
% recaudo				128%		

Fuente: Elaboración propia Grupo de Tesorería

Principales Logros

El Grupo de Tesorería alcanzó resultados relevantes que evidencian eficiencia, control y una gestión financiera sólida:

- Cumplimiento del PAC: 93,45%: Este nivel de ejecución refleja una adecuada planificación del Plan Anual de Caja y asegura la disponibilidad oportuna de recursos para atender las obligaciones institucionales dentro de los plazos establecidos.
- Tiempo promedio de pago: 2,0 días: La optimización en los tiempos de pago demuestra una gestión ágil y oportuna, lo que contribuye a fortalecer la confianza con proveedores y contratistas, además de prevenir costos asociados a intereses por mora.
-
- Estos logros consolidan la eficiencia operativa del Grupo de Tesorería y reafirman el compromiso con la transparencia, la oportunidad y la confiabilidad en la administración de los recursos públicos. El

desempeño alcanzado aporta de manera directa al fortalecimiento de la gestión financiera institucional.

Retos

A pesar de los avances en la gestión de pagos, persisten desafíos que deben abordarse para mantener y mejorar los estándares alcanzados:

- Fortalecer la calidad de las solicitudes del PAC por parte de los enlaces: Una planificación inadecuada o incompleta puede generar retrasos en la programación de pagos, afectando la ejecución financiera. Es necesario continuar con estrategias de capacitación y seguimiento para asegurar solicitudes precisas y oportunas.
- Reducir a cero los errores en la radicación de documentos: Cada inconsistencia genera reprocesos, prolonga los tiempos de revisión y afecta la oportunidad del pago. Minimizar estos errores permitirá agilizar el flujo operativo y mejorar la eficiencia del proceso.
- Garantizar la legalización oportuna de viáticos: El cumplimiento dentro de los tres días posteriores a la comisión es fundamental para mantener la transparencia y evitar acumulación de trámites. A diciembre de 2025 se registran 17 viáticos pendientes por legalizar, lo que evidencia la necesidad de fortalecer el control, el seguimiento y la cultura de cumplimiento por parte de los funcionarios involucrados.

Grupo de Control Financiero de Cuentas

El Grupo de Control Financiero de Cuentas tiene como propósito funcional consolidar la información financiera mediante la validación, la depuración y la conciliación a nivel interno y externo, de las operaciones financieras que afectan las cuentas por cobrar (recaudo, causación, deterioro, recursos, revocatorias, depuración, entre otras.) de las fuentes de ingreso: contribución, tasa, sanciones y 0.2% Régimen Subsidiado, con el fin de emitir informes cualitativos y cuantitativos sobre el estado de las cuentas por cobrar a los clientes internos y externos.

Dando cumplimiento al desarrollo de las actividades de control se presenta el informe general de la situación financiera de la cartera al último cierre financiero que corresponde al mes de diciembre de 2025, conforme a los ciclos definidos en el Manual de Políticas Contables, a la fecha de presentación de este informe, nos encontramos en proceso de conciliación con el grupo contable, razón por la cual se aclara, que solo hasta el cierre, será posible reportar cifras definitivas.

Cuentas por Cobrar - Cifras en millones de pesos

Al cierre financiero de diciembre de 2025, el total de las cuentas por cobrar asciende a \$230.854 millones de pesos. De este total, la mayor parte proviene de obligaciones por Sanciones a favor de la SNS, que representan el 92,70% (\$213.992 millones de pesos), seguida por la Contribución, que constituye el 3,64% (\$8.408 millones de pesos), como se detalla a continuación:

Tabla 216 Cuentas por Cobrar

Cifras en millones de pesos

Fuente	Cobrabilidad	Saldo capital dic 2024	Saldo capital dic 2025	Variación %	Variación \$	No. Obligaciones
Contribución	Cartera cobrable	\$ 3.596	\$ 6.833	90%	\$ 3.237	1.970
	Cartera difícil cobro	\$ 1.544	\$ 1.575	2%	\$ 32	12
Contribución		\$ 5.140	\$ 8.408	63,59%	\$ 3.268	1.982
Régimen Subsidiado	Cartera cobrable	\$ 2.970	\$ 2.839	-4,42%	-\$ 131	575
	Cartera difícil cobro	\$ 378	\$ 464	22,65%	\$ 86	39
Régimen Subsidiado		\$ 3.348	\$ 3.303	-1,37%	-\$ 46	614
Sanción SNS	Cartera cobrable	\$ 134.472	\$ 144.335	7,33%	\$ 9.862	1.401
	Cartera difícil cobro	\$ 61.017	\$ 69.657	14,16%	\$ 8.640	382
Sanción SNS		\$ 195.490	\$ 213.992	9,46%	\$ 18.502	1.783
Sanción Tesoro	Cartera cobrable	\$ 462	\$ 459	-0,59%	-\$ 3	43
	Cartera difícil cobro	\$ 169	\$ 169	0,00%	\$ 0	11
Sanción Tesoro		\$ 631	\$ 628	-0,43%	-\$ 3	54
Tasa	Cartera cobrable	\$ 4.165	\$ 3.548	-14,81%	-\$ 617	4.730
	Cartera difícil cobro	\$ 2.231	\$ 975	-56,31%	-\$ 1.256	84
Tasa		\$ 6.396	\$ 4.523	-29,28%	-\$ 1.873	4.814
Total general		\$ 211.005	\$ 230.854	9,41%	\$ 19.849	9.247

Del total de la cartera, el 68,45% corresponde a cartera cobrable, por un monto de \$158.013,48 millones de pesos, mientras que el 31,55% es de difícil cobro, por \$72.840 millones a diciembre de 2025, la cartera se incrementó un 9.41% (\$19.849 millones de pesos) en comparación con diciembre de 2024.

Deterioro de las Cuentas por Cobrar

El deterioro sobre la cartera general al cierre de diciembre de 2025 corresponde al 55,20% por valor \$127.429 millones de pesos de los cuales el 48,07% por \$61.254 millones de pesos corresponde a cartera clasificada difícil cobro y el 51,93% por \$66.175 millones de pesos a cartera cobrable, como se detalla a continuación:

Tabla 217 Deterioro de las Cuentas por Cobrar

Fuente	Cobrabilidad	Saldo capital dic 2024	Saldo capital dic 2025	Variación n %	Variación \$	No. Obligaciones
Contribución	Cartera cobrable	\$ 303,57	\$ 824,61	172%	\$ 521	1.970
	Cartera difícil cobro	\$ 1.407,65	\$ 1.485,22	6%	\$ 78	12
Contribución		\$ 1.711,21	\$ 2.309,83	34,98%	\$ 599	1.982
Régimen Subsidiado	Cartera cobrable	\$ 2.481,10	\$ 2.659,85	7,20%	\$ 179	575
	Cartera difícil cobro	\$ 331,74	\$ 375,82	13,29%	\$ 44	39
Régimen Subsidiado		\$ 2.812,83	\$ 3.035,67	7,92%	\$ 223	614
Sanción SNS	Cartera cobrable	\$ 46.346,48	\$ 59.181,53	27,69%	\$ 12.835	1.401
	Cartera difícil cobro	\$ 53.335,24	\$ 58.308,59	9,32%	\$ 4.973	382

Fuente	Cobrabilidad	Saldo capital dic 2024	Saldo capital dic 2025	Variación %	Variación \$	No. Obligaciones
Sanción SNS		\$ 99.681,72	\$ 117.490,12	17,87%	\$ 17.808	1.783
Sanción Tesoro	Cartera cobrable	\$ 364,56	\$ 431,47	18,35%	\$ 67	43
	Cartera difícil cobro	\$ 146,81	\$ 160,73	9,48%	\$ 14	11
Sanción Tesoro		\$ 511,37	\$ 592,21	15,81%	\$ 81	54
Tasa	Cartera cobrable	\$ 2.349,77	\$ 3.077,18	30,96%	\$ 727	4.730
	Cartera difícil cobro	\$ 1.963,12	\$ 923,75	-52,94%	-\$ 1.039	84
Tasa		\$ 4.312,89	\$ 4.000,93	-7,23%	-\$ 312	4.814
Total general		\$ 109.030	\$ 127.429	16,87%	\$ 18.399	9.247

Cifras en millones Pesos

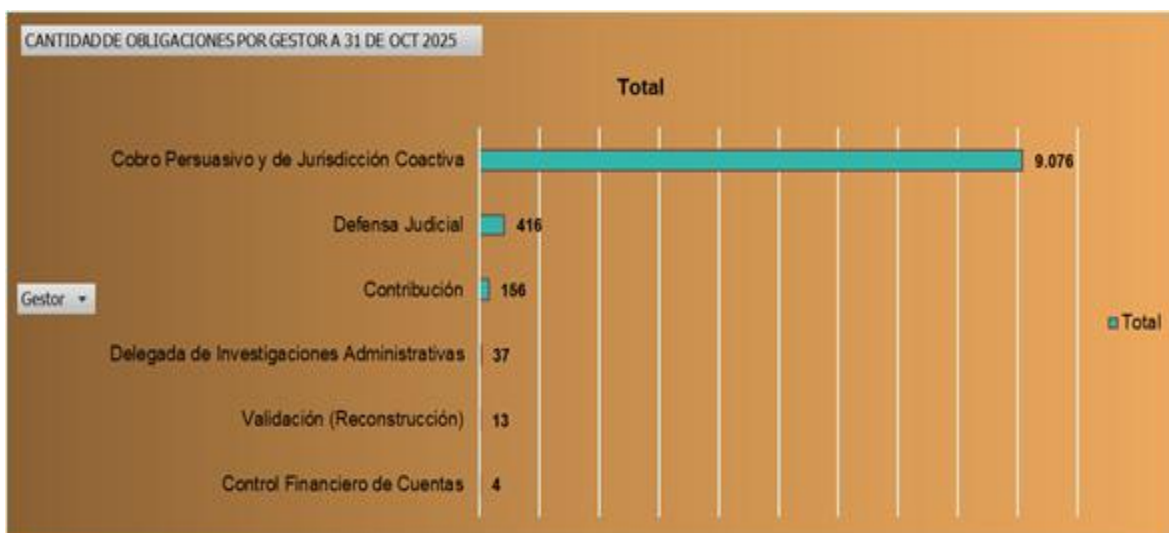
A diciembre de 2025, el deterioro de las cuentas por pagar aumento en un 16.87% (**\$18.399** millones de pesos) en comparación con diciembre de 2024.

Se aclara que las cifras presentadas corresponden al 23 de enero de 2026 y están sujetas a posibles ajustes. Actualmente nos encontramos en el proceso anual de cálculo del deterioro y en la actualización del estado de cobrabilidad de la cartera. Este procedimiento se realiza con el objetivo de garantizar la precisión de la información financiera y cumplir con el plazo de entrega establecido por el Grupo de Contabilidad, fijado para el 30 de enero de 2026.

Cuentas por Cobrar y Cuentas de Orden – Control por Gestor Responsable

A continuación, se muestra de forma general la cantidad de obligaciones a cargo de cada uno de los gestores a corte de 31 de diciembre de 2025, siendo el Grupo de Cobro Persuasivo y de Jurisdicción Coactiva la dependencia con más obligaciones.

Ilustración 64 Cantidad de obligaciones



Cuentas por cobrar

Las cuentas por cobrar al cierre del mes de diciembre de 2025 ascienden a \$230.854 millones de pesos con 9.247 acreencias, donde las áreas responsables de adelantar las acciones de cobranza presentan la siguiente concentración.

Tabla 218 Consolidado - Control de la cartera general por gestor

Cifras en millones de pesos

Gestor	Tipo Proceso	Cierre Dic 2024	Ctd	Cierre dic 2025	Ctd	Variación
Cobro Persuasivo y de Jurisdicción Coactiva	Contribución	\$ 3.551	1.405	\$ 6.869	1970	\$ 3.318
	Régimen Subsidiado	\$ 2.899	604	\$ 2.826	576	-\$ 73
	Sanción	\$ 143.157	1.578	\$ 164.917	1.558	\$ 21.760
	Tasa	\$ 5.856	4.973	\$ 4.219	4.782	-\$ 1.637
Total Cobro Persuasivo y de Jurisdicción Coactiva		\$ 155.463	8.560	\$ 178.831	8.886	\$ 23.368
Defensa Judicial	Contribución	\$ 1.525	5	\$ 1.537	7	\$ 12
	Régimen Subsidiado	\$ 426	35	\$ 476	38	\$ 50
	Sanción	\$ 50.264	274	\$ 49.075	270	-\$ 1.189
	Tasa	\$ 302	25	\$ 302	25	\$ 0
Total Defensa Judicial		\$ 52.517	339	\$ 51.390	340	-\$ 1.127
Delegada de Investigaciones Administrativas	Sanción	\$ 2.521	5	\$ 569	2	-\$ 1.952
Total Delegada de Investigaciones Administrativas		\$ 2.521	5	\$ 569	2	-\$ 1.952
Contribución	Contribución	\$ 64	11	\$ 1	4	-\$ 63
	Régimen Subsidiado	\$ 24	5	\$ 0	0	-\$ 24
	Tasa	\$ 229	6	\$ 0	0	-\$ 229
Total Contribución		\$ 317	22	\$ 1	4	-\$ 316
Control Financiero de Cuentas	Contribución	\$ 0	0	\$ 0	1	\$ 0
	Sanción	\$ 123	3	\$ 0	1	-\$ 123
	Tasa	\$ 1	4	\$ 0	0	-\$ 1
Total Control Financiero de Cuentas		\$ 124	7	\$ 0	2	-\$ 124
Validación (Reconstrucción)	Sanción	\$ 56	5	\$ 59	6	\$ 3
	Tasa	\$ 7	27	\$ 2	7	-\$ 5
Total Validación (Reconstrucción)		\$ 63	32	\$ 61	13	-\$ 2
Total general		\$ 211.005	8.965	\$ 230.852	9.247	\$ 19.847

Donde el Grupo de Cobro Persuasivo y de Jurisdicción Coactiva de la Dirección Financiera, tiene a su cargo el 77,46% de las cuentas por

cobrar, seguido del grupo de Defensa Judicial de la Oficina Jurídica con el 22,26%, siendo los gestores principales de la cartera aforada a favor de la SNS, respecto de las cuentas por cobrar a diciembre de 2024 la cantidad de obligaciones aumentaron en un 3,15%.

Cuentas de Orden

Las obligaciones que como resultado del “Estudio de Condiciones del Título” no permitan determinar que la obligación es clara, expresa y exigible o que la misma presenta un alto nivel de incertidumbre en su recuperación dada la condición de la entidad en el mercado, se clasifican como cuentas de orden.

El valor de las cuentas de orden asciende a \$50.130 millones de pesos con 262 obligaciones, con el siguiente detalle por área gestora:

Tabla 219 Cuentas de orden

Cifras en millones de pesos

GESTOR	Tipo Proceso	Cierre dic 2024	Ctd	Cierre dic 2025	Ctd	Variación
Defensa Judicial	Contribución	\$ 6.741	14	\$ 6.741	14	\$ 0
	Sanción	\$ 28.058	63	\$ 28.113	62	\$ 55
Total Defensa Judicial		\$ 34.799	77	\$ 34.854	76	\$ 55
Delegada de Investigaciones Administrativas	Sanción	\$ 8.659	21	\$ 12.560	33	\$ 3.901
Total Delegada de Investigaciones Administrativas		\$ 8.659	21	\$ 12.560	33	\$ 3.901
Contribución	Contribución	\$ 7.205	41	\$ 1.411	146	-\$ 5.794
	Sanción	\$ 879	8	\$ 0	0	-\$ 879
Total Contribución		\$ 8.084	49	\$ 1.411	146	-\$ 6.673
Cobro Persuasivo y de Jurisdicción Coactiva	Contribución	\$ 0	0	\$ 58	2	\$ 58
	Sanción	\$ 3.538	7	\$ 1.247	4	-\$ 2.291
	Tasa	\$ 0	0	\$ 0	1	\$ 0

GESTOR	Tipo Proceso	Cierre dic 2024	Ctd	Cierre dic 2025	Ctd	Variación
Total Cobro Persuasivo y de Jurisdicción Coactiva		\$ 3.538	7	\$ 1.305	7	-\$ 2.233
Total general		\$ 55.080	154	\$ 50.130	262	-\$ 4.950

Como se evidencia, es el Grupo de Defensa Judicial quien tiene la mayor cantidad de obligaciones con un 69,53% representado en 76 obligaciones, seguido del Grupo de la Delegada de Investigaciones Administrativas con el 25,05% con 35 obligaciones, respecto de las cuentas de orden a diciembre de 2024 la cantidad de obligaciones aumentaron en un 70,13%.

Informe de Validación de Estados de cuenta - Estrategia de conciliación 2025

Validación de Estados de Cuenta

La estrategia para el desarrollo de los procesos de conciliación se replantea para cada vigencia según el contexto y prioridades, razón por la cual se presenta, para lo corrido de la vigencia 2025, el planteamiento de las acciones para lograr la conciliación de pares.

Estrategia – validación de estados de cuentas - vigencia 2025

El equipo de Control Financiero de Cuentas desarrolla acciones de ejecución permanente, con el objetivo de llegar a la totalidad de deudores de la cartera aforada y las entidades públicas con operaciones recíprocas en común.

Las actividades adelantadas, se encuentran planteadas en el procedimiento de "VALIDACIÓN DE ESTADOS DE CUENTA" formalizado desde el sistema integrado de gestión de calidad,

Donde las actividades primarias son:

- Análisis y definición de segmentos de entidades a convocar al desarrollo de procesos de conciliación
- Convocatoria permanentemente, gestionada a través de la ejecución de ciclos de circularización masiva programados en cronogramas por hitos, estos se encuentran diferenciados entre: Deudores de la SNS por obligaciones aforadas y Entidades públicas con operaciones reciprocas en común.
- Atención del retorno de las convocatorias, en donde se resuelven las inquietudes y se concilian las diferencias con las entidades que responden.

Adicionalmente, se plantean las estrategias complementarias, orientadas principalmente a:

- Ampliar el alcance de los procesos de conciliación, haciendo uso estratégico de las sedes territoriales de la SNS, donde el acercamiento de las Entidades se facilita permitiendo el desarrollo de procesos de conciliación de pares.
- Gestionar las entidades críticas en razón de su concentración económica, ausencia de respuesta a las convocatorias o necesidad de depuración, con ello lograr impacto en la mayoría de los casos,

material, frente a lo esperado en desarrollo de los procesos de conciliación.

Georreferenciación: resultado del análisis de las variables que determinan la posibilidad de conciliación de las entidades y la ubicación de estas en el territorio y del mismo la sede de la Superintendencia Nacional de Salud a la que se convocan.

Concurrencia: Generada por la identificación de entidades de alta concentración, envejecimiento, ausencia de respuesta a las convocatorias de conciliación virtuales y necesidad de depuración, a las cuales se visita directamente para el desarrollo de conciliación de pares y levantamiento de acuerdos.

Dado que para la vigencia 2025 la Superintendencia Nacional de Salud enfrente una transición significativa generada por los resultados del concurso de mérito, se proyectó que las estrategias complementarias de conciliación (Georreferenciación y concurrencia) se desarrollarían en el último trimestre de la vigencia, estimando sería el momento de estabilidad de los equipos de trabajo.

De lo anterior, que se presentan los resultados de la estrategia de conciliación 2025

Definición del segmento priorizado para conciliación

Grupo I- Conciliación Tripartita – Operaciones Reciprocas

Contaduría General de la Nación

Considerando los lineamientos generados por la Contaduría General de la Nación CGN, al respecto del reporte de operaciones financieras generadas entre entidades públicas, en su informe “C05 Operaciones Reciprocas”, se avanzó en el análisis de los siguientes criterios;

- Inconsistencia en el reporte de registro contable
- Criterio contable y normatividad vigente
- Momento de devengo y causación

Como resultado, el segmento de entidades priorizadas para conciliación tripartita, las cuales han tenido agotamiento de acciones de convocatoria para la validación de operaciones financieras sin lograr respuesta.

Entidades priorizadas para conciliación tripartita

Tabla 220 Análisis definición de segmento – Estrategia de conciliación 2025

No.	CODIGO RECIPROCO	ENTIDAD
1	220276109	E.S.E. Hospital Luis Ablanque de la Plata - Buenaventura
2	127520000	E.S.E. Hospital Rosario Pumarejo de López
3	923270083	E.S.E. Hospital de Hatillo de Loba - Bolívar
4	212968229	Curití
5	217268872	Villanueva - Santander

No.	CODIGO RECIPROCO	ENTIDAD
6	220147053	E.S.E. Luisa Santiago Marquez Iguaran
7	923270978	E.S.E. Centro 1 - Piendamó
8	212585225	Nunchía
9	214968549	Pinchote
10	220123079	E.S.E. Camú de Buenavista
11	923272651	E.S.E. Hospital Departamental San Rafael de Risaralda - Caldas
12	124005000	E.S.E. Hospital Felipe Arbeláez - Alejandría
13	267308433	E.S.E. Hospital Local de Malambo
14	220108758	E.S.E. Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana - Soledad
15	220147258	E.S.E. Hospital San Pedro del Piñón
16	218623686	San Pelayo
17	214468444	Matanza
18	923272793	Entidad Administradora del Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - Unidad Gestión General
19	119191000	Departamento del Amazonas
20	923269149	E.P.S.I. Asociación Indígena del Cauca

Con base en los acuerdos de apoyo preestablecidos con la Contaduría General de la Nación, se escaló la solicitud de convocatoria de conciliación tripartita, Contaduría General de la Nación, SNS y Entidad

Sobre las Entidades no incluidas en esta priorización, se adelantan durante la vigencia procesos masivos de circularización, convocatoria al desarrollo de las siguientes actividades:

- Conciliación de pares, para la aclaración de las operaciones financieras
- Invitación a la validación de la información reportada por la SNS en la página WEB, frente a las operaciones reciprocas

Para las entidades que no atiendan la convocatoria de conciliación, se proyecta circularización de cierre de vigencia, en la cual se indican las

acciones adelantadas por la Superintendencia Nacional de Salud para lograr la conciliación de pares y los efectos, que, en razón del marco normativo, califican la actividad como de obligatorio cumplimiento, con la observancia de la Contaduría General de la Nación y las entidades de vigilancia y control.

Grupo II - Georreferenciación por asistencia a territorio

Partiendo del cierre de diciembre de 2024, cuentas por cobrar a favor de la SNS por \$195.255,37(millones de pesos) se valida la persistencia y condiciones de las obligaciones al cierre de agosto de 2025.

De lo anterior, se analizan y excluyen las condiciones que impiden la conciliación de pares, dejando únicamente el segmento que presentan saldos a favor de la SNS que no hace parte de los siguientes grupos:

- Obligación con saldo cero agosto de 2025
- Obligaciones conciliadas
- Personas naturales
- Demandadas - Ekogui
- Con acuerdo de pago
- Procesos concursales de liquidación, acuerdos de reestructuración, reorganización o administración (Ley 1116, Ley 1966 E.S.E, Ley 550).

Se determina la concentración material de las obligaciones sujetas de conciliación por territorio con base en la segmentación de las sedes de la Superintendencia Nacional de Salud;



Concentración por territorio:

Tabla 221 Concentración por territorio

Cifras en millones de pesos

ENTIDAD	CONCENTRACIÓN CAPITAL CxC	% PARTICIPACIÓN	CANTIDAD DE TERCEROS
Nivel central	\$29.114	28%	1.274
Regional caribe	\$16.913	17%	1.187
Regional occidental	\$17.368	17%	774
Regional norte	\$16.644	16%	1.084
Regional nororiental	\$8.972	9%	608
Regional andina	\$5.637	6%	777
Regional Orinoquia	\$3.547	3%	302
Regional sur	\$2.440	2%	313
Regional choco	\$1.501	1%	164
Validación RUES	\$337	0%	55
Total general	\$102.473	100%	6.538

Fuente: Análisis definición de segmento – Estrategia de conciliación 2025

Se identifican las sedes de mayor concentración y cantidad de terceros que no han sido intervenidas, para georreferenciación:

COANCURRENCIA ENTIDADES DE ALTA CONCENTRACIÓN	CIUDAD	FECHA CONVOCATORIA Y ASISTENCIA
REGIONAL BOGOTA	Bogotá	Diciembre 04-05 de 2025
REGIONAL OCCIDENTE	Cali	Noviembre 18 -20 de 2025
REGIONAL CARIBE	Santa Marta	Noviembre 12 -14 de 2025

Fuente: Análisis definición de segmento – Estrategia de conciliación 2025

Grupo II - Concurrencia entidades de alta concentración

Resultado de los análisis de segmentación, sumada la valoración de equipo de Cobro Persuasivo y Coactivo, al respecto de las condiciones específicas de este proceso, se determina priorizar las entidades públicas con diferencias recíprocas de mayor concentración.

Tabla 222 Análisis definición de segmento – Estrategia de conciliación 2025

Cifras en millones de pesos

NIT	TERCERO	CIUDAD	CONCENTRACIÓN	FECHA
899999302	MUNICIPIO DE LETICIA	Leticia	\$47	Noviembre 26 al 28 de 2025
899999336	GOBERNACION DE AMAZONAS	Leticia	\$2.955	
837000084	IPS INDÍGENA MALLAMÁS	Ibagué	\$2.819	Noviembre 26 al 28 de 2025
809008362	PIJAOS SALUD EPSI	Ibagué	\$452	
800098911	MUNICIPIO DE VALLEDUPAR	Valledupar	\$310	Noviembre 26 al 28 de 2025
824001398	ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL CESAR Y GUAJIRA "DUSAKAWI A.R.S.I."	Valledupar	\$1.314	
828001636	FUNDACION PARA EL DESARROLLO SOCIAL EN SALUD, EDUCACION Y VIVIENDA	Florencia	\$17	Noviembre 26 al 28 de 2025
800091594	DEPARTAMENTO DEL CAQUETA	Florencia	\$1.285	
892099305	MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO	Puerto Carreño	\$6	Noviembre 12 al 14 de 2025
800094067	GOBERNACION DE VICHADA	Puerto Carreño	\$756	

Fuente: Análisis definición de segmento – Estrategia de conciliación 2025

Frente a las entidades privadas informa la necesidad de iniciar estudios detallados de permanencia de las entidades en el mercado para determinar las posibilidades de conciliación de pares, los cuales adelantara gradualmente y según la materialidad de las mismas.

Cronograma por hitos – Actividad recurrente de convocatoria a conciliación

Ciclos de circularización - Convocatoria conciliación de pares

De manera complementaria y con base en la programación del cronograma por hitos (Entidades públicas y privadas) se adelantan durante la vigencia acciones masivas orientadas a lograr la conciliación de pares, basadas en los procesos de convocatoria a la validación de las cuentas por cobrar, gestionados por circularización.

- Con las entidades públicas, nos alineamos con los ciclos trimestrales de reporte de información definidos por la Contaduría General de la Nación.
- Para las entidades privadas se gestiona semestralmente el proceso de convocatoria

Tabla 223. Consolidado de ciclos de circularización, convocatoria a la conciliación de cartera y operaciones recíprocas

OBJETIVO	CICLO DE CIRCULARIZACIÓN	META DE CIRCULARIZACIÓN	NO EFECTIVOS	CIRCULARIZADOS EFECTIVOS
Entidades Públicas	Circularización Operaciones Recíprocas Ciclo I Trimestre	896		896
	Circularización Operaciones Recíprocas Ciclo II Trimestre	1324		1324
	Circularización Operaciones Recíprocas Ciclo III Trimestre	2043		2043
Entidades Privadas	Privadas - Primer Semestre	2536	240	2536
Entidades Públicas y Privadas	Cierre de ciclos de conciliación de la vigencia 2025	3488	277	3211
Total general		10287	517	9770

Fuente: Fuente: Control ciclos de circularización – Públicas y Privadas 2025

Se explica en el cuadro resumen, el total de comunicaciones enviadas por ciclo, para Entidades públicas y privadas, convocando al desarrollo de procesos de conciliación; validación de estados de cuentas y operaciones recíprocas y si fue efectivo el envío.

Para mantener el nivel de conciliación de las operaciones recíprocas, adicionalmente se publica trimestralmente el reporte general por la Superintendencia Nacional de Salud y dentro de la comunicación se orienta a la validación, para los casos que presentan inquietudes a conciliar, se habilitan todos los canales disponibles para lograr en el periodo, atender la consulta de información.

Informe de fichas llevadas a Comité de Sostenibilidad Contable y de Cartera en la vigencia 2025

Mediante resolución No. 2025920060004129-6 del 30 de mayo de 2025 el Comité de Cartera declara la siguiente cartera de imposible recaudo y ordena la depuración y castigo:

Tabla 224 Informe de fichas Comité Sostenibilidad Contable y de Cartera

Cifras en millones de pesos

Fuente	Cantidad	Causal	Saldo capital
Sanción SNS	55	Inexistencia probada del deudor o su insolvencia demostrada, que impida ejercer a continuar ejerciendo los derechos de cobro	\$8.996,41
Tasa	13	Inexistencia probada del deudor o su insolvencia demostrada, que impida ejercer a continuar ejerciendo los derechos de cobro	\$1.011,70
Contribución	2	Inexistencia probada del deudor o su insolvencia demostrada, que impida ejercer a continuar ejerciendo los derechos de cobro	\$0,42
Tasa	1	Pérdida de ejecutoriedad del acto administrativo que le dio origen	\$9,31
Régimen Subsidiado	5	Pérdida de ejecutoriedad del acto administrativo que le dio origen	\$19,52
Contribución	300	Cuando la relación costo-beneficio al realizar su cobro no resulte eficiente	\$22,66
Régimen Subsidiado	17	Cuando la relación costo-beneficio al realizar su cobro no resulte eficiente	\$1,65
Sanción SNS	26	Cuando la relación costo-beneficio al realizar su cobro no resulte eficiente	\$7,00
Sanción Tesoro	2	Cuando la relación costo-beneficio al realizar su cobro no resulte eficiente	\$1,16
Tasa	37	Cuando la relación costo-beneficio al realizar su cobro no resulte eficiente	\$3,86
Total			\$10.073,68

Fuente: Dirección Financiera

Mediante resolución No. 2025920030007490-6 de 2025 del 03 de septiembre de 2025 el Comité Técnico de Sostenibilidad Contable ordena la depuración contable de las siguientes obligaciones:

Tabla 225 Depuración contable

Cifras en millones de pesos

Fuente	Cantidad	Causal	Saldo capital
Sanción SNS	1	Valores que afecten la situación patrimonial y no representen derechos o bienes para la entidad	0,02
Sanción SNS	1	Derechos que no es posible hacer efectivo mediante la jurisdicción coactiva	6,44
Tasa	23	Derechos que no es posible hacer efectivo mediante la jurisdicción coactiva	6,63
Contribución	4	Derechos e ingresos reconocidos, sobre los cuales no existe posibilidad de flujo hacia la entidad. Valores que afecten la situación patrimonial y no representen derechos o bienes para la entidad	120,22
Contribución	6	Derechos que no es posible hacer efectivo mediante la jurisdicción coactiva	2,14
Total			\$135,46

Mediante resolución No. 2025920030009947-6 de 2025 del 20 de octubre de 2025 el Comité Técnico de Sostenibilidad Contable ordena la depuración contable de las siguientes obligaciones

Tabla 226 Depuración contable resolución No. 2025920030009947-6 de 2025

Cifras en millones de pesos

Fuente	Cantidad	Causal	Saldo capital
Contribución	1	Derechos e ingresos reconocidos, sobre los cuales no existe posibilidad de flujo hacia la entidad. Valores que afecten la situación patrimonial y no representen derechos o bienes para la entidad	\$ 206,48
Sanción SNS	1	Derechos e ingresos reconocidos, sobre los cuales no existe posibilidad de flujo hacia la entidad.	\$ 6,16

Fuente	Cantidad	Causal	Saldo capital
		Valores que afecten la situación patrimonial y no representen derechos o bienes para la entidad	
Sanción SNS	1	Valores que afecten la situación patrimonial y no representen derechos o bienes para la entidad	\$ 113,34
Tasa	1	Derechos que no es posible hacer efectivo mediante la jurisdicción coactiva.	\$ 2,79
		Derechos e ingresos reconocidos, sobre los cuales no existe posibilidad de flujo hacia la entidad	
Sanción SNS	4	Derechos que no es posible hacer efectivo mediante la jurisdicción coactiva.	\$ 569,83
		Derechos e ingresos reconocidos, sobre los cuales no existe posibilidad de flujo hacia la entidad	
Total			\$898,60

Informe recaudos por clasificar

La cuenta contable 240720001 al cierre de la vigencia 2024 registró un saldo total de \$352 millones de pesos de los cuales \$229 millones corresponden a ingresos de fuentes aforadas que se encuentran en Gestión por el Grupo de Control Financiero de Cuentas, \$108 millones de pesos a otros ingresos y \$15 millones de peso a la pagadora, transacciones que se gestionan por otros grupos de trabajo de la Superintendencia Nacional de Salud.

La cuenta contable 240720001 registró un saldo de \$229 millones de pesos correspondiente a recaudos pendientes de legalización. Este monto representaba partidas diversas que requerían análisis individual para su correcta clasificación contable y documental.

Tabla 227 Informe de recaudo

Cifras en millones de pesos

FUENTE	VIGENCIA DEL RECAUDO	CANTIDAD RECAUDOS X CLASIFICAR	VALOR DIC 2024
Contribución	2023	2	0,03
	2024	2	1,4
	Total Contribución	4	1,4
Sanciones	2018	3	22,7
	2020	5	0,5
	2021	1	0,1
	2023	2	0,1
	2024	7	180,4
	Total Sanciones	18	203,8
Tasa	2018	4	3,0
	2019	3	7,8
	2020	7	10,5
	2021	4	1,2
	2024	4	1,4
	Total Tasa	22	23,9
Total general		44	229

Durante el transcurso del año 2025, se adelantó la gestión a las 44 partidas por valor de \$229 millones de pesos mediante diferentes procedimientos contables y administrativos conforme a las políticas internas y normativas vigentes.

Tabla 228 Gestión procedimientos contables y administrativos

Cifras en millones de pesos

FUENTE	VIGENCIA DEL RECAUDO	CANTIDAD RECAUDOS X CLASIFICAR	VALOR DIC 2024
Contribución	2024	4	1,4
	Total Contribución	4	1,4
Sanciones	2018	3	22,6
	2020	5	0,5
	2021	2	0,1
	2024	7	180,3
	Total Sanciones	17	203,5
Tasa	2018	4	3,0
	2019	3	7,8
	2020	7	10,5
	2021	4	1,2
	2024	4	1,4
	Total Tasa	21	23,7
Total general		39	228,14

La gestión realizada en el análisis para la depuración y legalización de las 44 partidas por \$229 millones de pesos al cierre del 2024 en la vigencia 2025 en la cuenta contable 240720001, representó un avance del 100% en la gestión financiera de la Superintendencia Nacional de Salud.

Tabla 229 Análisis depuración y legalización

Fuente	Vigencia recaudo	Cantidad de recaudos por clasificar	Valor dic 2024	Cantidad	Valor No. 2025	Variación cantidad	Variación valor	Var. %
Contribución	2023	2	0,03	0	0,00	-2	- 0,03	-
	2024	2	1,37	0	0,00	-2	- 1,37	-
	Total, Contribución	4	1,40	0	0,00	-4	- 1,40	-
								100%

Fuente	Vigencia recaudo	Cantidad de recaudos por clasificar	Valor dic 2024	Cantidad	Valor No. 2025	Variación cantidad	Variación valor	Var. %
Sanciones	2018	3	22,68	0	0,00	-3	- 22,68	- 100%
	2020	5	0,46	0	0,00	-5	- 0,46	- 100%
	2021	1	0,13	1	0,13	0	-	0%
	2023	2	0,00	0	0,00	-2	- 0,00	- 100%
	2024	7	180,40	0	0,00	-7	- 180,40	- 100%
	Total, Sanciones	18	203,67	1	0,13	-17	- 203,54	- 100%
Tasa	2018	4	2,99	0	0,00	-4	- 2,99	- 100%
	2019	3	7,82	0	0,00	-3	- 7,82	- 100%
	2020	7	10,50	0	0,00	-7	- 10,50	- 100%
	2021	4	1,17	2	0,23	-2	- 0,94	-81%
	2024	4	1,42	2	0,46	-2	- 0,96	-68%
	Total, Tasa	22	23,90	4	0,69	-18	- 23,21	-97%
Total, general		44	228,97	5	0,82	-39	- 228,15	- 100%

La gestión refleja la reducción en la cuenta 240720001 por la aplicación de tareas como la depuración por políticas contables, bajo el criterio de partidas menores a 1 UVT en 6 partidas por valor de \$0,083; también por el traslado a otros ingresos de 1 partida que correspondía al pago de incapacidades por \$1,38; la devolución del dinero solicitado por el tercero en 1 partida por valor de \$3,68: la legalización del recaudo en formato GFFT34 en 5 partidas por valor de \$196,20; la constitución de acreencias a favor de los vigilados en 8 partidas por valor de \$3,12; la aceptación del Comité Técnico de Sostenibilidad Contable bajo el criterio de partidas mayores a 5 años en 19 partidas por valor de \$23,66.

5.1.3. Dirección Administrativa

La Dirección Administrativa tiene como propósito planear, organizar y ejecutar, dar lineamientos y realizar seguimiento y control a las actividades administrativas institucionales. En ese sentido, en la vigencia 2025, lideró los procesos de apoyo logístico, gestión documental, correspondencia, notificaciones, administración de bienes y servicios, mantenimiento de infraestructura, aseo, vigilancia, transporte y gestión ambiental, alcanzando de manera integral los objetivos propuestos en el Plan Anual de Gestión.

Durante el periodo, se fortaleció el Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos, mediante la actualización de los instrumentos archivísticos institucionales y la implementación del Programa de Gestión Documental y del Plan Institucional de Archivos, en cumplimiento de los lineamientos del Archivo General de la Nación Asimismo, se avanzó en la interoperabilidad de los sistemas tecnológicos y en la consolidación del Sistema Integrado de Conservación, garantizando la trazabilidad y disponibilidad de la información institucional.

La Dirección y el Grupo de Gestión Documental logró la sustentación satisfactoria de la formulación del proyecto de inversión 2026 – 2030 “Fortalecimiento en el desarrollo de la política de gestión documental que aporte a la eficiencia administrativa y misional de la Supersalud en el SGSSS”, orientado al fortalecimiento de la administración documental. Igualmente se evidenció un manejo adecuado de los recursos y el

cumplimiento de los cronogramas de ejecución del Proyecto 2025 “Fortalecimiento de la Administración de la Gestión Documental en la Supersalud Nacional”. De igual manera, se aseguraron condiciones óptimas de custodia y conservación de los archivos institucionales, mediante la operación del archivo central y la implementación de mejoras en infraestructura y procesos de almacenamiento.

Se dio cumplimiento a los planes de mejoramiento derivados de auditorías, priorizando la mitigación de riesgos asociados a la pérdida documental, el fortalecimiento del control contractual y la planeación de adquisiciones. La mayoría de los hallazgos fueron atendidos o se encuentran en fase de verificación final, reflejando el compromiso de la Dirección con la calidad, la eficiencia administrativa y la mejora continua.

El Grupo de Gestión Documental consolidó los instrumentos archivísticos institucionales y promovió una cultura archivística sólida, orientada a la conservación y uso responsable de la información. Se avanzó en la modernización tecnológica del proceso documental, con la incorporación de herramientas de automatización y el diseño de una base de datos interoperable para la gestión integral de los inventarios documentales.

La gestión Archivística y Documental durante la vigencia 2025, se orientó a fortalecer la organización, conservación y acceso a los archivos, aplicando procesos y técnicas administrativas para manejar la información desde su creación hasta su destino final, optimizando su uso

y preservación a lo largo de su ciclo de vida, contribuyendo a la administración de los documentos (físicos y digitales) y garantizando su valor probatorio, histórico y administrativo, en cumplimiento a las normativas definidas. Entre las actividades realizadas, se encuentran:

Fortalecimiento de capacidades en organización documental y gestión de archivos

Con el propósito de promover prácticas archivísticas estandarizadas en las dependencias y fortalecer las competencias de los responsables documentales, el Grupo de Gestión Documental desarrolló aproximadamente 72 sesiones de transferencia de conocimiento, en modalidad virtual y presencial.

Estas actividades contaron con la asistencia estimada de 384 referentes documentales y funcionarios, abordando contenidos técnicos como:

1. Procesos de organización documental conforme a la aplicación de las Tablas de Retención Documental (TRD) en sus versiones 1, 2, 3, 4 y 5 (esta última en proceso de convalidación ante el AGN).
2. Identificación de series y subseries documentales objeto de Transferencia Documental Primaria.
3. Aplicación de criterios técnicos archivísticos de clasificación, ordenación y descripción.

4. Lineamientos para la administración y control de los archivos de gestión.
5. Acompañamiento al diligenciamiento y migración de inventarios documentales en la plataforma SharePoint.
6. Diligenciamiento de hojas de control de expedientes.
7. Seguimiento a la aplicación del control de préstamos documentales, garantizando trazabilidad y recuperación oportuna.

Ejecución de Transferencias Documentales Primarias

Durante la vigencia se ejecutaron 7 Transferencias Documentales Primarias, que dieron lugar a la entrega formal de 366 cajas debidamente organizadas, foliadas y descritas según los lineamientos archivísticos establecidos.

El material transferido fue recibido y puesto bajo custodia del Archivo Central, cumpliendo con los criterios institucionales de integridad, trazabilidad, conservación y disponibilidad.

Proceso de convalidación de la Tabla de Retención Documental de la Superintendencia Nacional de Salud

En cumplimiento de la Ley General de Archivos – Ley 594 de 2000, Artículo 24. Obligatoriedad de las tablas de retención y al Acuerdo 001 de

2024 del Consejo Directivo del Archivo General de la Nación, la Superintendencia Nacional de Salud, remitió la actualización de las Tablas de Retención Documental versión 5 y sus respectivos anexos, para convalidación por pare del Comité Evaluador de Documentos del Archivo General de la Nación.

Avance en la adecuada gestión de los documentos electrónicos de archivo.

En una primera fase, se diseñó un esquema de metadatos mínimos requeridos, con el fin de facilitar la gestión integral de los documentos electrónicos de archivo dentro del gestor documental, para aportar a la transparencia, continuidad operativa, memoria institucional, seguridad jurídica, asegurando la autenticidad, integridad, disponibilidad, fiabilidad e interoperabilidad de la información a lo largo de su ciclo de vida.

Su propósito es definir los metadatos mínimos requeridos, sus características, criterios de obligatoriedad, estructura y reglas de aplicación, atendiendo las disposiciones contenidas en el Acuerdo 01 de 2024 del Archivo General de la Nación, la NTC 4095, las normas ISO 15489 e ISO 23081, así como estándares internacionales como Dublin Core y PREMIS.

Con ello, la Entidad fortalece la cadena digital de custodia, facilita la interoperabilidad con sistemas institucionales y gubernamentales,

promueve la preservación digital a largo plazo y asegura que los documentos electrónicos soporten adecuadamente la función misional, administrativa y de control institucional. Este esquema se concibe como un instrumento dinámico, sujeto a mejora continua, que responde a las necesidades tecnológicas, funcionales y normativas de la SNS y que aporta a la consolidación de un ecosistema documental moderno, confiable y orientado al servicio ciudadano.

5. Lineamientos generales para la conservación y preservación de la información contenida en los documentos físicos y electrónicos de archivo.

Se continúa progresando en la estructuración del Plan de Preservación Digital a Largo Plazo, instrumento que permitirá aplicar políticas, estrategias y tecnologías para la conservación y preservación de documentos físicos y electrónicos de archivo, orientadas a garantizar la accesibilidad, integridad y autenticidad de la información digital a través del tiempo, asegurando su interpretabilidad, fiabilidad y disponibilidad para el futuro, más allá de la vida útil de la tecnología original, conservando el patrimonio documental digital y la memoria de la Entidad.

6. Proyectos de Despliegue del producto Archivos Históricos, Despliegue Memoria Institucional y Despliegue Redes culturales, comprendidos en el componente CULTURAL, del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA)

El Grupo de Gestión Documental elaboró los proyectos de despliegue de los productos Memoria institucional, Archivos Históricos y Redes Culturales pertenecientes al componente cultural del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA). En cumplimiento del requerimiento planteado en el instrumento, cada uno de los documentos proyecta una primera fase consistente en la propuesta teórica y metodológica para el desarrollo de cada una de las actividades, ajustadas al alcance y metas del Grupo de Gestión Documental de la Superintendencia Nacional de Salud. Una vez verificado y aprobado cada uno de los proyectos, se procederá a la segunda fase, consistente en el desarrollo e implementación de los productos y actividades concertadas.

7. Homogenización y estandarización de los inventarios documentales del archivo central.

Para resolver la ausencia, dispersión e inconsistencia de inventarios del Archivo Central, se ejecutó el proceso de estandarización y homogenización, realizando el levantamiento exhaustivo en repositorios y entregables; revisión, clasificación y depuración de FUID (versiones y duplicados); definición de estructura única acorde con los instrumentos

archivísticos vigentes y criterios del Archivo General de la Nación - AGN; aplicación de tres pruebas piloto para el modelo metodológico con diagramas de flujo; identificación del periodo archivístico y TRD/TVD aplicables; y contrastación física para denominación, depuración y convalidación de datos.

Como resultado, se homogenizaron y estandarizaron los inventarios, se consolidó una base de datos unificada y actualizable, y se efectuó la migración al Formato Único de Inventarios - FUID (DIFT26) con procesos ETL (Extraer, Transformar y Cargar) para su incorporación en el SGDE Super Argo. Esto habilita un inventario único y confiable como fuente de verdad, mejora la trazabilidad, consulta y recuperación, corrige inconsistencias históricas y deja lineamientos de sostenibilidad (actualización periódica y prevención de inventarios paralelos), preparando el Archivo Central para transferencias secundarias, digitalización con fines archivísticos y expedientes híbridos.

- Proceso de Préstamos documentales.

Durante la vigencia 2025, el Archivo Central de la Superintendencia Nacional de Salud atendió las solicitudes de préstamo de expedientes formuladas por las distintas dependencias de la Entidad, con el fin de apoyar los procesos de gestión, consulta, trámite, control y seguimiento de la información requerida para el desarrollo de las funciones misionales y administrativas.

Como resultado de esta gestión, se tramitaron 1.919 expedientes en calidad de préstamo, de los cuales 1.699 correspondieron a expedientes en formato digital y 214 a expedientes en formato físico como se registra a continuación:

Tabla 230Expedientes

MES	Total	DIGITAL	FISICO
Enero	33	31	2
Febrero	166	162	4
Marzo	66	57	9
Abril	275	274	1
Mayo	513	487	26
Junio	119	104	15
Julio	59	55	4
Agosto	77	76	0
Septiembre	252	240	8
Octubre	103	61	42
Noviembre	95	63	31
Diciembre	161	89	72
Total general	1919	1699	214

Funcionalidades y Componentes del Sistema de Gestión Documental Superargo.

Durante la vigencia 2025, el equipo de desarrollo, pruebas y capacitación del Gestor Documental SuperArgo adelantó ajustes y mejoras que fortalecieron de manera significativa el sistema.

Entre los principales logros se destacan: el diseño e implementación del módulo de envíos electrónicos, la actualización de reglas de seguridad para radicados y expedientes, mejoras en los formularios de radicación (validaciones de campos obligatorios, dominios de correos electrónicos y longitud de caracteres), la incorporación de reglas para finalización de documentos y manejo de borradores y anexos, la implementación del índice electrónico, la administración avanzada de expedientes electrónicos, la optimización del panel de control, la radicación automática de correos electrónicos del Grupo de Tutelas, la consulta de paz y salvo de usuarios, y el seguimiento de trámites vencidos. Adicionalmente, se desarrollaron jornadas de inducción, transferencias de conocimiento a funcionarios de toda la entidad y acompañamientos personalizados para fortalecer la conformación y gestión de expedientes electrónicos. En paralelo, el sistema PQRD y su formulario web fueron objeto de importantes optimizaciones, incluyendo la creación de campos especializados para reclamos de salud, la implementación de un mecanismo de envío alternado de correos electrónicos, la migración del sistema captcha a una solución de código abierto (Altcha), la automatización de la sincronización de prestadores de salud y la implementación de una base de datos materializada con actualización mensual, finalmente a nivel de servidores se continuo con el plan de actualización de los servidores de base datos, su réplica y el servidor de aplicaciones PQRD actualizando los sistemas operativos, parches y adicionando el antivirus ofrecido por la entidad, así como ampliar sus recursos en hardware para aumentar disponibilidad y latencia. Estas

acciones consolidaron un sistema más estable, seguro y confiable para la gestión documental institucional.

El **Grupo de Recursos Físicos** desarrolló una gestión integral orientada a garantizar la adecuada administración, mantenimiento y control de los bienes, servicios e infraestructura de la Superintendencia Nacional de Salud. Su labor abarcó la coordinación de procesos relacionados con adquisiciones, mantenimiento, transporte, vigilancia, aseo, cafetería y demás servicios generales requeridos para el funcionamiento eficiente de la entidad. De igual forma, lideró la administración de los inmuebles institucionales, asegurando condiciones adecuadas para el desarrollo de las actividades misionales, así como la preservación y control de los bienes de consumo y devolutivos.

En este marco, realizó el proceso de actualización de inventarios, el cual incluyó actividades de planeación, sensibilización del personal y la implementación de ajustes técnicos en el aplicativo institucional que soporta la gestión de bienes.

También ejecutó las acciones asociadas al programa de pólizas, al manejo de caja menor y al mantenimiento preventivo y correctivo de los vehículos oficiales.

Se mantuvo el funcionamiento óptimo de todas sus sedes regionales y de la sede central, garantizando la atención continua a los usuarios y el cumplimiento de las funciones misionales.

Se adelantó la gestión para el traslado de la Regional Orinoquía, de Yopal a Villavicencio, en atención a las necesidades estratégicas de la entidad y conforme con las disposiciones administrativas vigentes.

Las regionales ubicadas en Medellín, Cali, Pasto, Barranquilla, San Andrés, Bucaramanga, Neiva, Quibdó, Riohacha, Villavicencio y Bogotá operaron con normalidad, brindando condiciones adecuadas de infraestructura, mobiliario y servicios.

Como parte de las actividades del Sistema de Gestión Ambiental -SGA, en el marco del proyecto de inversión C-1999-0300-15: Fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión en la provisión de los servicios de la Supersalud a sus grupos de valor dentro del SGSSS, se continuó la implementación y se mantuvo el SGA conforme a la norma ISO 14001:2015: Requiere recursos, formación, seguimiento y mejora continua.

En conjunto, la gestión de infraestructura, bienes y servicios garantizó condiciones adecuadas de operación para todas las dependencias de la Superintendencia, fortaleciendo la sostenibilidad institucional, la eficiencia administrativa y la calidad en la atención a los usuarios.

El Grupo de Correspondencia dio trámite a: 575.267 comunicaciones de entrada radicadas en el gestor de correspondencia Superargo, con un porcentaje del 97.05% (558.296) de las comunicaciones recibidas por canales electrónicos, dichas comunicaciones fueron asignadas con un porcentaje de calidad de más del 98% y con una calidad de digitalización de 99%, lo anterior, registrado según los registros de los indicadores.

Igualmente, se gestionó el envío de 391.639 Comunicaciones de salida enviadas a través de los diferentes canales tanto físicos como virtuales con una distribución de 390.751 – 99.7% por canales de correo electrónico, incluyendo los servicios de correo electrónico certificado y 888 – 0.3% por canales físicos. Logrando así efectividad en el cumplimiento de las normativas tendientes a la racionalización de recursos y uso de tecnologías de información y comunicación que promueven la eficacia y eficiencia de los procesos de la Superintendencia Nacional de Salud.

El Grupo de Gestión de Notificaciones y Comunicaciones gestionó en el año 2025 11.870 actos administrativos, dando cumplimiento al principio de publicidad de las actuaciones administrativas mediante la notificación, comunicación y publicación de actos administrativos expedidos por las dependencias de la Superintendencia Nacional de Salud, a excepción de la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación y, la Oficina de Control Disciplinario Interno.

Para el año 2026 se espera la estructuración del piloto de digitalización de actos administrativos que permita identificar la información de los documentos escaneados y de esta manera constituir bases de datos de los actos administrativos expedidas por la Entidad antes de julio de 2021; de esta manera, se pondrá a disposición de la Entidad mediante el Gestor Electrónico Documental, los actos administrativos que en cualquier momento requieren ser consultados o son solicitados por la ciudadanía o los organismos de control.

5.1.4. Dirección de Contratación

La Dirección de Contratación tiene como propósito principal dirigir y desarrollar los procesos de contratación que se adelantan para el funcionamiento y desarrollo de actividades, proyectos y programas propios de la Superintendencia Nacional de Salud, en sus etapas precontractual, contractual y poscontractual. Así mismo, la Dirección de Contratación atiende las necesidades de gestión contractual y poscontractual de todas las dependencias de la Superintendencia Nacional de Salud.

Es así que la Dirección de Contratación en la vigencia 2025, consolidó la planeación, ejecución y seguimiento del Plan Anual de Adquisiciones (PAA), garantizando la trazabilidad de los procesos y la adecuada programación de las necesidades institucionales.

Para la vigencia 2025, la Secretaría General y la Dirección de Contratación emitieron las circulares que orientaron la programación inicial del PAA y definieron los lineamientos técnicos y cronogramas de publicación. La primera versión del plan se publicó en enero de 2025, luego de un proceso de revisión y ajuste interinstitucional que garantizó la alineación entre las necesidades de las áreas y los recursos disponibles.

A lo largo del año se realizaron múltiples actualizaciones del PAA en SECOP II, derivadas de ajustes técnicos, observaciones jurídicas y modificaciones presupuestales presentadas por las dependencias. Dichas acciones evidencian un seguimiento riguroso al cronograma institucional y una gestión dinámica orientada a la mejora continua del proceso contractual.

El seguimiento al estado de la contratación permitió identificar un avance sostenido en la ejecución del plan, reflejado en la gestión oportuna de las líneas radicadas, la atención de los requerimientos internos y la optimización de los tiempos de trámite. La Dirección de Contratación mantuvo una comunicación permanente con las dependencias, garantizando el cumplimiento de los cronogramas y la correcta planeación de los procesos.

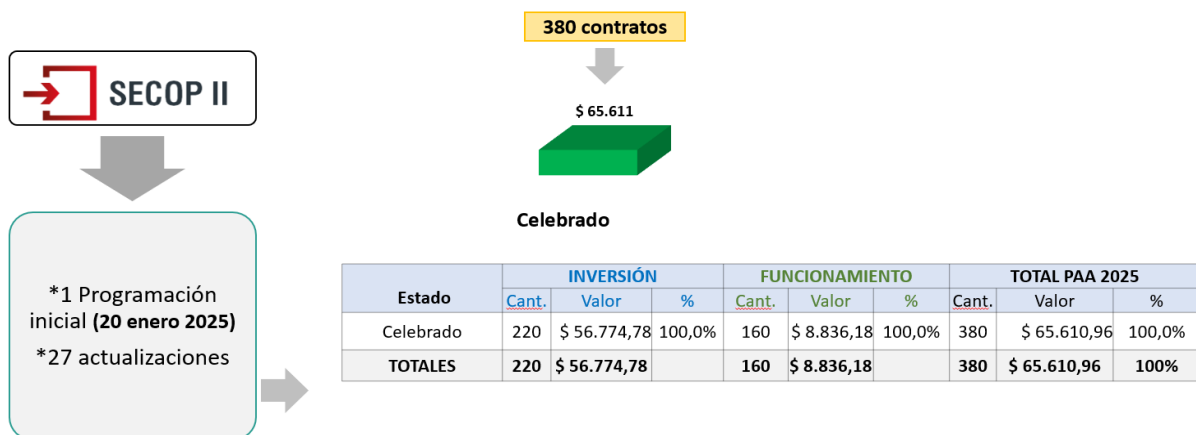
Durante toda la vigencia 2025, se evidenció una dinámica constante en la suscripción de contratos, con un comportamiento mensual coherente con las metas de programación y las necesidades institucionales.

En conjunto, la gestión del Plan Anual de Adquisiciones reafirmó el compromiso institucional con la eficiencia, la transparencia y la buena administración de los recursos públicos, contribuyendo de manera significativa al fortalecimiento de la planeación contractual y a la optimización de los procesos de compra y contratación de la Superintendencia Nacional de Salud.

A corte 31 diciembre de 2025, como consecuencia de las actualizaciones solicitadas por la dependencia, se ejecutó una programación de 380 líneas, se ejecutaron todas las líneas radicadas por las dependencias, de igual manera se hizo una programación inicial del Plan Anual de Adquisiciones y 27 actualizaciones en plataforma SECOP II.A continuación, se presenta de manera gráfica la programación del PAA 2025

Ilustración 65 PAA programado 2025

Plan Anual de Adquisiciones - TOTAL PROGRAMADO 2025



Fuente: Dirección de Contratación

6. Descripción de la Gestión de Evaluación y Control

6.1. Oficina de Control Interno

La evaluación de la gestión institucional tiene como propósito proporcionar información que contribuya al fortalecimiento de los procesos, métodos y estrategias organizacionales, mediante análisis orientados a identificar el grado de eficiencia y efectividad con que las acciones institucionales impactan la misionalidad de la Superintendencia.

En el marco de los cometidos institucionales de la Superintendencia Nacional de Salud, como entidad responsable de proteger los derechos en salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la función de Control Interno desempeña un papel esencial, a través de actividades de control planificadas, ejecutadas y validadas de manera independiente, identificar oportunidades de mejora que, al convertirse en hallazgos u observaciones, aportan al fortalecimiento continuo de la gestión institucional y en general del sistema de control interno.

La evaluación independiente en la Superintendencia Nacional de Salud es liderada por la Oficina de Control Interno, dependencia que ejerce sus funciones conforme a la Ley 87 de 1993, *“Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones”*; el Decreto 1080 de 2021, *“Por medio del cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud”*; y el Decreto 648 de 2017, *“Por el cual se modifica y adiciona*

el Decreto 1083 de 2015, *Reglamentario Único del Sector de la Función Pública*”, además de las normas internas que los desarrollan. En este contexto, la Oficina adelanta auditorías, seguimientos a la gestión institucional, actividades de acompañamiento y asesoría, al igual que acciones de articulación con los entes y organismos de control, con el fin de promover una administración pública transparente, eficiente y orientada a la mejora continua.

De acuerdo con la programación establecida en el Plan Anual de Auditorías y Seguimientos de Ley a la Gestión Institucional para la vigencia 2024, la Oficina de Control Interno ejecutó un total de cincuenta y seis (56) actividades, distribuidas en siete (7) auditorías de gestión y cuarenta y nueve (49) seguimientos. Adicionalmente, desarrolló actividades relacionadas con el “*Relacionamiento con entes externos*”, las “*Campañas de concientización a funcionarios*”, la participación en el “*Comité Institucional de Coordinación de Control Interno*”, entre otras acciones orientadas al fortalecimiento del sistema de control interno de la entidad.

A corte octubre de la vigencia 2025, y de acuerdo con la programación establecida en el Plan Anual de Auditorías y Seguimientos de Ley a la Gestión Institucional, la Oficina de Control Interno, ha ejecutado un total de treinta y ocho (60) actividades, distribuidas en tres (6) auditorías, y treinta y cinco (54) seguimientos.

Comité Institucional de Coordinación de Control Interno – CICCI

El presente aparte es un resumen ejecutivo de los temas tratados, decisiones adoptadas, modificaciones al Plan Anual de Auditorías y Seguimientos (PAAS), gestión de riesgos, seguimiento a auditorías y demás asuntos relevantes abordados por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) durante el período comprendido entre noviembre de 2024 y octubre de 2025.

En lo relacionado con las modificaciones al PAAS, se abordaron temas como la suspensión temporal de auditorías a los procesos de Gobierno y Gestión de Datos e Información y Gestión Estratégica de Personas, la priorización de auditorías a los procesos de Control y Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor, y la inclusión, de auditoría al proceso de Gestión de Bienes y Servicios. Modificaciones que fueron aprobadas por parte de los integrantes del CICCI, sustentadas en criterios de riesgo y en la disponibilidad de talento humano.

El 10 de diciembre de 2025 se ejecutó el último Comité Interno de Coordinación de Control Interno en donde la OCI expuso de manera integral el estado del Sistema de Control Interno de la Superintendencia Nacional de Salud para 2025, destacando los resultados de auditorías internas, seguimientos institucionales, evaluación de riesgos y avances en los planes de mejoramiento. La Oficina de Control Interno presentó un cumplimiento del 100 % en auditorías y 100 % en seguimientos,

evidenciando avances importantes, aunque persisten retos en la gestión de riesgos, especialmente en las áreas de contratación, gestión jurídica, disciplinaria y bienes y servicios. En materia financiera, la entidad mostró un resultado positivo del ejercicio por \$100.570 millones, explicado principalmente por el recaudo de contribuciones y la imposición de multas, así como un incremento en los activos y recursos administrados. También se destacó el seguimiento a los planes de mejoramiento de la Contraloría, con un avance del 64%, además de la emisión de alertas tempranas para anticipar riesgos institucionales.

La Oficina Asesora de Planeación y la Dirección de Tecnologías presentaron avances en gestión del riesgo, seguridad digital y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión, aunque se identificaron brechas relevantes: necesidad de actualizar instrumentos de riesgo, mejorar controles, completar el inventario de activos y robustecer los planes de tratamiento. Se presentó la agenda estratégica 2026, proyectada en el Plan Anual de Auditorías y Seguimiento PAAS con unas alternativas para ejecutarse entre seis y nueve auditorías según el escenario, priorizadas en el enfoque en riesgos y procesos críticos. Finalmente, se presentaron los resultados de las auditorías al Sistema de Gestión Ambiental y de Seguridad y Salud en el Trabajo, evidenciando fortalezas, pero también no conformidades que requieren acciones correctivas operativas y estratégicas para asegurar la mejora continua institucional.

El CICCÍ ha cumplido con su función de coordinar, evaluar y fortalecer el Sistema de Control Interno de la Superintendencia Nacional de Salud. Este informe deja constancia de los avances, decisiones y retos asumidos durante el periodo reportado, y constituye una herramienta de continuidad para el próximo Superintendente, quien encontrará en este documento una guía para seguir consolidando la gestión institucional, la transparencia y el control.

Auditoría Interna a la Gestión Institucional

La Oficina de Control Interno de la Superintendencia Nacional de Salud, a través de los roles de “Evaluación y Seguimiento”, “Enfoque hacia la Prevención” y “Evaluación a la Gestión del Riesgo”, durante la vigencia 2025 ejecutó un total de cuatro (6) auditorías de gestión, las cuales se detallan a continuación:

Tabla 231 Relación de informes de auditoría 2025

Procesos auditados	N. Radicado
Auditoría Proceso Gestión de Mejora	20251400000061753 del 19/06/2025
Auditoría Proceso Gestión Financiera	20251400000064773 del 01/07/2025
Auditoría Proceso Gestión Jurisdiccional y de Conciliación	20251400000061183 del 18/06/2025
Gestión Jurisdiccional y de Conciliación	20251400000054353 del 27/08/2025
Control	202514000000119400 del 25/11/2025
Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor	202514000000121613 del 23/12/2025

Fuente. Elaboración propia OCI. Construcción a partir de la información registrada en la matriz del Plan Anual de Auditorías y Seguidimientos (PAAS)

Seguimiento a la Gestión Institucional

En el periodo del presente informe, la Oficina de Control Interno, a través de los roles de “*Liderazgo Estratégico*”, “*Enfoque hacia la Prevención*” y “*Relación con Entes Externos de Control*”, realizó Seguidimientos de Ley a la Gestión Institucional, dentro de las cuales, a continuación, se presentan los informes desarrollados la vigencia 2025 que se detallan a continuación

Tabla 232 Informes de seguimientos a octubre de 2025

No.	Seguimiento	No. Radicado Informe
1	Seguimiento Cuatrimestral al PAAC - Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	20251400000003253 del 16/01/2025
2	Seguimiento Cuatrimestral al SUIT - Sistema Único de Inscripción de Trámites	20251400000003253 del 15/01/2025
3	Seguimiento Plan de Mejoramiento de la CGR y reportarlo a través SIRECI de la CGR	20251400000005903 del 23/01/2025
4	Seguimiento Evaluación Cuatrimestral de la Gestión del Riesgo (periodicidad DAFP, Incluye riesgos gestión, efectividad del sistema de gestión de riesgos anticorrupción y seguridad de la información)	20251400000002653 del 13/01/2025
5	Seguimiento Evaluación independiente al Sistema de Control Interno	20251400000007053 del 28/01/2025
6	Seguimiento al eKOGUI - Sistema Único Gestión e Inf. de Actividad Litigiosa del Estado	20251400000013593 del 13/02/2025
7	Seguimiento Evaluación Dependencias de la Superintendencia Nacional de Salud	20251400000019703 del 27/02/2025
8	Seguimiento Evaluación Anual al Sistema de Control Interno Contable y reporte a la CGN	20251400000020173 del 28/02/2025

No.	Seguimiento	No. Radicado Informe
9	Seguimiento Austeridad del Gasto Público	20251400000018273 del 25/02/2025
10	Seguimiento al PES - Plan Estratégico Sectorial y reporte a Minsalud	Correo Electrónico remitidos al MinSalud 10/03/2025 y 11/03/2025
11	Seguimiento / Acompañamiento Jornadas de Conciliación (Programación DJC)	20251400000024793 del 10/03/2025
12	Seguimiento Anual Derechos de Autor y reporte aplicativo Oficina de derechos de autor del Ministerio del Interior	20251400000027543 del 17/03/2025
13	Seguimiento / Acompañamiento Jornadas participación ciudadana y atención al Usuario (programación DPU)	20251400000029563 del 22/03/2025
14	Seguimiento Semestral a las PQRD	20251400000032513 del 31/03/2025
15	Seguimiento Actuaciones Disciplinarias	20251400000032503 del 31/03/2025
16	Seguimiento FURAG - Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión y reporte DAFP	Reporte aplicativo FURAG - Certificado del 07/04/2025
17	Seguimiento Cuatrimestral al SUIT - Sistema Unico de Inscripción de Trámites	20251400000045783 del 07/05/2025
18	Seguimiento Evaluación Cuatrimestral de la Gestión del Riesgo (periodicidad DAFP, Incluye riesgos gestión, efectividad del sistema de gestión de riesgos anticorrupción y seguridad de la información)	20251400000045403 del 07/05/2025
19	Seguimiento Sentencia T-302 de 2017	20251400000046593 del 09/05/2025
20	Seguimiento / Acompañamiento Jornadas de Conciliación (Programación DJC)	20251400000053913 del 26/05/2025
21	Seguimiento Norma Técnica de Infraestructura NTC 6047	20251400000054463 del 28/05/2025
22	Seguimiento / Acompañamiento eventos flujo de recursos - Circular	20251400000055603 del 30/05/2025

No.	Seguimiento	No. Radicado Informe
	conjunta 030 de 2013 - SNS / Minsalud	
23	Seguimiento Austeridad del Gasto Público	20251400000057583 del 23/05/2025
24	Seguimiento / Acompañamiento Jornadas participación ciudadana y atención al Usuario (programación DPU)	20251400000055583 del 30/05/2025
25	Seguimiento Ley 1581 de 2012 - Protección de Datos personales	20251400000065613 del 03/07/2025
26	Seguimiento a Caja Menor	2025140000006693 del 08/07/2025
27	Seguimiento a los Planes Institucionales - Decreto 612 de 2018	20251400000071783 del 23/07/2025
28	Seguimiento Austeridad del Gasto Público	20251400000078123 del 13/08/2025
29	Seguimiento al PES - Plan Estratégico Sectorial y reporte a Minsalud	Correo remitido a MINSALUD el día 19/08/2025
30	Seguimiento Norma Técnica de Infraestructura NTC 6047	20251400000080843 del 25/08/2025
31	Seguimiento al eKOGUI - Sistema Único Gestión e Inf. de Actividad Litigiosa del Estado	20251400000080873 del 25/08/2025
32	Seguimiento al avance de MIPG - Modelo Integrado de Planeación y Gestión	20251400000084963 del 03.09.2025
33	Seguimiento Cuatrimestral al SUIT - Sistema Unico de Inscripción de Trámites	20251400000088103 del 09/09/2025
34	Seguimiento / Acompañamiento Jornadas de Conciliación (Programación DJC)	20251400000089003 del 11/09/2025
35	Seguimiento Evaluación Cuatrimestral de la Gestión del Riesgo (periodicidad DAFP, Incluye riesgos gestión, efectividad del sistema de gestión de riesgos anticorrupción y seguridad de la información)	20251400000088843 del 11 /09/2025
36	Seguimiento Sentencia T-302 de 2017	20251400000097823 del 03/10/2025

No.	Seguimiento	No. Radicado Informe
37	Seguimiento al ITA - Informe de transparencia y acceso a la información - Ley 1712 de 2014	20251400000098093 del 6/10/2025
38	Seguimiento Evaluación independiente al Sistema de Control Interno	20251400000103193 del 17/10/2025
39	Seguimiento Verificación del reporte del cumplimiento de la Ley de Cuotas - Ley 581 de 2000	20251400000109693 del 31/10/2025
40	Seguimiento / Acompañamiento Jornadas participación ciudadana y atención al Usuario (programación DPU)	20251400000109733 del 31/10/2025
41	Seguimiento Plan de Mejoramiento de la CGR y reportarlo a través SIRECI de la CGR	20251400000109333 del 31/10/2025
42	Seguimiento Semestral a las PQRD	20251400000109343 del 31/10/2025
43	Seguimiento procedencia de Acciones de Repetición	20251400000121693 del 28/11/2025
44	Informe de seguimiento actualización de información en el sistema de gestión del empleo público SIGEP II	20251400000112930 del 07/11/2025
45	Seguimiento / Acompañamiento Jornadas de Conciliación (Programación DJC)	20251400000121703 del 28/11/2025
46	Seguimiento / Acompañamiento Jornadas de Conciliación (Programación DJC)	20251400000121713 del 28/11/2025
47	Seguimiento al cumplimiento de las Políticas de Seguridad del SIIF Nación	20251400000134253 del 29/12/2025
48	Seguimiento Circular 003 del 18 de Julio de 2024 - "Circular Conjunta N° 100-004-2024" - "Prevención. Atención y Sanción del Acoso Laboral"	20251400000134263 del 29/12/2025
49	Seguimiento / Acompañamiento Jornadas participación ciudadana y atención al Usuario (programación DPU)	20251400000133203 del 26/12/2025
50	Seguimiento a Caja Menor	20251400000135023 del 31/12/2025

No.	Seguimiento	No. Radicado Informe
51	Seguimiento Audiencia Pública de Rendición de Cuentas de la Superintendencia Nacional de Salud	20251400000134643 del 30/12/2025
52	Seguimiento Austeridad del Gasto Público	20251400000133323 del 26/12/2025
53	Requerimientos presentación Acta de Informe de Gestión a exservidores con responsabilidad de mando	20251400000134653 del 30/12/2025
54	Informe de acompañamiento al evento flujo de recursos en el marco de la Circular Conjunta 030 de 2013 – Cúcuta / Norte de Santander.	20251400000133023 del 26/12/2025

Fuente. Elaboración *propia* OCI. Construcción a partir de la información registrada en la matriz del Plan Anual de Auditorías y Seguidimientos (PAAS).

Resultados FURAG a la Gestión del Sistema de Control Interno

En el marco de la evaluación institucional del Sistema de Control Interno, en FURAG, la Superintendencia Nacional de Salud alcanzó un índice general de 93 puntos, ubicándose dentro del rango alto de desempeño frente al grupo par, cuyo promedio fue de 92,5 puntos.

Este resultado evidencia una gestión consolidada en la implementación del sistema, así como un avance sostenido en la adopción de prácticas de control orientadas a la mejora continua y al fortalecimiento de la gestión institucional.

El desempeño global sitúa a la Entidad en el quintil 3, lo que indica un posicionamiento intermedio-alto dentro de la distribución nacional de entidades evaluadas. Este resultado refleja la existencia de procesos de

control maduros, con oportunidades de mejora principalmente en la gestión de información y comunicación para el control.

En cuanto al análisis por componentes del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), se destacan los siguientes resultados:

- C1. Ambiente propicio para el ejercicio del control: obtuvo 90,7 puntos, superando el promedio de referencia (88,0), lo que evidencia un entorno institucional favorable para el cumplimiento de los principios del control interno.
- C2. Evaluación estratégica del riesgo: alcanzó 91,7 puntos, con un valor similar al promedio de referencia (91,2), consolidando una adecuada identificación y administración de riesgos en los procesos misionales y de apoyo.
- C3. Actividades de control efectivas: registró la máxima calificación (100 puntos), destacándose como el componente más fortalecido, con prácticas de control claramente establecidas y mecanismos de verificación eficaces.
- C4. Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora: obtuvo 95,1 puntos, superando el promedio de referencia (91,9), reflejando una sólida cultura de evaluación y seguimiento a las acciones institucionales.

- C5. Información y comunicación relevante y oportuna para el control: presentó un resultado de 83,8 puntos, ligeramente inferior al valor medio de referencia (85,9), lo que sugiere la necesidad de fortalecer los mecanismos de comunicación y flujo de información entre las dependencias para optimizar la toma de decisiones.

En conjunto, los resultados confirman que la Superintendencia Nacional de Salud mantiene un Sistema de Control Interno orientado a la mejora continua, destacando la efectividad de las actividades de control y monitoreo, así como el compromiso institucional con la transparencia, la eficiencia administrativa y el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

Relacionamiento con Entes y Organismos de Control

En cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993, el Decreto 648 de 2017 y el Decreto 1080 de 2021, la Oficina de Control Interno de la Superintendencia Nacional de Salud adelantó durante el periodo evaluado una gestión activa, articulada y permanente frente a los entes y organismos de control, en particular la Contraloría General de la República (CGR), la Procuraduría General de la Nación, y otras instancias del orden nacional que ejercen funciones de vigilancia, inspección, control y acompañamiento técnico sobre la Entidad.

Dicha labor se enmarca en los principios de colaboración armónica, transparencia administrativa y responsabilidad institucional, previstos en el Artículo 113 de la Constitución Política y desarrollados en la normativa

de control interno, que orientan la actuación de las entidades públicas frente a los órganos de control fiscal, disciplinario y de justicia.

Consecuente con lo anterior, durante el periodo analizado, la Oficina de Control Interno atendió con oportunidad y rigor técnico los requerimientos formulados por los distintos entes de control, relacionados con auditorías, ejercicios de seguimiento, solicitudes de información y requerimientos de verificación. Estas actuaciones fueron coordinadas y supervisadas directamente por la Jefatura de la Oficina de Control Interno, quien dispuso la designación formal de responsables y el seguimiento a los compromisos derivados, garantizando así la trazabilidad y el control documental de cada actuación.

Para este fin, la Oficina implementó un registro sistemático y verificable que incluye el número de radicado de ingreso de las solicitudes, las dependencias o áreas encargadas de la respuesta, los plazos de cumplimiento y las evidencias del envío o entrega de la información requerida. Este procedimiento asegura la transparencia, oportunidad y coherencia de la información remitida, al tiempo que facilita la rendición de cuentas y el fortalecimiento de la relación institucional con los organismos de control.

De esta manera, la Oficina de Control Interno reafirma su compromiso con el fortalecimiento de la gestión pública, el cumplimiento de las disposiciones normativas en materia de control interno y externo, y la

consolidación de una cultura de autocontrol, legalidad y mejora continua dentro de la Superintendencia Nacional de Salud.

Otras actividades ejecutadas por la Oficina de Control Interno

En cumplimiento de las funciones de evaluación independiente, asesoría, acompañamiento y fortalecimiento del Sistema de Control Interno, establecidas en la Ley 87 de 1993, el Decreto 648 de 2017, el Decreto 1080 de 2021 y los lineamientos del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), la Oficina de Control Interno (OCI) de la Superintendencia Nacional de Salud desarrolló, durante el período comprendido entre noviembre de 2024 y octubre de 2025, diversas actividades complementarias al ejercicio auditor, orientadas al fortalecimiento de la gestión institucional y al cumplimiento de los principios de transparencia, eficiencia y responsabilidad administrativa.

Entre las acciones más relevantes se destaca el fortalecimiento del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), mediante la realización de sesiones ordinarias y extraordinarias en número superior al legalmente exigido. Esta gestión permitió un seguimiento a los temas estratégicos de control, gestión del riesgo y mejoramiento continuo, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 9 del Decreto 648 de 2017, que promueve la articulación entre los componentes de evaluación, control y planeación.

Asimismo, la Oficina adelantó campañas de sensibilización y fortalecimiento de capacidades dirigidas a los integrantes del CICCI y a otros servidores públicos, con el propósito de reforzar la comprensión de sus responsabilidades en materia de autocontrol, evaluación independiente y gestión del riesgo organizacional.

En el marco del relacionamiento con los entes y organismos de control, la Oficina de Control Interno atendió con oportunidad, rigor técnico y trazabilidad los requerimientos formulados por la Contraloría General de la República (CGR), así como por otras instancias estatales.

De igual forma, la Oficina de Control Interno remitió información a la Secretaría General para el seguimiento de compromisos administrativos, y realizó el monitoreo, consolidación y reporte de las actividades del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) ante la Oficina Asesora de Planeación, en cumplimiento de los lineamientos del DAFP y la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República.

Estas acciones reflejan el compromiso institucional de la Oficina de Control Interno con la consolidación de una cultura de autocontrol, integridad y rendición de cuentas, así como con el fortalecimiento continuo del Sistema de Control Interno de la Superintendencia Nacional de Salud. De igual forma, evidencian una gestión proactiva y articulada con los entes de control, orientada a asegurar la oportunidad, trazabilidad y transparencia en la atención de los requerimientos institucionales y

externos, en concordancia con los principios de la función administrativa pública definidos en el artículo 209 de la Constitución Política.

Logros Oficina de Control Interno

Ejecución del Plan Anual de Auditorías y Seguimientos basadas en Riesgos y Seguimientos

- El Plan Anual de Auditorías y Seguimientos (PAAS) para la vigencia 2025 obtuvo una ejecución del 100%.
- Se mantuvo un desarrollo permanente de actividades orientadas al fortalecimiento del sistema de control interno, incluyendo el relacionamiento con entes y organismos de control, campañas de concientización y participación en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), ejerciéndose por parte de la Oficina de Control Interno la Secretaría Técnica.
- Las actividades desarrolladas por la Oficina de Control Interno han concluido con la presentación de opiniones técnicamente soportadas, hallazgos y recomendaciones que han constituido acciones de mejora a través de la formulación, ejecución y seguimiento posterior a planes de mejoramiento.

6.2. Oficina de Control Disciplinario Interno

La Oficina de Control Disciplinario Interno adelantó la gestión preventiva y correctiva de los procesos disciplinarios, con un total de 378 noticias disciplinarias recibidas, de las cuales el 80% se concentraron en diez dependencias principales, encabezadas por la Dirección de Talento Humano, la Dirección Jurídica y la Delegatura para a Protección al Usuario

En el componente preventivo, se realizaron charlas, talleres e inducciones dirigidas a los funcionarios, donde se contó con la participación de 2.879 servidores, lo cual contribuye al fortalecimiento del conocimiento sobre deberes, régimen de inhabilidades e incompatibilidades y medidas de prevención de faltas disciplinarias.

En el enfoque correctivo, se adelantaron 80 investigaciones, 34 autos de cierre, se formularon 9 pliegos de cargos y se profirieron 5 fallos de primera instancia, evidenciando una gestión activa orientada a la transparencia y la rendición de cuentas. Estas acciones contribuyeron al fortalecimiento del orden interno y la consolidación de una cultura ética en el ejercicio de la función pública.

7. Conclusiones y Recomendaciones

7.1. Conclusiones

A continuación, se presentan las principales conclusiones de la gestión de cada una de las dependencias:

1. La **Delegatura para la Protección al Usuario** En la vigencia 2025, la Superintendencia Nacional de Salud recibió un total de 2.182.211 reclamos en salud, los cuales fueron trasladados a las entidades vigiladas para su respectiva gestión.

El canal más utilizado por la ciudadanía para interponer reclamos en salud durante la vigencia 2025 fue el canal web con 1.357.309 reclamos.

Las actividades de promoción de la participación ciudadana en el 2025 permitieron ampliar la cobertura territorial y la presencia de la Superintendencia, con el desarrollo de actividades en territorios PDET, así como la consolidación del enfoque diferencial, lo que permitió mejorar la percepción de los usuarios frente al rol de la Supersalud como garante de sus derechos, generando entornos de escucha activa, diálogo y corresponsabilidad. La presencia territorial constante permitió construir relaciones de confianza entre la entidad y la comunidad, promoviendo una cultura de participación y respeto por la institucionalidad.

2. La **Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud** realizó durante el año 2025 una supervisión activa sobre las entidades vigiladas, con el propósito de garantizar su adecuado funcionamiento y

asegurar la prestación de servicios de salud de manera oportuna, efectiva y de calidad para los usuarios del sistema.

Asimismo, fortaleció el seguimiento a los planes de trabajo presentados por las entidades bajo medida especial, orientados a corregir las inconsistencias que dieron origen a dicha medida y a propiciar la recuperación integral de cada entidad para su óptimo funcionamiento.

3. La **Delegada para Prestadores de Servicios de Salud** durante la vigencia 2025, orientó sus esfuerzos al diseño y ejecución de estrategias focalizadas de inspección y vigilancia, con el fin de dar respuesta a las problemáticas del sector salud priorizadas por el Gobierno Nacional, entre las cuales se destacan la Atención Materno Perinatal, la Desnutrición Infantil y la protección de los recursos asociados a los pagos por eventos SOAT. Asimismo, se encaminaron acciones al fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria mediante la implementación del Programa de Mejoramiento Institucional (PMI) en las ESE que presentan incumplimientos en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

También se gestionó la asignación de recursos desde el Ministerio de Salud y Protección Social para las ESE intervenidas, con el propósito de robustecer sus procesos asistenciales, avanzar en la formalización progresiva del talento humano en salud, mejorar la infraestructura hospitalaria —incluyendo dotación y transporte especializado— y apoyar el saneamiento de pasivos que contribuyan a su sostenibilidad.

4. **La Delegada Para Entidades Territoriales, y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS**, en la vigencia 2025 evidenció un fortalecimiento significativo de las capacidades de inspección, vigilancia y control en los territorios, con avances en auditorías, mesas técnicas y acciones integrales. Se consolidaron procesos de articulación interinstitucional y herramientas para monitorear indicadores críticos como mortalidad materna, desnutrición infantil, enfermedades transmisibles y calidad en la prestación de servicios. Aunque se registraron mejoras en varios componentes del SGSSS, persistieron brechas en desempeño financiero, cumplimiento normativo y reporte de información por parte de algunas entidades territoriales. La estrategia territorial permitió mayor cercanía y respuesta frente a diferentes problemáticas, aunque aún se requiere mayor oportunidad y consistencia en las acciones locales. En conjunto, los resultados muestran una gestión robusta, pero con desafíos que requieren continuidad y profundización.
5. La **Delegada para Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos** logró avances importantes en el cumplimiento de su misión, pese a la transición del 80 % del talento humano. Las acciones de fortalecimiento interno permitieron mantener la continuidad operativa y el desarrollo de los procesos de supervisión. En el ámbito presupuestal, se evidenció un uso eficiente de los recursos, con una ejecución superior al 98 % en funcionamiento e inversión, lo que posibilitó el desarrollo de

auditorías, mesas técnicas y acciones de inspección. El aumento presupuestal proyectado para 2026 permitirá ampliar capacidades analíticas, modernizar herramientas de supervisión y optimizar procesos para fortalecer la presencia territorial.

- Las 137 acciones de inspección y vigilancia realizadas, junto con la imposición de medidas cautelares y órdenes administrativas, evidencian un ejercicio de supervisión sólido y alineado con el enfoque de riesgos. Se recomienda fortalecer el seguimiento a los compromisos y planes de mejoramiento, optimizar los tiempos de respuesta y consolidar la interoperabilidad de la información para facilitar decisiones técnicas oportunas. Adicionalmente, se sugiere mejorar el control, la calidad y la eficiencia de los traslados a la Dirección de Investigaciones Administrativas cuando corresponda.
- El Plan de Choque de Medicamentos, formulado en noviembre de 2025 e implementado a partir de diciembre del mismo año, fortaleció la presencia institucional y la articulación con los actores del sistema para mejorar la oportunidad y completitud en la dispensación de medicamentos. Aunque los resultados iniciales fueron significativos, persisten retos estructurales que requieren continuidad en su ejecución.
- Para la vigencia 2026, los principales desafíos incluyen fortalecer la capacidad técnica de la Delegatura, avanzar en la estandarización de lineamientos de supervisión, optimizar la gestión documental y repositorio de información y

consolidar la incorporación plena de los operadores logísticos como nuevos sujetos vigilados.

6. La **Delegatura de Investigaciones Administrativas** durante la vigencia 2025, garantizó la continuidad del proceso sancionatorio pese a una alta carga procesal y limitaciones estructurales de personal, logrando avances significativos en organización documental, ejecución presupuestal y fortalecimiento institucional. La gestión permitió mantener la función de control en sectores críticos del sistema de salud, mejorar la trazabilidad de los procesos y dejar estructurado el fortalecimiento operativo para 2026, consolidando bases sólidas para la reducción progresiva de la mora histórica. Y recomienda consolidar el fortalecimiento del talento humano y la implementación del sistema de información de la Delegatura, priorizando la automatización del control de términos y la gestión de expedientes, asimismo, resulta clave fortalecer los mecanismos de priorización procesal, profundizar el enfoque preventivo del control y asegurar la ejecución oportuna del presupuesto 2026, como estrategia para reducir la mora estructural y mitigar riesgos de caducidad.
7. La **Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación** cumplió los objetivos propuestos en las metas del Plan Estratégico Institucional, y por ende para la Supersalud; los resultados obtenidos que se visualizan en los indicadores de Gestión confirman la coherencia del trabajo en equipo del talento humano de la

Delegada con el excelente grupo de la Oficina Asesora de Planeación y la alta Dirección con resultados benéficos para la población que conforma el SGSSS.

8. La **Oficina de Liquidaciones** realizó una gestión integral en el seguimiento y control de los procesos de liquidación del sector salud de conformidad con las actividades y logros antes descritos, garantizando la protección de recursos públicos del sistema y los derechos de los usuarios. Se evidenció una mejora en la eficiencia institucional mediante visitas, actos administrativos, atención oportuna de PQRSD y coordinación con entes de control. La adaptación de herramientas tecnológicas y ajustes normativos fortaleció la transparencia y la rendición de cuentas. Los logros alcanzados reflejan una supervisión efectiva de procesos ordenados y no ordenados.
9. La **Oficina Asesora de Planeación**, desde el punto de vista de la gestión de planes alineó la estrategia institucional a nivel estratégico, programático y operativo trazando una hoja de ruta clara para el año 2026 que permita cumplir las acciones y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, Plan Estratégico Sectorial, Plan Estratégico Institucional y el Plan Anual de Gestión con miras a proteger el derecho a la salud y los recursos del Sistema. También se efectuó seguimiento trimestral al cumplimiento de las metas y se generaron las alertas frente a las desviaciones observadas con el fin de cumplir las metas institucionales del año 2025.

En lo atinente a los proyectos de inversión, se concluye que la realización de acciones conjuntas entre la Oficina Asesora de Planeación, la Secretaría General y los ejecutores de los proyectos de inversión permitió llevar a cabo un seguimiento estricto a la ejecución de los gastos de inversión de la entidad. Este ejercicio facilitó la generación de alertas oportunas y la toma de decisiones para la reorientación de recursos hacia nuevas necesidades, lo que contribuyó a mejorar el nivel de ejecución de los recursos asignados, alcanzando al cierre de la vigencia 2025 una ejecución del 97%.

Respecto del Sistema Integrado de Gestión se evidencia el cumplimiento de las metas establecidas en materia de actualización y elaboración documental, al alcanzar el 100 % de los objetivos propuestos y gestionar un total de 249 documentos. Estos resultados contribuyen al fortalecimiento de la transparencia institucional, la mejora continua de los procesos y la optimización de la gestión del conocimiento. Asimismo, el incremento de 4,5 puntos en el Índice de Desempeño Institucional y el cumplimiento del Plan de Cierre de Brechas FURAG en un 88,31 % reflejan avances significativos en legalidad, transparencia y eficiencia administrativa, fortaleciendo la capacidad institucional mediante procesos orientados a la generación de valor público y al logro de los objetivos estratégicos de la entidad.

10. La **Oficina Asesora de Comunicaciones Estratégicas e Imagen Institucional** desarrolló una gestión sólida, articulada y de alto impacto, reflejada en el fortalecimiento de la comunicación interna y externa, el incremento significativo de la producción de

contenidos, el posicionamiento institucional en medios y plataformas digitales y una ejecución presupuestal eficiente. Por tanto, es posible afirmar que las acciones aquí presentadas contribuyeron de manera efectiva a la divulgación de la gestión misional de la Superintendencia, al relacionamiento con la ciudadanía y a la consolidación de una identidad institucional coherente y estratégica.

11. La **Dirección de Talento Humano** concluye que La medición del impacto de las actividades del Plan Estratégico de Talento Humano y los planes del Plan de Bienestar Social e Incentivos, PIC, el Plan Anual de Trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo, entre otros, permitió evidenciar el impacto altamente positivo de las mismas en todos los(las) funcionarios(as). Las actividades ejecutadas permitieron fortalecer el bienestar integral y las relaciones laborales.

Además, se consolidó una gestión enfocada en la eficiencia administrativa, el cumplimiento normativo y la satisfacción del personal asegurando el pago oportuno y correcto de nóminas, el cumplimiento de obligaciones legales en seguridad social y parafiscales, y la optimización de procesos para reducir errores operativos.

12. La **Dirección Financiera**, concluye en cada uno de sus grupos lo siguiente:

Grupo de Presupuesto: Se garantizó los recursos necesarios y su ejecución para la operación de la entidad, de manera eficiente eficaz y oportuna, estructurada y alineada con los planes y programas institucionales mediante los instrumentos definidos por la ley en el presupuesto general de la nación, dando como resultado la buena ejecución de estos.

Se gestiono eficientemente la obligación derivada de la sentencia judicial proferida por el Consejo de Estado (Radicado 25000-23-26-000-2008-00459-00) a favor del ciudadano Nelson Lozano Rojas

Grupo de Contabilidad: Los estados financieros garantizan la transparencia y confiabilidad en la gestión de los recursos públicos, proporcionando información confiable y oportuna, son la herramienta para toma de decisiones y análisis del cumplimiento de metas, en este sentido es importante que todas las dependencias de la organización conozcan importancia de la información que manejan y reportan desde cada una de sus direcciones, soportando y justificando las operaciones y/o movimientos, ya que todo debe estar conciliado.

Grupo de Cobro Persuasivo y Jurisdicción Coactiva: La gestión de cobro a diciembre de 2025 presenta un nivel de ejecución alto frente a la meta anual, con un cumplimiento del 87% en recaudo directo y del 94% incluyendo actos generados en 2025 que aportaron recurso en inicio de enero 2026. No obstante, persisten riesgos jurídicos relevantes asociados a prescripción, rezago procesal y aplicación de Títulos de Depósito Judicial – TDJ.

7.2. Recomendaciones

A continuación se relacionan las principales recomendaciones de las dependencias de la entidad:

1. La **Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud** recomienda dar continuidad y fortalecimiento a las acciones de Inspección, Vigilancia y Control desarrolladas sobre las Entidades de Aseguramiento en Salud, priorizando alertas tempranas y mecanismos de monitoreo permanente que permitan anticipar la materialización de riesgos y adoptar medidas oportunas para su mitigación.
2. Desde la **Delegada para Prestadores de Servicios de Salud**, recomienda consolidar mecanismos de seguimiento que permitan evaluar, de manera periódica y objetiva, el impacto de las estrategias implementadas en las IPS priorizadas y en las ESE intervenidas. Estos mecanismos deben facilitar el análisis continuo de los avances, identificar oportunidades de mejora y promover que las acciones proyectadas para la vigencia 2026 se traduzcan en resultados efectivos y verificables en la calidad y oportunidad de la prestación de los servicios de salud.

3. La Delegada Para Entidades Territoriales, y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS,

recomienda fortalecer el acompañamiento técnico a las entidades territoriales con bajo desempeño, priorizando aquellas con alertas críticas en salud pública, financiamiento y acceso y garantía de la calidad a la prestación de los servicios de salud. Es necesario mejorar la oportunidad y calidad del reporte de información para facilitar decisiones basadas en evidencia y garantizar la trazabilidad de la gestión. Se sugiere intensificar los seguimientos a planes de mejora derivados de auditorías, especialmente en entidades de aseguramiento y prestadores de servicios de salud con bajo cumplimiento. Debe profundizarse la territorialización de las acciones, ampliando la capacidad resolutive de las Direcciones Regionales. Igualmente, se recomienda continuar consolidando herramientas tecnológicas que faciliten la supervisión integrada y la articulación con actores del SG.

4. La Delegatura para Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos

recomienda robustecer los sistemas de información, estandarizar los parámetros operativos y financieros y consolidar el propósito central de la estrategia, con el fin de asegurar su sostenibilidad e impacto. Se recomienda continuar con programas de actualización técnica, capacitación y mecanismos de transferencia de conocimiento para asegurar estabilidad y especialización del equipo. Así mismo, se recomienda expedir instrumentos normativos e instructivos con criterios claros y

verificables, desarrollar herramientas de evaluación diferenciadas por componente y mejorar los módulos de registro de PQRD para identificar con precisión los casos asociados a los Gestores Farmacéuticos. Estas acciones permitirán consolidar un modelo de supervisión más ágil, transparente y efectivo.

5. La **Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación**

representa una arista importante como juez de la salud en el SGSSS dentro de la Superintendencia Nacional de Salud y requiere el apoyo constante de talento humano altamente calificado y con un alto grado de empoderamiento para surtir los resultados o metas esperadas , es así que para poder lograr esto es recomendable el apoyo de la Dirección de Innovación y Desarrollo -Subdirección de Tecnologías de la Información para un desempeño óptimo y reluciente de las actividades de dicho talento, así como también el apoyo de los niveles encargados de la contratación del recurso humano por contratación antes de que expiren los tiempos reglamentarios de la Ley de Garantías y suplir las necesidades de una Delegada que tiene cobertura a nivel nacional.

6. Desde la **Oficina de Liquidaciones** se recomienda consolidar un

marco normativo que regule el seguimiento posterior a los procesos de liquidación, definiendo responsabilidades de los actores involucrados y garantizando los derechos de los usuarios. Lo anterior

contribuirá a un seguimiento más eficiente y efectivo de los procesos de liquidación, y los negocios jurídicos posteriores a estos.

7. La **Oficina Asesora de Planeación** recomienda que al interior de cada una de las áreas se socialicen los indicadores y metas a cargo de las dependencias, haciendo énfasis en el aporte que efectúan a los objetivos estratégicos, a las metas sectoriales y del gobierno nacional, para garantizar el derecho a la salud y la protección de los recursos del Sistema. Así mismo, se recomienda realizar el reporte oportuno del avance de los indicadores y de la gestión en los instrumentos establecidos por la Oficina.

Respecto de la gestión de los proyectos de inversión, es fundamental mantener o incrementar el nivel de ejecución de los recursos durante la vigencia 2026. Para ello, se requiere continuar fortaleciendo la oportunidad en la realización de los trámites necesarios para la ejecución de los recursos asignados a las dependencias, tales como las modificaciones a los proyectos de inversión y las autorizaciones de trámites presupuestales (vigencias futuras o traslados ordinarios); así mismo, se plantea la necesidad trabajar en el rediseño de los proyectos para permitir una mayor flexibilidad. De igual manera, resulta clave el cumplimiento de las fechas de inicio de los procesos contractuales, de acuerdo con lo planeado inicialmente en el Plan Anual de Adquisiciones (PAA), de manera que se garantice una ejecución eficiente de los contratos y la toma de decisiones oportuna para la redistribución de

recursos en aquellos casos en los que se liberen recursos de procesos suscritos o cuando algunos procesos no logren adelantarse.

Desde el Grupo Sistema Integrado de Gestión se recomienda dar continuidad a las acciones de fortalecimiento institucional mediante la implementación del nuevo Mapa de Procesos y del Mapa de Riesgos, en concordancia con la Guía de Gestión Integral del Riesgo emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, avanzar en la implementación de la herramienta tecnológica para el Sistema Integrado de Gestión prevista para 2026 y continuar los esfuerzos enfocados en el incremento del Índice de Desempeño Institucional (IDI) mediante el seguimiento constante al cierre de brechas FURAG, con el fin de fortalecer la capacidad institucional de la entidad.

8. La **Oficina Asesora de Comunicaciones Estratégicas e Imagen Institucional** recomienda dar continuidad y profundizar los procesos estratégicos implementados por la Oficina de Comunicaciones, especialmente aquellos orientados a la planeación integral de contenidos, el relacionamiento con medios, la comunicación digital y la pedagogía institucional, mediante el fortalecimiento de los mecanismos de seguimiento, evaluación de impacto y articulación entre las distintas dependencias de la Supersalud, con el fin de garantizar la sostenibilidad, mejora continua y adaptación de la estrategia comunicacional a los retos futuros de la Entidad.

9. La **Dirección de Innovación y Desarrollo**, efectúa las siguientes recomendaciones:

- Reforzar la planeación financiera y operativa: establecer un cronograma detallado de compromisos y pagos para los meses restantes, con metas periódicas de ejecución que permitan medir el avance en tiempo real y evitar concentrar las obligaciones al final de la vigencia.
- Priorización de actividades críticas: identificar los componentes estratégicos del proyecto que tienen mayor peso en el cumplimiento de metas, para direccionar recursos y esfuerzos hacia aquellos que aseguren resultados de impacto y cumplimiento del plan de gobierno.
- Fortalecer la coordinación interáreas: mejorar los mecanismos de articulación entre las áreas técnicas, jurídicas, financieras y contractuales, de manera que los procesos de contratación y pago se agilicen, evitando cuellos de botella administrativos.
- Monitoreo riguroso de la ejecución: implementar un esquema de seguimiento mensual con indicadores claros de ejecución presupuestal, compromisos y pagos, acompañado de alertas tempranas que permitan reaccionar oportunamente ante retrasos.
- Gestión anticipada de procesos contractuales: adelantar con suficiente antelación los procesos de contratación y prórroga necesarios para la continuidad de los servicios tecnológicos, evitando interrupciones que afecten la ejecución y la operación misional.

- Optimización del flujo de pagos: garantizar que los compromisos adquiridos avancen con rapidez a la fase de pago, evitando acumulación de cuentas por cancelar al final de la vigencia.
- Entre las lecciones aprendidas y retroalimentación: documentar los retos y avances alcanzados en la ejecución de los primeros tres años, para que sirvan de insumo al equipo que continuará la gestión en la fase final, consolidando una estrategia coherente que asegure el cumplimiento de la totalidad del presupuesto y de las metas. Con el fin de garantizar una eficiente ejecución de los recursos asignados para la vigencia 2026 y lograr el cumplimiento de las metas e indicadores propuestos en el Plan Anual de Gestión.

10. La **Dirección de Talento Humano** recomienda:

- Sistematizar la planta de personal en el aplicativo Humano y fortalecer el software para la gestión de la nómina y la administración del personal.
- Fortalecer el clima laboral respondiendo a las necesidades del nuevo personal vinculado, robusteciendo la cultura organizacional e implementando el plan de intervención producto de la medición de clima y de cultura organizacional realizada en la vigencia 2025.
- Adelantar acciones estratégicas orientadas a garantizar la adecuada organización y provisión de la planta de personal, así como la

actualización del Manual Específico de Funciones y Competencias de la entidad y el registro oportuno de la información en las bases de datos, con el fin de asegurar la agilidad, oportunidad y confiabilidad en la gestión institucional.

11. Las recomendaciones de la **Dirección Financiera** son:

Recomendaciones Grupo de Cobro

Depuración de cartera con características especiales: Se recomienda adelantar de manera prioritaria la depuración de cartera respecto de aquellas obligaciones en las que se haya configurado imposibilidad jurídica o material de recaudo (prescripción de la acción de cobro, inexistencia o pérdida de fuerza ejecutoria del título ejecutivo, nulidad insubsanable del acto administrativo o insolvencia comprobada del deudor sin bienes embargables), conforme a los lineamientos del Comité de Cartera y al Manual de Deterioro, con el fin de mejorar la calidad de la información para la toma de decisiones y mitigar riesgos fiscales.

Mantenimiento del plan de gestión de Títulos de Depósito Judicial – TDJ : Se recomienda mantener y fortalecer el plan de gestión y aplicación de los TDJ constituidos y no aplicados, priorizando aquellos de mayor antigüedad y cuantía, con el fin de convertir saldos asegurados en recaudo efectivo, reducir el inventario de TDJ y contribuir al cumplimiento de las metas institucionales de recaudo.

Fortalecimiento del componente documental del proceso de

cobro: Se recomienda consolidar y estandarizar los procesos y procedimientos documentales del cobro persuasivo y coactivo, garantizando el adecuado tratamiento de los expedientes, con el fin de asegurar la validez probatoria de las actuaciones administrativas y mitigar riesgos de nulidad y reprocesos.

Articulación con Planeación como apoyo estructural al proceso de

cobro: Se recomienda fortalecer la articulación con el área de Planeación para la definición y formalización de procesos, procedimientos, indicadores y metas del proceso de cobro, asegurando su alineación con el MIPG, el Sistema Integrado de Gestión y los instrumentos de planeación institucional.

Aseguramiento de un equipo óptimo para la operación de

cobro: Se recomienda mantener la capacidad histórica de talento humano asignada a la función suficiente, idónea y especializada para la operación de cobro persuasivo y coactivo, que garantice el impulso procesal oportuno, la calidad jurídica de las actuaciones y la sostenibilidad del recaudo.

Recomendaciones Grupo de Presupuesto

Realizar una óptima planeación para la distribución y ejecución de los recursos haciendo el seguimiento oportuno en cada dependencia.

12. La **Oficina de Control Interno** en ejercicio de las funciones de evaluación independiente, asesoría y acompañamiento asignadas a la Oficina de Control Interno, y en atención al cambio de administración institucional, se presentan las siguientes recomendaciones orientadas a fortalecer la gestión institucional, garantizar la continuidad de los procesos misionales y promover el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Entidad.

Fortalecimiento del Sistema de Control Interno (SCI): Revisar y actualizar la implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), asegurando su articulación con el Plan Estratégico Institucional y los objetivos del sector salud.

- Promover una cultura de autocontrol y gestión del riesgo, asegurando que todos los servidores públicos comprendan su rol en la administración de riesgos, la transparencia y la rendición de cuentas.
- Realizar evaluaciones periódicas de control, priorizando procesos críticos y de alto impacto, y establecer planes de mejora con responsables y cronogramas definidos.

Gestión Estratégica y Planeación Institucional

- Revisar la coherencia entre el Plan Estratégico Institucional (PEI) y las políticas públicas del sector salud, así como su alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026.
- Garantizar la continuidad de los proyectos estratégicos en ejecución, priorizando aquellos orientados a la protección de los derechos en salud, la inspección, vigilancia y control, y la atención oportuna a la ciudadanía.
- Fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación del desempeño institucional, en cumplimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Transparencia, Ética y Lucha contra la Corrupción

- Reforzar la implementación del Programa de Transparencia de Ética Pública (PTEP), promoviendo la participación de todas las dependencias.
- Fomentar la integridad pública mediante espacios de diálogo, sensibilización y actualización en materia de ética, transparencia y conflicto de intereses.
- Asegurar el cumplimiento de las obligaciones de transparencia activa y pasiva, garantizando la publicación y accesibilidad de la información en el portal de transparencia de la entidad.

Gestión del Talento Humano y Clima Organizacional

- Promover procesos de inducción y reinducción institucional orientados a la nueva administración y servidores públicos clave, asegurando el conocimiento de la misión, visión y normatividad aplicable a la Superintendencia.
- Implementar estrategias que fortalezcan el bienestar laboral y el clima organizacional, reconociendo al talento humano como factor crítico de éxito institucional.
- Revisar la estructura organizacional y la asignación de roles, garantizando la eficiencia, especialización y responsabilidad funcional.

Sostenibilidad de los Procesos de Control y Mejora Continua

- Garantizar la disponibilidad y conservación de la información institucional, especialmente aquella derivada de auditorías, seguimientos y planes de mejoramiento.
- Fortalecer los mecanismos de seguimiento al cumplimiento de las acciones correctivas, tanto internas como las derivadas de los organismos de control externo (Contraloría General, Procuraduría, Función Pública).
- Consolidar una gestión documental eficiente y transparente, de acuerdo con las disposiciones del Archivo General de la Nación y las políticas de Gobierno Digital.

Relacionamiento con los Organismos de Control y la Ciudadanía

- Mantener una relación técnica, respetuosa y colaborativa con los organismos de control externo, facilitando el suministro oportuno y veraz de la información requerida.
- Potenciar los canales de atención al ciudadano y los mecanismos de participación, asegurando respuestas efectivas, trazabilidad y análisis de las quejas y peticiones como insumo de mejora institucional.
- Promover la rendición de cuentas permanente, con enfoque en resultados, transparencia y control.
- Finalmente, se recomienda dar continuidad al fortalecimiento del Sistema de Control Interno, realizando mayor número de sesiones ordinarias del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) en cada vigencia, aspecto que permitiría efectuar continuo monitoreo y seguimiento de su desempeño, promoviendo la consecución de sus objetivos y evitando la materialización de desviaciones inesperadas. Detalle pormenorizado sobre la situación de los recursos materiales, financieros y humanos, así como los bienes muebles e inmuebles a su cargo, debidamente actualizados a la fecha de la entrega.