



**PARA:** ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO, MUNICIPIOS, DEPARTAMENTOS CON CORREGIMIENTOS DEPARTAMENTALES.

**DE:** SUPERINTELENTE NACIONAL DE SALUD

**ASUNTO:** INFORMES DE AUDITORIA DEL REGIMEN SUBSIDIADO A LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

**FECHA:** 13 DIC. 2011

### 1. ANTECEDENTES

El Decreto 971 de 2011 definió el instrumento jurídico y técnico para efectuar el giro directo a las EPS e IPS de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado y para el seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados a dicho régimen a partir del 1º de abril de 2011.

Las entidades territoriales conforme a lo definido por el artículo 14 del Decreto 971 de 2011, vigilarán permanentemente que las EPS cumplan con todas sus obligaciones frente a los usuarios. De evidenciarse fallas o incumplimientos en las obligaciones de las EPS, estas serán objeto de requerimiento por parte de las entidades territoriales para que subsanen los incumplimientos y de no hacerlo, remitirán a la Superintendencia Nacional de Salud, los informes correspondientes.

Según lo previsto por el artículo 14 del Decreto en comento, la vigilancia incluirá el seguimiento a los procesos de afiliación, el reporte de novedades, la garantía del acceso a los servicios, la red contratada para la prestación de los servicios de salud, el suministro de medicamentos, el pago a la red prestadora de servicios, la satisfacción de los usuarios, la oportunidad en la prestación de los servicios, la prestación de servicios de promoción y prevención, así como otros que permitan mejorar la calidad en la atención al afiliado, sin perjuicio de las demás obligaciones establecidas en las normas vigentes.

Conforme al artículo 15 del Decreto en comento, el Ministerio de la Protección Social podrá realizar giros directos a la red prestadora de servicios si se evidencian situaciones en las que, por la no realización del pago oportuno con base en obligaciones generadas con posterioridad al primero de abril de 2011 por parte de las EPS a la red prestadora, se ponga en grave riesgo el acceso a los servicios de salud a los afiliados, en los términos previstos en la normativa vigente.

Dichas situaciones serán informadas por las entidades territoriales o por las instituciones de la red prestadora a la Superintendencia Nacional de Salud, quien previa evaluación de



la situación, podrá solicitar al Ministerio de la Protección Social la suspensión parcial o total del giro de los recursos a las EPS de manera provisional.

Una vez realizada la verificación y de acuerdo con la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de la Protección Social podrá girar directamente a la red prestadora de servicios, mientras se mantengan las circunstancias que generaron la medida.

El artículo 133 de la Ley 1438 de 2011 consagra que la Superintendencia Nacional de Salud impondrá multas entre cien (100) y dos mil quinientos (2.500) salarios mínimos mensuales vigentes cuando la Entidad Promotora de Salud no gire oportunamente a una Institución Prestadora de Salud las obligaciones causadas por actividades o medicamentos. En caso de que el comportamiento de las Entidades Promotoras de Salud sea reiterativo será causal de pérdida de su acreditación.

La Superintendencia Nacional de Salud, en función del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, impondrá multas en las cuantías en ella señaladas o revocará la licencia de funcionamiento, si a ello hubiere lugar, a las personas naturales y jurídicas que se encuentren dentro del ámbito de su vigilancia, así como a título personal a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, cuando violen las disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otras, por incurrir en las siguientes conductas:

"(...)"

*"130.2 Aplicar preexistencias a los afiliados por parte de la Entidad Promotora de Salud.*

*130.3 Impedir u obstaculizar la atención inicial de urgencias.*

*130.4 Poner en riesgo la vida de las personas de especial protección constitucional."*

"(...)"

*"130.6 Impedir o atentar en cualquier forma contra el derecho a la afiliación y selección de organismos e instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral, en general, por cualquier persona natural o jurídica.*

*130.7 Incumplir las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia, así como por la violación de la normatividad vigente sobre la prestación del servicio público de salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud."*

"(...)"

*"130.9 Incumplir la Ley 972 de 2005.*

130.10 Efectuar por un mismo servicio o prestación un doble cobro al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

130.11 Efectuar cobros al Sistema General de Seguridad Social en Salud con datos inexactos o falsos.

130.12 No reportar oportunamente la información que se le solicite por parte del Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, por o por la Comisión de Regulación en Salud o quien haga sus veces.

130.13 Obstruir las Investigaciones e incumplir las obligaciones de información.”

“(…)”

Tal y como lo establece el artículo 131 de la Ley en cuestión, además, de las acciones penales, de conformidad los incisos 2º y 3º del artículo 68 de la Ley 715 de 2001, las multas a las personas jurídicas que se encuentren dentro del ámbito de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud se impondrán hasta por una suma equivalente a dos mil quinientos (2.500) salarios mínimos legales mensuales vigentes y su monto se liquidará teniendo en cuenta el valor del salario mínimo vigente a la fecha de expedición de la resolución sancionatoria. Las multas se aplicarán sin perjuicio de la facultad de revocatoria de la licencia de funcionamiento cuando a ello hubiere lugar.

Por otro lado, la Superintendencia Nacional de Salud revocará Totalmente la habilitación de una Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado EPSS, cuando se verifique la utilización de intermediarios para la organización y administración de la red de prestadores de servicios, según lo contemplado por el literal d, numeral 16.1, artículo 16º, del Decreto 515 de 2004 modificado por el artículo 4º del Decreto 3556 de 2008.

## 2. INSTRUCCIONES

Con base en los antecedentes dados en el numeral anterior, este Despacho se permite:

2.1. Impartir las siguientes instrucciones a los municipios o los departamentos con corregimientos departamentales, respecto al aseguramiento del régimen subsidiado para la vigencia del 1º de abril de 2011 en adelante:

1. Vigilar permanentemente que las EPS cumplan con todas sus obligaciones frente a los usuarios, la vigilancia incluirá el seguimiento a los procesos de afiliación, el reporte de novedades, la garantía del acceso a los servicios, la red contratada para la prestación de los servicios de salud, el suministro de medicamentos, el pago a la red prestadora de servicios, la satisfacción de los usuarios, la oportunidad en la prestación de los servicios, la prestación de servicios de promoción y prevención, así como otros que permitan mejorar la calidad en la atención al afiliado, sin perjuicio de las demás obligaciones establecidas en las normas vigentes.





2. Evitar el múltiple pago de UPC-S por un mismo afiliado o cualquier pago indebido de UPC-S dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de tal forma que no se reconozcan UPC-S de personas que estén afiliadas o compensados al Régimen Contributivo, afiliadas a los regímenes excepcionados, afiliadas a otra EPS o tengan capacidad de pago, de acuerdo con la normatividad vigente.
3. Exigir a la EPS, la copia de los contratos de prestación de servicios de salud que garantiza la red de servicios de salud habilitada.
4. Respetar la libertad que tiene la EPS para seleccionar los prestadores con los cuales deban celebrar contrato de prestación de servicios de salud, de acuerdo a la normatividad vigente.
5. Requerir mensualmente a la EPS, los estados de cartera con los Prestadores de Servicios de Salud públicos y privados contratados y demás proveedores.
6. Asignar los afiliados a la EPS en proporción al núcleo familiar que tenga cada EPS en la entidad territorial, para los casos de retiro voluntario, revocatoria de la autorización o de la habilitación para operar el Régimen Subsidiado, disolución y liquidación de la EPS.
7. Tomar las medidas necesarias a efectos de garantizar la prestación de los servicios de salud, en los casos en los que la entidad territorial esté adelantando prueba piloto de unificación de los Planes Obligatorios de Salud -POS,
8. Requerir mensualmente a la EPS, la acreditación del pago de los aportes de sus empleados y contratistas a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje de conformidad con la normatividad vigente.
9. Atender los requerimientos que le presente el público en general y en especial los que se deriven del cumplimiento de la presente circular.
10. Remitir copia de los siguientes documentos:
  - a. Las recomendaciones presentadas a las EPS del régimen subsidiado de las que no hayan sido presentadas las explicaciones del caso,
  - b. Las recomendaciones presentadas a las EPS del régimen subsidiado y que presentadas las explicaciones del caso, éstas no hayan resultado satisfactorias.
  - c. Informes bimestrales de evaluación y seguimiento.

11. Informar a la Superintendencia Nacional de Salud las inconsistencias e irregularidades detectadas en la ejecución del aseguramiento del régimen subsidiado.
12. Entregar la información aquí solicitada en medio magnético con las condiciones técnicas definidas por la Superintendencia Nacional de Salud, a través de la Oficina de Tecnología de la Información.
13. Mantener la confidencialidad y reserva de toda la información manejada y que se envíe a la Superintendencia Nacional de Salud.

2.2. Impartir las siguientes instrucciones a las EPS del régimen subsidiado, a las cuales deberán obligarse a partir del 1º de abril de 2011:

1. Administrar el riesgo financiero.
2. Gestionar el riesgo en salud.
3. Articular los servicios que garanticen el acceso efectivo y la complementariedad entre los planes de salud y los servicios no POS, a través de mecanismos tales como el sistema de referencia y contrarreferencia y convenios con las entidades territoriales.
4. Garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud.
5. Representar al afiliado ante el prestador y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario.
6. Asumir el riesgo transferido por el usuario, esto es, la salud y la vida, evitando en todo caso la discriminación de personas con alto riesgo o enfermedad catastróficas.
7. Como responsable de la calidad, oportunidad, eficiencia, y eficacia de la prestación de los servicios de salud, responder por las fallas, faltas, lesiones, enfermedades e incapacidades que se generen en la prestación de los mismos, conforme a lo contemplado por el numeral 2 de la Circular 066 de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud y a las salvedades allí establecidas.
8. Cumplir con las obligaciones establecidas en los POS vigentes al momento de la prestación de servicios, desde la fecha de afiliación, con independencia de la fecha de su cargue efectivo en la BDUA.
9. Conforme a lo establecido por el artículo 38 del Decreto 1011 de 2006, incorporar, en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría externa que les permitan evaluar



sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales.

10. Promover la afiliación de la población no asegurada.
11. Afiliar la población elegible del régimen subsidiado, de acuerdo con la normatividad vigente.
12. Cumplir con todas las obligaciones respecto de la BDUA de acuerdo con la normatividad vigente.
13. Disponer y mantener un sistema de información que permita contar con la información necesaria sobre las características socio-económicas, el estado de salud de los afiliados y el perfil de uso y costos de los servicios, de acuerdo con la normatividad vigente.
14. Entregar la base de datos de los afiliados a la red prestadora de servicios, a 1º de abril de 2011 y actualizarla como mínimo mensualmente.
15. Entregar a los municipios o los departamentos con corregimientos, la programación y la ejecución de las metas de salud pública, de acuerdo con la normatividad vigente.
16. Organizar la red prestadora de servicios para la atención de los afiliados según los POS vigentes.
17. Entregar a los municipios o los departamentos con corregimientos departamentales, la relación de los contratos vigentes especificando el tiempo de contratación con los prestadores de servicios de salud que acrediten la existencia de la red asistencial estructurada por niveles de complejidad, con su respectivo tiempo de contratación. Igualmente deberán actualizar permanentemente todo cambio que se presente en la red de servicios disponible.
18. Entregar a los usuarios la Carta con los derechos de los afiliados y de los pacientes y la Carta de desempeño de las EPS, según la normatividad vigente.
19. Afiliar obligatoriamente a todo recién nacido, hijo de madre o padre afiliado al Régimen Subsidiado de Salud, cabeza de familia, diligenciar el Formulario Unico Nacional de Afiliación y Traslado, entregar el carné respectivo y registrar la novedad de nacimiento ante la BDUA de acuerdo a la norma vigente, teniendo en cuenta que la afiliación se entenderá a partir de la fecha de nacimiento y por tanto la cobertura de servicios se entiende desde el nacimiento.
20. Divulgar y promocionar los servicios de la EPS de manera amplia permanente y garantizando que toda la población beneficiaria pueda acceder a la información del régimen de copagos, la red de prestación de servicios, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes y los mecanismos dispuestos con la Entidad



Territorial para garantizar una atención integral en salud y de calidad según las normas vigentes.

21. No podrán abstenerse de afiliar a la población elegible o elegible priorizada y/o recibir traslados, una vez la población los seleccione y cuente con los requisitos para su afiliación.
22. No podrán realizar acciones orientadas a dificultar la afiliación o desviarla a otro asegurador, así como incentivar el traslado de sus afiliados o el retiro del Régimen Subsidiado, se considerarán como una práctica violatoria al derecho de libertad de elección de la población.
23. Facilitar los mecanismos de participación social de acuerdo con la normatividad vigente.
24. Informar su intención de retiro a la Superintendencia Nacional de Salud con por lo menos cuatro (4) meses de anticipación a la finalización del periodo, en este caso deberá garantizar la continuidad de los servicios a los afiliados, de acuerdo con lo contemplado en la normatividad vigente.
25. Acreditar el pago de los aportes de sus empleados y contratistas a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje mediante certificación expedida por el revisor fiscal, cuando este exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o por el representante legal durante el lapso del presente contrato de conformidad con el la normatividad vigente.
26. Atender los requerimientos que le presente el público en general y en especial los que se deriven de la presente circular.
27. Establecer los mecanismos que garanticen de manera ágil y oportuna la atención de usuarios, prestadores y proveedores, de acuerdo con la normatividad vigente.
28. Coordinar las pautas necesarias para los procedimientos, ser diligentes y prudentes en todos los contratos, y además, actuar con buena fe;
29. Cumplir cabalmente con las obligaciones estipuladas en la normatividad vigente y en las cláusulas contractuales en los contratos de prestación de servicios de salud y garantizar oportunamente el flujo de los recursos en estos.
30. Exigir a sus prestadores de servicios de salud PSS que cumplan con los manuales de los procedimientos y que los firmen.
31. No generar mecanismos de intermediación en la conformación de la red prestadora de servicios de salud entre las EPS y los prestadores de servicios de salud, esto es, la contratación que realice la EPS con una institución o persona



natural o jurídica para que esta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios o de subcontratarla, trasladándole los costos de administración, y reduciendo el pago que por salud debe reconocer a quienes conforman la red de prestadores de servicios de salud de la (EPSS), esto es al prestador primario habilitado.

32. No contratar la prestación de servicios de salud que los prestadores de servicios que conformen su red no tengan habilitados.
33. No contratar la prestación de servicios de salud que los prestadores de servicios que conformen su red no estén en capacidad de ofrecer.
34. Adelantar todas las acciones necesarias que permitan el flujo oportuno de los recursos del régimen subsidiado, de acuerdo con la normatividad vigente.
35. Contratar los servicios contenidos en los POS vigentes, con la red pública prestadora de servicios de salud habilitada en el municipio, en la cual se encuentra autorizado para operar el régimen subsidiado, siempre y cuando el municipio cuente con la oferta pública que le permita prestar los servicios a financiar con los porcentajes establecidos en la normatividad vigente, lo aquí dispuesto no aplicará:
  - 1) Cuando municipio no se disponga de oferta de servicios suficiente, en los niveles de complejidad necesarios de acuerdo con los contenidos del POSS;
  - 2) Cuando la no contratación obedezca a la baja calidad en la prestación de servicios; o
  - 3) Cuando por razones geográficas, con el fin de garantizar la atención oportuna a los usuarios, deba utilizarse la red prestadora ubicada en otro municipio por accesibilidad geográfica esto es por ser más cercana. Cuando se dé alguna de estas circunstancias la interventoría del régimen subsidiado y la EPS deberán informar a la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que verifique los hechos, y de no encontrarlos ajustados a las normas, aplique los correctivos o sanciones correspondientes.

Los montos mínimos de contratación con la red pública se calcularán con base en el porcentaje destinado a prestación de servicios de salud de la UPC-S, efectivamente recibida por la EPS, esto es, sobre el resultado de descontar del total de la UPC-S, el porcentaje destinado a administración de la EPS, de acuerdo con la normatividad vigente, sin que opere algún otro descuento adicional por parte de la EPS en el cálculo del porcentaje destinado a prestación de servicios de salud de la UPC-S.

36. Los contratos por capitación que celebre la EPS con los prestadores de servicios de salud, no lo relevarán de la responsabilidad de garantizar la adecuada



prestación del servicio en su función de aseguramiento frente al usuario y frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los terceros contratados para la prestación de servicios deberán ser entidades o personas debidamente habilitadas para cumplir estas funciones conforme a las normas vigentes. En la contratación se señalarán expresamente los servicios que serán prestados en forma directa por el prestador de servicios de salud y aquellos que de manera excepcional se prestarán por remisión a terceros. Los montos mínimos de contratación por capitación se calcularán con base en el porcentaje destinado a prestación de servicios de salud de la UPC-S, efectivamente recibida por la EPS, esto es, sobre el resultado de descontar del total de la UPC-S el porcentaje destinado a administración de la EPS, de acuerdo con la normatividad vigente, sin que opere algún otro descuento adicional por parte de la EPS en el cálculo del porcentaje destinado a prestación de servicios de salud de la UPC-S. Cuando la EPS realice contratos de capitación deberá requerir, con la periodicidad que determine el Ministerio de la Protección Social, la información sobre los servicios prestados en cuanto a patologías y frecuencias. En todo caso, la EPS deberá contar con la información antes mencionada, en la misma oportunidad con la que procesa su información. La EPS se abstendrá de celebrar o renovar contratos con los prestadores de servicios de salud que no cumplan lo previsto en materia de información.

37. Pagar los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación, hayan o no recibido los recursos del régimen subsidiado, en cumplimiento de lo establecido en el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, salvo las glosas que se presenten en estos contratos por concepto de:
- 1) Recobros por servicios prestados por otro prestador según el anexo técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008, el artículo 5° de la Resolución 416 de 2009, que adiciona a el numeral 1° del anexo técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008, el numeral 6°, literal b, del artículo 5°, el numeral 7° del artículo 6°, el parágrafo 2° del artículo 6°, el parágrafo 1° del artículo 7°, y el parágrafo 2° del artículo 14° del Decreto 4747 de 2007.
  - 2) Cuando se disminuye el número de personas cubiertas por la cápita según el anexo técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008; el artículo 5° de la Resolución 416 de 2009, que adiciona a el numeral 1° del anexo técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008; y los numerales 6 y 7 del artículo 7° del Decreto 4747 de 2007.
  - 3) Las metas pactadas e incumplidas de cobertura, resolutivez y oportunidad, conforme a lo definido por los artículo 3°, 4°, 5°, y 6° de la Resolución 416 de 2009, que adicionan a la tablas número 2 y 3 y el numeral 1° del anexo técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008 y de acuerdo a lo establecido por el artículo 8° de la Resolución 3253 de 2009.



38. Pagar los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días hábiles posteriores a su presentación si los contratos son por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo deberá pagarse dentro de los treinta días (30) hábiles siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando en este último caso la EPS haya recibido los recursos del régimen subsidiado. De lo contrario, la EPS pagará dentro de los quince (15) días hábiles posteriores a la recepción de dicho pago, conforme a lo establecido por el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007.
39. Cumplir con los términos de presentación de glosa y levantamiento de glosa, conforme a la normatividad vigente.
40. De conciliar el pago de valores adeudados, cancelar estrictamente lo pactado en dichas actas en los valores y tiempos en ellas establecidas.
41. Los contratos con los prestadores de servicios de salud no podrán realizarse por un plazo inferior a la vigencia del 1º de abril de 2011 a 1º de abril de 2012, salvo cuando, por eventos excepcionales relacionados con el incumplimiento de las obligaciones del prestador o la revocatoria de su habilitación, se requiera una contratación por menor tiempo, para completar el período anual aquí informado.
42. Reportar a través de los mecanismos establecidos para el efecto los datos de los beneficiarios de los pagos que la entidad territorial o el Gobierno Nacional harán por su cuenta.
43. Aceptar que se pague directamente a los prestadores de servicios de salud contratados por capitación hasta por el valor que reporte en la declaración correspondiente.
44. Para que sea posible la operación del mecanismo de ajuste de desviaciones de la siniestralidad por alto costo, de la Cuenta de Alto Costo, es obligatorio que la EPS suministre la información requerida, suscriban los instrumentos, documentos legales necesarios para hacer efectivo el mecanismo de operación conjunta y sigan los procedimientos y cronogramas definidos por la Cuenta de Alto Costo.
45. La EPS deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud para que esta adelante las acciones de vigilancia y control así como aplicar las sanciones correspondientes, sin perjuicio de las sanciones disciplinarias penales o fiscales a que haya lugar, cuando las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado gestionen el reemplazo de cupos de población elegible no afiliada o elegible priorizada, de manera irregular por motivo de una enfermedad catastrófica, violando el listado de población elegible no afiliada o el de población elegible priorizada.
46. Las demás obligaciones legales que correspondan.



### 3. SANCIONES.

La inobservancia e incumplimiento de las instrucciones consignadas en la presente circular acarrearán la imposición de sanciones, tanto a título personal como institucional, que las normas determinan dentro de las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud, sin perjuicio de las responsabilidades disciplinarias, penales o civiles que ellas conlleven y las sanciones que puedan imponer otras autoridades administrativas.

De evidenciarse fallas o incumplimientos en las obligaciones de las EPS, estas serán objeto de requerimiento por parte de los municipios o departamentos con corregimientos departamentales, para que subsanen los incumplimientos y de no hacerlo, remitirán a la Superintendencia Nacional de Salud, los informes correspondientes.

De evidenciarse situaciones en las que, por la no realización del pago oportuno con base en obligaciones generadas con posterioridad al primero de abril de 2011 por parte de las EPS a la red prestadora, se ponga en grave riesgo el acceso a los servicios de salud a los afiliados, en los términos previstos en la normativa vigente, dichas situaciones serán informadas por los municipios o departamentos con corregimientos departamentales, o por los prestadores de servicios de salud a la Superintendencia Nacional de Salud, quien previa evaluación de la situación, podrá solicitar al Ministerio de la Protección Social la suspensión parcial o total del giro de los recursos a las EPS de manera provisional, en cumplimiento de lo descrito en el artículo 15 del Decreto 971 de 2011 y demás normas que lo adicionen, modifique, aclaren o complementen.

Una vez realizada la verificación y de acuerdo con la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de la Protección Social podrá girar directamente a la red prestadora de servicios, mientras se mantengan las circunstancias que generaron la medida.

Del mismo modo, de confirmarse que las EPS del régimen subsidiado no realiza el pago oportuno a la red prestadora, se solicita a los municipios o los departamentos con corregimientos departamentales ponerlo en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud con el fin de que se realicen las investigaciones y sanciones a que haya lugar por la conducta asumida por la EPS, pues se constituiría en un grave e injustificado incumplimiento de las obligaciones de la EPS y la violación de las disposiciones legales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que darán lugar a la imposición de multas en las cuantías señaladas en el artículo 133 de la Ley 1438 de 2011 y en el caso de que dicho comportamiento sea reiterativo será causal de pérdida de su acreditación si a ello hay lugar.

Así mismo, de conformidad con lo expuesto, de confirmarse que las EPS del régimen subsidiado no asume el cumplimiento de las instrucciones aquí consignadas, se solicita a los municipios o los departamentos con corregimientos departamentales, ponerlo en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud con el fin de que se realicen las investigaciones y sanciones a que haya lugar por la conducta asumida por la EPS, pues se constituiría en un grave e injustificado incumplimiento de las obligaciones de la EPS y

la violación de las disposiciones legales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y se establecería como una conducta que vulnera el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Derecho a la Salud, conforme a los numerales 4 y 7 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, que darán lugar a la imposición de multas en las cuantías señaladas en dicha Ley o a la revocatoria de su licencia de funcionamiento si a ello hay lugar.

**4. VIGENCIA.**

La presente Circular rige a partir de su publicación.

**13 DIC. 2011**

  
**CONRADO ADOLFO GÓMEZ VELEZ**  
Superintendente Nacional de Salud.