

|   |                |   |                |        |
|---|----------------|---|----------------|--------|
|  | <b>PROCESO</b> | ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL | <b>CÓDIGO</b>  | GDFL03 |
|   | <b>FORMATO</b> | CIRCULAR EXTERNA                        | <b>VERSIÓN</b> | 1      |

**000014**

**Para:** PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICAS, PRIVADAS Y MIXTAS Y ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS.

**De:** SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

**Asunto:** POR LA CUAL SE IMPARTEN INSTRUCCIONES RESPECTO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS PLAZOS DE REPORTE DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL GIRO DIRECTO DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

**Fecha:** 31 JUL 2015

### CONSIDERACIONES

**I. Marco Legal General de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud aplicables al tema de la presente Circular.**

El artículo 29 de la Ley 1438 de 2011 establece que a los entes territoriales les corresponde administrar el régimen subsidiado a través del seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados que se encuentren dentro de su jurisdicción. Adicionalmente, dispone que en nombre de las entidades territoriales, el Ministerio de Salud y Protección Social girará a las EPS la unidad de pago por capitación y que podrá hacer giros directos a las IPS con fundamento en el instrumento jurídico que defina para tal efecto el Gobierno Nacional.

En virtud de lo anterior, mediante el Decreto 971 de 2011, el Gobierno Nacional definió el instrumento a través del cual el Ministerio de Salud y Protección Social gira los recursos del Régimen Subsidiado a las EPS y las medidas para agilizar el flujo de recursos entre estas y las IPS, con base en el reporte de información de los recursos contratados por capitación y la liquidación mensual de afiliados que hacen las EPS, validada por las entidades territoriales a través de la información reportada en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA).

Según el decreto citado, la liquidación mensual de afiliados determina el número de afiliados por los que se liquida la Unidad de Pago por Capitación y el monto a girar a cada EPS por fuente de financiación para cada entidad territorial.

|   |                |   |                |        |
|---|----------------|---|----------------|--------|
|  | <b>PROCESO</b> | ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL | <b>CÓDIGO</b>  | GDFL03 |
|   | <b>FORMATO</b> | CIRCULAR EXTERNA<br><b>000014</b>       | <b>VERSIÓN</b> | 1      |

De conformidad con lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2320 de 17 de junio de 2011, por medio de la cual se estableció el mecanismo de reporte de información a cargo de las EPS sobre los montos a girar a las instituciones prestadoras de servicios de salud, fijando los plazos y reglas de dicho reporte con el fin de materializar el giro directo de los recursos que financian la unidad de pago por capitación a las IPS, así como, el registro de las cuentas por parte de estas últimas con el objeto de realizar el giro directo de los recursos del Régimen Subsidiado a la red prestadora de servicios de salud.

En aras de garantizar los principios de eficiencia y oportunidad del giro directo de los recursos que financian la unidad de pago por capitación, los artículos 4º, 6º y 8º de este acto administrativo fueron modificados por la Resolución 4182 de 20 de septiembre de 2011, atendiendo a la dinámica de la contratación de la red de prestadora de servicios de salud por parte de las EPS que requería de términos más amplios para registro de cuentas y determinación de ejecución financiera de los contratos suscritos entre éstas y las IPS.

En consecuencia el artículo 2º de la Resolución 4182 de 2011 que modificó el artículo 6º de la 2320 de 2011, estableció que una vez publicado el listado de las IPS habilitadas para el giro directo de los recursos del Régimen Subsidiado, las EPS reportarán al Ministerio de Salud y Protección Social a más tardar el décimo quinto (15) día hábil del mes siguiente a dicha publicación, el monto a girar a cada prestador el siguiente mes dependiendo de las modalidades de contratación, es decir, por capitación o por evento.

En virtud de lo anterior y en desarrollo de las funciones de inspección, vigilancia y control que la Superintendencia Nacional de Salud tiene asignadas según los artículos 116 y 128 de la Ley 1438 de 2011 y sin perjuicio de la función jurisdiccional y de conciliación que esta entidad tiene de acuerdo con el artículo 126 de la citada ley, podrá imponer sanciones consistentes en multas o revocatorias de la habilitación otorgada a sus vigilados, a través de un procedimiento administrativo sancionatorio cuando se vulneren disposiciones normativas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De acuerdo con el numeral 12 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, el no reporte oportuno de la información que se le solicite a los vigilados por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y por parte de esta Superintendencia, dará lugar a las sanciones administrativas mencionadas en el párrafo anterior.

El artículo 7º del Decreto 2462 de 2013, establece las funciones del Despacho del Superintendente Nacional de Salud y entre otras, dispone que le corresponde determinar la información que deben presentar las entidades sujetas de inspección, vigilancia y control a la Superintendencia Nacional de Salud.

Así mismo el citado decreto delega en la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional a través de las Direcciones de Inspección y Vigilancia para las Entidades

|   |                |   |                |        |
|---|----------------|---|----------------|--------|
|  | <b>PROCESO</b> | ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL | <b>CÓDIGO</b>  | GDFL03 |
|   | <b>FORMATO</b> | CIRCULAR EXTERNA<br><b>000014</b>       | <b>VERSIÓN</b> | 1      |

Administradoras de Planes de Beneficios<sup>1</sup>, para Prestadores de Servicios de Salud<sup>2</sup>, para las Entidades del Orden Nacional<sup>3</sup> y para las Entidades del Orden Territorial<sup>4</sup> el seguimiento al flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

## INSTRUCCIONES

### SEGUIMIENTO AL GIRO DIRECTO

Mensualmente y con base en las certificaciones de radicación de facturación que reporten las Empresas Sociales del Estado –ESE- y las principales Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS- de naturaleza privada o mixta, la Superintendencia Nacional de Salud a través del Grupo de Seguimiento al Flujo de Recursos verificará que las Entidades Promotoras de Salud den cumplimiento a lo previsto por el literal d del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, mediante la aplicación del giro directo establecido por las Resoluciones 2320 y 4182 de 2011.

#### **Para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud**

**PRIMERA.** Sin perjuicio de las demás acciones de Inspección Vigilancia y control que competen a esta superintendencia en relación con el flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social y con el fin de realizar el seguimiento al giro directo autorizado por las EPS; todas las Empresas Sociales del Estado-ESE- y las IPS privadas o mixtas que cuenten con servicios de urgencias y con más de 50 camas de hospitalización, remitirán a la Superintendencia Nacional de Salud entre los 15 y 22 días calendario de cada mes un reporte que contenga el detalle de las facturas radicadas ante las EPS, y/o el valor de las capitaciones por municipio que en forma anticipada debe girar la EPS, de conformidad con el detalle previsto en el anexo de la presente resolución.

La remisión de la información mencionada en este artículo facilitará el seguimiento al flujo de los recursos del sistema, sin perjuicio de la función jurisdiccional y de conciliación que tiene la Superintendencia para convocar de oficio a las partes que incumplan los compromisos de pago suscritos con ocasión de la prestación de servicios de salud por capitación o por evento a los usuarios del Sistema.

#### **Para las Entidades Promotoras de Salud**

<sup>1</sup> Numeral 12 del artículo 22 del Decreto 2462 de 2013.

<sup>2</sup> Numeral 10 del artículo 23 del Decreto 2462 de 2013.

<sup>3</sup> Numeral 3 del artículo 24 del Decreto 2462 de 2013.

<sup>4</sup> Numeral 14 del artículo 25 del Decreto 2462 de 2013.

|   |                |   |                |        |
|---|----------------|---|----------------|--------|
|  | <b>PROCESO</b> | ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL | <b>CÓDIGO</b>  | GDFL03 |
|   | <b>FORMATO</b> | CIRCULAR EXTERNA<br><b>000014</b>       | <b>VERSIÓN</b> | 1      |

**SEGUNDA.** Con base en la información de facturación certificada por las IPS, la Superintendencia Nacional de Salud a través del Grupo de Seguimiento al Flujo de Recursos verificará que los montos autorizados por las EPS y que fueron reportados a la plataforma PISIS del Ministerio de Salud y Protección Social correspondan con las siguientes modalidades contractuales:

- a) En el caso de las contrataciones que no son por capitación, (pago por evento, global prospectivo o por grupos relacionados de diagnóstico), el grupo mencionado verificará que correspondan al 50% del valor radicado mensualmente, más el saldo no glosado de la facturación presentada en los meses anteriores, de conformidad con lo establecido en el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 y,
- b) Para el caso de los contratos por capitación, el citado grupo verificará que el giro autorizado corresponda al 100% de valor facturado, menos los recursos del esfuerzo propio o de las Cajas de Compensación que sean incorporados en la respectiva Liquidación Mensual de Afiliados.

Efectuadas las verificaciones correspondientes y dentro de los 7 días posteriores al reporte efectuado por las EPS en cumplimiento del Artículo 2 de la Resolución 4182 de 2011, cuando se requiera, la Superintendencia Nacional de Salud solicitará el ajuste de los montos inicialmente remitidos y las Entidades Promotoras de Salud efectuarán los ajustes y reportarán a la Plataforma PISIS el archivo ajustado dentro de los dos días siguientes al requerimiento.

## **REGISTRO CONTABLE DE LOS RECURSOS AUTORIZADOS COMO GIRO DIRECTO**

### **Para las Entidades Promotoras de Salud**

**TERCERA.** De conformidad con lo previsto por el Artículo 4 de la Resolución 4182 de 2011, dentro de los 3 días hábiles siguientes a la publicación del giro directo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social las Entidades Promotoras de Salud deberán informar a las IPS los montos del giro directo que corresponde aplicar a cada factura, con base en lo anterior y teniendo en cuenta los reportes que sobre el particular deban realizar las EPS al Ministerio de Salud o a la Superintendencia Nacional de Salud se harán las verificaciones correspondientes y ejercerá sus funciones de Inspección Vigilancia y Control.

### **Para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud**

**CUARTA.** De conformidad con lo previsto por la circular conjunta 000030 de 2013, es obligación de las IPS contar con información contable actualizada y confiable. En tal sentido y con el fin de realizar el seguimiento a la aplicación del giro a la facturación reportada, la

|   |                |   |                |        |
|---|----------------|---|----------------|--------|
|  | <b>PROCESO</b> | ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL | <b>CÓDIGO</b>  | GDFL03 |
|   | <b>FORMATO</b> | CIRCULAR EXTERNA<br><b>000014</b>       | <b>VERSIÓN</b> | 1      |

Superintendencia Nacional de Salud verificará que dichas entidades realicen las operaciones contables respectivas, con base en la información reportada.

### DE LA RESPONSABILIDAD EN LA OPORTUNIDAD, CUMPLIMIENTO Y VERACIDAD DEL REPORTE

**QUINTA.** Los representantes legales de las entidades destinatarias de la presente Circular, serán responsables de la veracidad y consistencia de la información reportada ante el Ministerio de Salud y Protección Social y la remitida a esta Superintendencia.

De conformidad con lo establecido en los numerales 11 y 12 del artículo 130 y del artículo 131 de la Ley 1438 de 2011, la inobservancia e incumplimiento de las instrucciones impartidas en este acto administrativo, dará lugar a la imposición de multas hasta de 2500 SMLMV a las entidades que se encuentren dentro del ámbito de la vigilancia de esta Superintendencia, así como a título personal hasta de 200 SMLMV a los representantes legales de éstas ya sean de carácter público o privado, directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud o a la revocatoria del certificado de habilitación de las vigiladas si a ello hubiere lugar.

**SEXTA. Derogatoria y Vigencia.** La presente circular rige a partir de su publicación y deroga cualquier otra circular o instrucciones que le sean contrarias.

Dado en Bogotá, D.C. a los

**31 JUL 2015**

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,**



**NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ**  
Superintendente Nacional de Salud

Revisó y Aprobó: Federico Núñez García. Jefe Oficina Asesora Jurídica.  
Revisó y Aprobó: Miguel García Cancino. Asesor.  
Elaboró: Marcela Gómez Martínez. Asesora.

## ANEXO

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, reportarán mensualmente a la Superintendencia Nacional de Salud el detalle de la facturación radicada ante las EPS, a través del portal [www.supersalud.gov.co](http://www.supersalud.gov.co) en el link "recepción datos vigilados" luego de registrarse y autenticarse en el sistema con su usuario y contraseña en los parámetros de cargue de archivos selecciona la opción "FACTURACION IPS" .

**PLAZO PARA EL ENVIO DE LA INFORMACIÓN:** cada mes a partir de la expedición de la presente circular las IPS deberán transmitir el archivo tipo 179 "reporte facturación radicada" entre los días 15 y 22 calendario, cuando el día 22 calendario se no hábil, el plazo corresponderá hasta el día hábil siguiente.

**NOMBRE DEL ARCHIVO:** El nombre del archivo a reportar debe estar compuesto por el NIT de la IPS, incluido su dígito de verificación sin separador, el periodo y año al que corresponde el reporte y el tipo de archivo, por ejemplo para el reporte de la facturación radicada en agosto el nombre del archivo debe corresponder: 1234567890082015179.TXT, donde 1234567890, sería el Nit de la entidad, 08 sería el mes de agosto, 2015 correspondería al año del reporte y 179 el número de archivo.

**CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ARCHIVO:** La información debe estar en archivo plano y delimitada por comas (,), no completar con ceros a la izquierda los campos numéricos, ni con espacios a la derecha los campos alfanuméricos, no colocar separadores de miles ni decimales en los campos de valores, el archivo debe estar firmado digitalmente por el representante legal.

**ARCHIVO TIPO 179**  
**REPORTE FACTURACIÓN RADICADA**  
**Nombre del Archivo: NITDVPPANNO179.TXT**

*En pesos, todos los campos son obligatorios*

| N° Del Campo | Nombre del Campo       | Contenido   | Número de caracteres | Tipo de Caracteres | OBSERVACION  |
|--------------|------------------------|---|----------------------|--------------------|--|
| 1            | NIT                    | NIT de la IPS sin dígito de verificación asignado por la Cámara de Comercio | 9                    | Numérico           | No deberá permitir que continúe el reporte si digita más o menos dígitos de los requeridos (9). En ningún momento el mismo NIT podrá ingresar a reportar la información más de una vez para cada periodo. No existe un máximo de registros por cada IPS. |
| 2            | Dígito de Verificación | Dígito de verificación del NIT de la IPS                                    | 1                    | Numérico           | Deberá ingresar el dígito de verificación el cual corresponde a un número entre 0 y 9. Solo deberá permitir el ingreso de 1 valor.   |

000014

En pesos, todos los campos son obligatorios

| N° Del Campo | Nombre del Campo     | Contenido   | Número de caracteres          | Tipo de Caracteres | OBSERVACION   |
|--------------|----------------------|---|-------------------------------|--------------------|---|
| 3            | Periodo de Reportado | Es el mes para el cual se reporta facturación radicada que se tendrá en cuenta para validar el giro directo de la LMA del mes inmediatamente siguiente. Entre (01 y 12)   | 2                             | Numérico           | El periodo reportado debe validarse con la fecha en que se ingresa la información, es decir, si reporta periodo 06 solo puede realizarlo en el mes de junio, y si reporta periodo 12 solo lo podrá realizar en el mes de diciembre. |
| 4            | Año                  | Año al cual corresponde el periodo reportado  | 4                             | Numérico           | El año del mes al cual corresponde el reporte.  |
| 5            | Tipo de factura      | El tipo de facturación radicada según corresponda a su naturaleza (capitación / otros)  | 1 =<br>Capitación<br>2= Otros | Numérico           | Solo permitir un valor correspondiente a los códigos establecidos (1 o 2)   |
| 6            | Número de la Factura | Número de la Factura según autorización DIAN o número del contrato cuando corresponda a un anticipo de un contrato por capitación   | 20                            | Alfanumérico       | Según numeración autorizada por la DIAN   |
| 9            | valor de la factura  | Valor de la factura radicada  | 16                            | Numérico           | Máximo de caracteres 16 y mínimo 0. Valor expresado en pesos. No usar separadores de miles ni de decimales.   |
| 6            | Código de la EPS     | Corresponde al código asignado por la Supersalud a cada uno de las EPS de acuerdo con la tabla que se encuentra anexa.  | 6                             | Alfanumérico       | Debe ser validado con la tabla de códigos ya que solo podrá ingresar los códigos en ella contenidos.  |
| 8            | Código Municipio     | Para la facturación por capitación corresponde al código DANE del municipio donde está ubicada la población que se capita. Para los demás casos corresponde al código dane del municipio donde está habilitada la sede principal del prestador. | 5                             | Numérico           | Tabla de división político administrativa DANE  |

000014

*En pesos, todos los campos son obligatorios*

| <i>N° Del Campo</i> | <i>Nombre del Campo</i>                    | <i>Contenido</i>  | <i>Número de caracteres</i> | <i>Tipo de Caracteres</i> | <i>OBSERVACION</i>  |
|---------------------|--|---|-----------------------------|---------------------------|---|
| 10                  | Acuerdos de pago a través del giro directo | corresponde al valor que de conformidad con los compromisos de pago deban autorizar las EPS como giro directo en virtud de la realización de mesas de saneamiento de cartera previstas por la Circular 030 de 2013 o con base en acuerdos de conciliación celebrados ante la SNS en aplicación del Art. 38 de la Ley 1122 de 2007 | 16                          | Numérico                  | Máximo de caracteres 16 y mínimo 0. Valor expresado en pesos. No usar separadores de miles ni de decimales. |

*El reporte de radicación de la facturación constituye declaración formal del representante legal sobre la existencia de facturas debidamente radicadas por el monto incluido en el archivo.*