

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

RESOLUCION NÚMERO 000535 DEL 2.009
(27 ABR. 2009)

Por medio de la cual se resuelve el recurso de reposición incoado por el doctor GERMÁN MADERO PÉREZ, Representante legal de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI, contra la Resolución No. 000251 del 27 de febrero de 2009.

EL SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD

En ejercicio de sus facultades legales, especialmente las conferidas en el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, el Decreto 1018 de 2007, la Ley 1122 de 2007, los artículos 50, 51, 56, 59 y 60 del C.C.A. y

CONSIDERANDO

1. ANTECEDENTES PROCESALES

La Superintendencia Nacional de Salud, con la Resolución No. 275 del 10 de Febrero de 2006, resolvió habilitar a la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO EPS-S, para la operación del régimen subsidiado, en varios departamentos del Territorio Nacional, entre los cuales se encuentra el Departamento del Chocó.

El trámite sub examine, surge con ocasión a la visita inspectiva realizada a la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO EPS-S, la cual se llevó a cabo entre los días 4 al 8 de noviembre de 2008, en el departamento del Chocó, ordenada en ejercicio de sus funciones, por la Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Administradores de Recursos del Sector Salud de esta Superintendencia, mediante los Autos No. 1914 del 30 de octubre de 2008 y 460 del 25 de noviembre de 2008.

El objeto de dicha prueba consistió en evaluar y verificar el cumplimiento en los pagos realizados a las IPS, correspondiente a los recursos recibidos por la EPS-S a través del giro directo adoptado por el Decreto 1054 del 30 de marzo de 2007, para asegurar el Flujo de Recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud "Régimen Subsidiado" en el departamento del Chocó.

Evaluados los antecedentes procesales arimados al trámite que nos ocupa, entre los cuales encontramos el informe de la visita realizada a la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO EPS-S, en el departamento del Chocó, rendida por el doctor ERNESTO FILEMÓN RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, Profesional Especializado de la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud y las certificaciones expedidas por la Superintendente Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud, el Director General para la Inspección y Vigilancia de los Administradores de Recursos de Salud, el Coordinador del Grupo Financiero y el Profesional Especializado EAPB, de fecha 27 de febrero de 2009, la cual reposa a folios 55 y 56 de la carpeta No. 1, como también, del informe rendido por funcionarios de la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud y, la certificación dada por el Superintendente Delegado para la Atención en Salud (F) y la doctora MARÍA CRISTINA GARCÍA VARGA, Coordinadora Grupo Apoyo a

Calidad y Aseguramiento, se concluyó que la Caja en cita se encuentra in curso en causal de revocatoria parcial de la habilitación respecto al departamento de Chocó, razón por la cual, el Señor Superintendente Nacional de Salud, con la Resolución No. 000251 del 27 de febrero de 2009, dispuso revocar parcialmente el certificado de habilitación, para el Departamento del Chocó, de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO EPS-S.

Por otra parte, el día 13 de marzo de 2009, se notificó personalmente la doctora CLAUDIA CONSUELO PIÑA ÁVILA, del contenido de la Resolución No. 000251 de 2009, tal como se observa a folios 57 al 60 de la carpeta No. 2.

El doctor GERMÁN MADERO PÉREZ, Representante Legal de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO EPS-S, mediante escrito radicado en esta Superintendencia con el NRUC 8029-I-0455578 de fecha 20 de marzo de 2009, accionó en reposición contra la Resolución No. 000251 de 2009.

2. FUNDAMENTOS DE LA IMPUGNACIÓN

El recurrente sustenta su inconformidad con relación a la Resolución No. 000251 de 2009, en los siguientes términos:

1. CAJACOPI ATLÁNTICO administra los recursos del régimen subsidiado desde 2003, mediante Resolución No. 485 del 7 de abril de 2003, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.
2. Con base en el Decreto 515 de 2004, modificado por el Decreto 506 de 2005, se establecieron las condiciones requeridas a las entidades operadoras del régimen subsidiado y, mediante el artículo 12 ib., se define el proceso de habilitación de las entidades que al momento de la entrada en vigencia del Decreto en cita se encontraban autorizadas para operar como ARS.
3. Por su parte, los Decretos 3010 y 3880 de 2005, modifican parcialmente el Decreto 515 de 2004, brindan la oportunidad de sujetar la habilitación, al cumplimiento de planes de desempeño o de mejoramiento de actividades, con el objetivo de que las entidades se ajusten a la totalidad de los estándares mínimos de calidad contenidos en la Resolución 581 de 2004 expedida por el Ministerio de la Protección Social.
4. Con la Resolución No. 000275 del 10 de febrero de 2006, la Superintendencia Nacional de Salud habilitó para operar el régimen subsidiado del SGSSS, sujeto a la adopción y cumplimiento de un plan de desempeño o de mejoramiento o de actividades de acuerdo con el Decreto 3880 de 2005.
5. Es evidente el cumplimiento de CAJACOPI de las condiciones de habilitación, al igual de la forma como participó en la evaluación o calificación de la operación regional reglamentada mediante la Resolución No. 1013 de 2005 y los Acuerdos 294, 298 y 300 de 2005 emanados del CNSSS, siendo autorizada para operar en tres de las cinco regiones definidas por el Ministerio de la Protección Social según las Resoluciones No. 2718 y 3734 de 2005 y un departamento excepcional según la Circular No. 069 de 2005, participando activamente en todo lo reglamentado en el SGSSS en cuanto a la operación del régimen subsidiado.
6. En estímulo a la participación dedicada en el SGSSS y dando cumplimiento a un sin número de retos en el ejercicio de la operación propia del régimen subsidiado para optimizar el servicio y mejorar la calidad en salud de la población más pobre y vulnerable del departamento de Chocó, el CNSSS y el Ministerio de la Protección Social sin restar importancia a las condiciones de habilitación como componente del

ATLANTICO, contra la Resolución No. 000251 de 2009.

SGOGC: CAJACOPI EPS-S atendió todas las visitas integrales de inspección, vigilancia y control y, las de seguimiento de cumplimiento del plan de mejoramiento establecido por la Superintendencia Nacional de Salud.

7. La Resolución No. 000251 del 27 de febrero de 2009, no mencionó la Resolución No. 00048, mediante la cual habilita a CAJACOPI para operar en varios departamentos, en este caso, sin plan de mejoramiento a partir del 20 de enero de 2009.
8. Como nota de especial interés, el impugnante cita el parágrafo del artículo 1 de la parte Resolutiva y en ANTECEDENTES PROCESALES, indicó que la Dirección General de Inspección y Vigilancia de los Administradores de Recursos del Sector Salud, mediante el Auto No. 1914 del 30 de octubre de 2008 ordenó la práctica de una visita inspectiva a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO EPS-S, la cual fue realizada en el departamento de Chocó durante los días comprendidos entre el 4 y el 8 de noviembre de 2008, con el objeto de evaluar y verificar el giro adoptado por el Decreto 1054 de 2007 y así asegurar el flujo de recursos en el SGSSS en dicho departamento.
9. El recurrente continúa manifestando que la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, mediante el Auto No. 0460 del 25 de noviembre de 2008, ordenó la práctica de visita inspectiva durante los días 18 al 28 de diciembre de 2008 a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO EPS-S en el departamento de Chocó, continua agregando; sin embargo, la citada caja no anexó -sic- documento para respaldar sus argumentos respecto a los hallazgos encontrados en la visita.

"Afirmación o conclusión apartada de la realidad, teniendo en cuenta que CAJACOPI EPS-S, remitió los soportes documentales de la visita del ente de control a la seccional Chocó, adjunto con la respuesta al oficio de fecha 19 de febrero de 2008, cabe destacar que dicha misiva fue enviada en primera instancia, con el fin de cumplir con los términos de ley y teniendo en cuenta que el domicilio del representante legal es la ciudad de Barranquilla, via fax, posteriormente los mismos documentos fueron radicados en original ante la Superintendencia de Salud junto a todos sus anexos bajo el Nuro 3004-2-000432799 del día 1 de diciembre de 2008. Tal como se desprende de los folios que obran como anexo del presente escrito."

10. Por comunicación NURC 4022-3-000436167 recibida el 6 de enero de 2009, La CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO EPS-S dio respuesta al informe preliminar de visita ante la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos del Sector Salud y luego alima que con oficio del 26 de febrero se remitió el informe final por parte de la Superintendencia Delegada en cita; es decir, un día antes de la Resolución No. 000251 de 2009, comunicación radicada hasta el día 3 de marzo de 2009.
11. Con relación a los hallazgos de la visita, La Resolución No. 000251 de 2009, transcribe un resumen de lo consignado en el documento 8210 del 19 de febrero de 2009, radicada en la Superintendencia Nacional de Salud el 24 de febrero de 2009, mediante el cual, CAJACOPI EPS-S respondió el informe preliminar de la visita.

El doctor MADERO PÉREZ, así mismo agregó que frente a la "EVALUACIÓN Y HALLAZGOS DE SOPORTES DOCUMENTALES", se enviaron los soportes, confirmandose el recibido de la documentación en la Superintendencia Nacional de Salud.

A CAJACOPI EPS-S no le fue otorgado su derecho a conocer y controvertir las pruebas en su contra, violándose así su derecho a la defensa y al debido proceso. La Superintendencia Nacional de Salud violando flagrantemente el debido proceso no otorgó la oportunidad legal a la entidad CAJACOPI EPS-S de controvertir la motivación del ente de control para revocar parcialmente el certificado de habilitación en lo que se refiere a la administración del régimen subsidiado en el departamento de Chocó, situación que se agrava por el desconocimiento manifiesto de los documentos o

pruebas que obraban como anexo del documento calendado Nurc 4022-2-000437994 del 06 de enero de 2009.

El impugnante para sustentar lo anterior, trae a colación apartes de sendos pronunciamientos de la Corte Constitucional, en Sentencias T-521 de 1992, T-490 de 1992, 1021 -sic- de 2002, C-487 de 1997, C-50 de 1997, T-359 de 1997, T-731 de 2007, en los artículos 3 y 4 del CCA.

12. Hallazgos de la visita realizada por la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud: Sobre el particular, el recurrente agregó que todos los cargos enunciados fueron desvirtuados y soportados en todas las respuestas enviadas al punto que ninguno de los presuntos informes preliminares remitidos a CAJACOPI EPS-S, "son enunciados como no soportados o como incumplidos, por tal motivo se entendieron como subsanados o aclarados, de lo contrario, una vez más se violaría derechos a CAJACOPI EPS-S tales como: el debido proceso y el derecho a la defensa.
13. Planeación de la atención en salud: El doctor MADERO PÉREZ señaló que "como se determina del documento modelo de atención de CAJACOPI EPS-S, en el numeral 4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL MODELO DE ATENCIÓN. El modelo de la EPS-S parte de un diagnóstico integral del estado de salud que cuenta con los siguientes componentes: 1. Epidemiológico que aborda el problema enfocándolo hacia el estudio de las necesidades de salud. 2. Psicosocial, que aborda lo concerniente al deseo y búsqueda de la atención y 3. Un aspecto económico que trata la etapa de inicio y continuación de la atención, los cuales confluyen dentro del concepto de integralidad descrito en el numeral 4.1.5. INTEGRALIDAD DEL MODELO. (...) Es así como el soporte del análisis de la información que le da sustento al modelo de atención planteado se encuentra en los numerales 5. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, 6. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL los cuales por metodología y practicidad de este documento solo se plasma la información consolidada nacional sustraída del diagnóstico situacional de salud de cada uno de las seccionales y departamentos en donde CAJACOPI EPS-S hace presencia en el procedimiento DISEÑO Y ACTUALIZACIÓN DEL MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (Anexo 1) que se encuentra dentro del SOGC de CAJACOPI EPS-S. En este orden de ideas la sustentación de la evaluación del perfil epidemiológico de chocho, es fuente de la información plasmada en este documento por tal hace parte integral del análisis con que se plantea el modelo, se adjunta copia del diagnóstico situacional de chocho utilizado para el modelo de atención (Anexo 2).
14. Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad: Sobre el particular, el impugnante manifestó que los planes de salud indicativo del anexo técnico No.1 y planes operativos anuales y de inversiones de salud del anexo técnico No. 2 de los municipios de Alto Baudó, Canto de San Pablo, Medio San Juan y, Río Sucio fueron enviados y radicados en el Ministerio de Salud -sic- en el mes de diciembre (Anexo 3) La implementación de estos planes durante 2008, ha sido un proceso bastante lento y complicado, teniendo en cuenta que los diferentes actores no han logrado coordinar las tareas de la nueva norma y solo en noviembre y diciembre, con seminarios y talleres programados dentro de la estrategia de control social por parte del Ministerio de la Protección Social, se logró obtener un documento final para radicar dichos planes. Parte de la ejecución de los mismos, se encuentra en los informes de ejecución de protección específica y detección temprana "que ustedes revisaron", pues se venían trabajando previamente a la aprobación del plan. Se aportan planes indicativos y planes operativos, anexos 1 y anexos 2 de los municipios de Alto Baudó, Canto de San Pablo, Medio San Juan y Río Sucio, programación de seminarios, talleres de control social 2008 y programación 2009 (anexo 3)

Las prórrogas sobre la entrega de los planes indicativos y los POAI de las EPS-S, se vienen presentando al Ministerio de la Protección Social desde el mes de mayo. En agosto, de forma oficial, el Ministerio en comento concedió plazo para dicha entrega, la cual no se cumplió por ninguna EPS, ni entidad territorial, por falta de coordinación, capacitación e información. El Ministerio programó para los meses de septiembre, octubre, noviembre

se realiza por medio del formato de referencia y contrarreferencia. Con dichos análisis, se puede establecer la oferta y demanda de servicios.

Por otra parte, el pluriusuario recurrente agregó que los indicadores de gestión y oportunidad que se miden mensualmente, forman parte del sistema de información y, que con dichos indicadores se hace seguimiento a cada procedimiento del proceso de autorizaciones y con ellos, se mide la frecuencia de uso y eficiencia en la referencia y contrarreferencia solicitada por los usuarios.

El sistema de información contiene los siguientes indicadores:

- Indicadores de oportunidad:
 - a) Oportunidad en la referencia del servicio de urgencia.
 - b) Oportunidad en la atención de servicios de imagenología.
 - c) Oportunidad de la referencia de la EPS-S.
- Indicadores de seguimiento:
 - a) Porcentaje de autorizaciones de II y III Nivel.
 - b) Porcentaje de autorizaciones de I Nivel.

El manejo de los informes de referencia y contrarreferencia y los informes estadísticos están bajo responsabilidad del personal que atiende el call center desde la oficina nacional, bajo la coordinación y supervisión del Coordinador Nacional de SIAU.

El proceso de referencia y contrarreferencia ha tenido varios cambios, los cuales han sido resultado del seguimiento y análisis del proceso de sistema de atención al usuario y al proceso de autorizaciones.

Se realizan reuniones de ligas de usuarios cada dos meses, en donde se informa y capacita sobre cambios de la normalidad, cambio en la red prestadora de servicios y proceso de referencia y contrarreferencia. Se realizan encuestas de satisfacción mensual por prestador, se colocan buzones de apertura de buzón y se cuenta con una oficina de SIAU que es la encargada de orientar a los usuarios, recibir las quejas y reclamos y darles trámite en el menor tiempo posible y crear planes de mejoramiento. (Anexo 7)

Así mismo, la EPS-S realiza auditoría a la calidad de las actuaciones del CTC, por intermedio de la Coordinación Médica Nacional y la Coordinación Nacional de Autorizaciones y SIAU, dando cumplimiento a las Resoluciones 3099 y 3754 de 2008.

A través del seguimiento y verificación a:

- El cumplimiento de las reuniones semanales del CTC.
- La evaluación, aprobación o desaprobación de las prescripciones u órdenes médicas presentadas por los médicos tratantes de los afiliados, de los medicamentos y demás servicios médicos y presentaciones de salud por fuera del POS-S.
- Justificación técnica de las decisiones adoptadas, teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos del paciente.
- Elaboración y suscripción de las respectivas actas.
- Realización y remisión al Ministerio de informes trimestrales de los casos autorizados y negados.
- Cumplimiento a la prescripción de medicamentos, servicios médicos y prestadores de salud que se encuentren debidamente autorizados para su uso y ejecución o realización por las respectivas normas vigentes en el país como las expedidas por el INVIMA y las referentes a la habilitación de servicios en el Sistema de la Calidad de los servicios de salud.

- Verificando que toda prescripción de medicamentos y/o servicios médicos y prestaciones de salud, sean consecuencia de haber utilizado, agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad contenidas en el POS-S sin obtener resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto en sus indicadores o de prever u observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicadores o contraindicaciones expresas y verificando que haya constancia de lo anterior en la historia clínica.
- La NO aprobación en ningún caso por parte del Comité Técnico - Científico de tratamientos experimentales.
- Verificando que la o las prescripciones u órdenes médicas y justificación en caso de ser un medicamento, procedimiento e intervenciones NO POS-S, deben ser presentada y debidamente sustentadas por escrito por el médico tratante, con sus respectivos soportes según normatividad vigente.
- Seguimiento a la oportunidad en el trámite de solicitudes de medicamentos, procedimientos e intervenciones NO POS-S, para el cumplimiento de los mismo. -Sic-
- Cumplimiento a la aprobación de tratamientos ambulatorios por máximo 3 meses y el análisis de este tratamiento teniendo en cuenta la respuesta de este en el paciente, determinando así la periodicidad con que se seguirá autorizando y suministrando. Y de la misma manera en los casos de tratamiento crónicos -sic- que será máximo por 1 año.
- Verificación de la realización y justificación del Acta del Comité Técnico Científico en donde se dio negación al suministro de medicamento, servicio médico o prestación de salud No POS, en forma previa en los casos de presentación de acción de tutela. (Anexo 8)

Se realiza auditoría y seguimiento en forma semanal, a cada uno de los casos revisados por los CTC, en cada una de las seccionales. (Anexo 6)

Respecto a la nota técnica del POS-S, el impugnante agregó que los ajustes en la operación de la Nota Técnica de CAJACOPI EPS-S, se realizan mediante un plan de acción con la finalidad de fortalecer la sostenibilidad financiera de la entidad dentro del SGSSS, teniendo en cuenta los ingresos y gastos en la prestación de servicios de las EPS-S, la siniestralidad y los gastos de la EPS-S, el impuesto a la renta y el estado de resultados del año 2008 en que se determina el patrimonio de la misma y el margen de solvencia.

Se han planteado diversas acciones y estrategias que se inician en la etapa precontractual mediante la capacitación a los Gerentes Seccionales de Aseguramiento, Coordinadores Seccionales y Coordinadores Médicos Seccionales en el Proceso de Contratación de la Red y Manual de Contratación, lo que se realizó en el mes de enero de 2009, como puede observarse en el Acta de fecha 21 de enero de 2009.

Por otra parte, la contención de costos por siniestralidad no es tanto reducir la morbilidad, sino que debe hacerse un control sobre las frecuencias de uso del servicio, que son las que comprometen el margen de solvencia de la EPS-S, como también el flujo de los recursos por parte de las entidades territoriales sin cumplimiento de la normatividad vigente y las estipulaciones contractuales.

Para evitar que un paciente llegue a ser de alto costo se le debe dar manejo oportuno y de calidad a los pacientes con enfermedades de alto impacto en la población afiliada y en las que se deben brindar servicios de consulta médica especializada, hospitalización, medicamentos adecuados, utilizando los Comité Técnico Científico para la formulación de medicamentos no incluidos en el POS-S con propiedades de protección renal y vascular, incluso bajo su marca comercial, pero que garanticen la recuperación de la salud de los pacientes. No reparan en costos ni en el uso de medicamentos comerciales, ni en estancias hospitalarias, ni en atención especializada, utilizando para ello las herramientas de norma sin que se lesione el patrimonio de la EPS-S al ser recobrados ante el FOSYGA. ✓

CAJACOPI EPS-S en todas las respuestas a los informes preliminares dio alcance y soportó de manera procedimental y documental, los presuntos hallazgos, sin embargo en forma reiterada son desconocidos.

CONCLUSIONES DE LA RESOLUCIÓN 000251 DE FEBRERO DE 2009

No se explica de qué manera en la Resolución 000251 de 2009, se define que existen cuentas pendientes de pagos superiores a 30 días y que por ende CAJACOPI EPS-S se encuentra en lo establecido en la Resolución 3556 de 2008 artículo 16 numeral 16.2., sin tener en cuenta lo anterior y más aún cuando afirma que no pudo verificar la información porque la EPS-S CAJACOPI no anexó la relación de pagos a los proveedores de bienes y prestadores de servicios de salud.

CONCLUSIÓN

"Para CAJACOPI EPS-S es claro que la Superintendencia de Salud está extralimitando sus poderes administrativos como ente de control y vigilancia, violando derechos analizados, los cuales al tomar una decisión que afecte a uno de sus vigilados obligatoriamente deben interpretarse en su conjunto, ya que con un solo acto como es este caso pueden afectarse a la vez varios derechos fundamentales, siendo el derecho al debido proceso administrativo uno de los más vulnerados (...)

Es así que debe ser revocado el acto administrativo en este caso la Resolución No. 000251 por desconocer las pruebas enviadas con violación del debido proceso."

La Resolución 000251 del 27 de febrero de 2009 aplica sin fundamento probatorio, lo establecido en el artículo 16,16.2., literal b) de la Resolución 3556 de 2008, al reconocer que no pudo verificar el comportamiento del flujo de recursos de CAJACOPI EPS-S hacia los prestadores de servicios de salud, al presuntamente no allegar los documentos soportes con los cuales demostrara la extemporaneidad que reglamenta la Ley 1122 de 2007, artículo 13 literal d), lo que demuestra que la Superintendencia Nacional de Salud revoca de manera parcial la habilitación para el departamento de Chocó sin tener en cuenta los documentos que prueban que la misma entidad cumplió con los pagos acorde con la ley.

3. CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

Recreado el escenario jurídico aplicable al asunto sub examine, es menester del Despacho entrar a analizar los antecedentes fácticos que respaldarán el pronunciamiento de esta autoridad con relación a la ESS de autos.

3.1. ESPECTRO NORMATIVO APLICABLE AL ASUNTO SUB EXAMINE

La Administración Pública, puede entenderse en dos aspectos. El primero sustancial u objetivo, para lo cual está creada; es decir, el bien común, que implica la prestación de servicios que requieren los gobernados. El segundo, en sentido orgánico o funcional, como compuesto interrelacional de variadas alternativas e incumbencias, con respecto a su funcionamiento y gestión y al empleo de las personas naturales encargadas de los servicios del Estado.

Técnicamente, la Ley 489 de 1998, determina que la Administración Pública está conformada por diferentes organismos de la rama ejecutiva del poder público y demás organismos y entidades de naturaleza pública que tienen a su cargo el ejercicio de actividades y funciones administrativas o la prestación de servicios

públicos, así mismo los Departamentos Administrativos y las Superintendencias, constituyen el Sector Central de la Administración Pública Nacional.

Así las cosas, corresponde al Estado, organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes del territorio nacional, así como establecer las políticas para su prestación y ejercer inspección, vigilancia y control, de conformidad con la disposición normativa contenida en el artículo 49 de la Constitución Política.

En virtud de los artículos 115 y 150 de la Constitución Política, las Superintendencias, desempeñan funciones de vigilancia e inspección de las entidades sujetas a su control, ejecutando específicamente las funciones para las cuales fueron creadas por la ley y que son propias del Presidente de la República. Además, están investidas de autonomía jurídica, administrativa y financiera.

En concordancia con lo anterior, el Presidente de la República, en atención a lo establecido en el artículo 211 de la Constitución Política, delegó en el Superintendente Nacional de Salud, la facultad de inspección, vigilancia y control del Sector Salud. Al respecto se pronunció la Corte Constitucional, en Sentencia C-561 de 1999, así: *"La delegación en las superintendencias, que realice el Presidente de la República, en virtud de autorización legal, no vulnera la Constitución Política, por cuanto, como se dijo, el acto de delegación es un mecanismo del manejo estatal, al cual, puede acudir legítimamente el Presidente de la República, con el objeto de racionalizar la función administrativa. Al contrario, la Corte considera, que el acto de delegación se constituye, en un mecanismo válido y eficaz, para hacer efectivos los principios consagrados en la Carta Política, tendientes al cumplimiento y agilización de la función administrativa, en aras del interés general. En efecto, el artículo 209 Superior, señala que la función administrativa está al servicio de los intereses generales y, se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones"*.

Ahora bien, los artículos 154, 180, 181, 225 y 230 de la Ley 100 de 1993 y 68 de la ley 715 de 2001, otorgaron a la Superintendencia Nacional de Salud, la función de inspección, vigilancia y control respecto de las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica, así como la de autorizar su ingreso y disponer su retiro del Sistema General de la Seguridad Social en Salud, cuando no cumplan con los estándares mínimos para operar y permanecer en el mismo.

La facultad de habilitar o de otorgar certificado de funcionamiento a una entidad entraña la posibilidad de su revocatoria que una vez emitida es de obligatorio cumplimiento por parte de la entidad acatarla. Es así como la propia Ley 100 establece en el artículo 230, establece que la Superintendencia Nacional de Salud previa solicitud de explicaciones, podrá imponer, en caso de violación a las normas contenidas en los artículos 161, 168, 178, 182, 183, 188, 204, 210, 225 y 227, por una sola vez, o en forma sucesiva, multas en cuantía hasta de 1.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de la subcuenta de Solidaridad del Fondo de solidaridad y Garantía FOSYGA.

De otra parte la disposición en cita, contempla que el certificado de autorización que se le otorgue las Empresas Promotoras de Salud puede ser revocado o suspendido por esta Superintendencia mediante providencia debidamente motivada, en los siguientes casos:

1. Petición de la Entidad Promotora de Salud

2. Cuando la entidad deje de cumplir cualquiera de los requisitos establecidos para el otorgamiento de la autorización.

3. Cuando la entidad no haya iniciado su actividad en un plazo de tres meses contados a partir de la fecha de otorgamiento del certificado de autorización.

4. Cuando la entidad ejecute prácticas de selección adversa

5. Cuando se compruebe que no se prestan efectivamente los servicios previstos en el Plan de Salud Obligatorio.

Se avizora otro panorama legal, en punto a las causales de revocatoria parcial de la habilitación de las EPS-S, contenida en el Decreto 3556 de 2008, que a su tenor reza:

"Artículo 1º. El artículo 1 del Decreto 515 de 2004 quedará así:

"Artículo 1º. Objeto. El presente decreto tiene por objeto definir las condiciones y procedimientos de habilitación y revocatoria, total o parcial, de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, EPS'S."

"Artículo 4º. El artículo 16 del Decreto 515 de 2004 quedará así:

"Artículo 16. Revocatoria de la habilitación. La Superintendencia Nacional de Salud revocará, total o parcialmente, la habilitación de las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado, conforme a las siguientes reglas:

16.2. Revocatoria parcial de la habilitación: La Superintendencia Nacional de Salud revocará parcialmente la habilitación de una Entidad Promotora de Salud del régimen subsidiado cuando se presente, por lo menos, uno de los siguientes eventos:

a). Cuando la entidad no demuestre condiciones de capacidad tecnológica y científica en alguno o algunos de los departamentos en los cuales está habilitado para operar;

b). Cuando, habiendo recibido los recursos de las entidades territoriales, no pague los servicios a alguna de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS– de la red prestadora de servicios departamentales dentro de los plazos establecidos en el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 o la norma que la modifique o sustituya y respecto del departamento o departamentos en que tal circunstancia ocurra.

Sin perjuicio de las restantes medidas administrativas a que haya lugar, la revocatoria parcial origina que la Entidad Promotora de Salud del régimen subsidiado no pueda administrar subsidios en el departamento o departamentos respecto de los cuales se adopta la medida." (Negrilla fuera del texto)

Así las cosas, vale decir que el Sistema General de Seguridad Social en Salud es un sistema reglado, pues el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado está contemplado en el Acuerdo 306 de 2005, el POS es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Contributivo que cumpla con las obligaciones establecidas para el efecto y está obligada a garantizar a sus afiliados las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas, debidamente autorizadas por esta Superintendencia o por el Gobierno Nacional respectivamente, para funcionar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sus contenidos son definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud e incluye educación, información y fomento de la salud,

prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, en los diferentes niveles de complejidad así como el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica.

Las Entidades Promotoras de Salud que administran el Régimen Subsidiado no pueden suministrar ni más y menos que lo que establece el Plan de Beneficios Subsidiado consagrado en el Acuerdo 306 de 2005. En suma el Estado garantiza plenamente la prestación de servicios de salud en cualquiera de los regímenes independientemente de la aseguradora, es decir de la EPS -S que tenga a cargo los afiliados.

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que esta Superintendencia cumple, como ya se dijo, funciones de inspección, vigilancia y control de las normas de seguridad social en salud (Ley 100 de 1993 y Decreto 1018 de 2007, entre otras). La seguridad social en general, y el servicio de salud en particular, son servicios públicos sujetos a la regulación, control y vigilancia del Estado por expreso mandato de los artículos 48, 49 y 365 de la Constitución.

Como se observa, esta Superintendencia es la llamada por mandato constitucional y legal a decidir si se revoca o no, el certificado de habilitación de la ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA AIC.EPSI.

3.2. ANÁLISIS DE LOS ARGUMENTOS EXPUESTOS POR EL RECURRENTE

Sea lo primero indicar que el recurso de reposición fue presentado dentro de los términos establecidos para el efecto, razón por la cual, nos ocuparemos a renglón seguido de los aspectos de hecho y de derecho e incidencias traídas a colación por el impugnante.

A) EN LO QUE ATAÑE AL ALCANCE DEL RECURSO

Respecto a que el Acto Administrativo no citó la Resolución No. 000048 mediante la cual la EPS-S de autos es habilitada para operar en varios departamentos, sin plan de mejoramiento a partir del 20 de enero de 2009, debe indicarse que, su inclusión u omisión, en nada afecta la decisión contenida en la Resolución No. 000251 de 2009, pues, simplemente se pretendió dar a conocer que la EPS-S dada su connotación dentro del SGSSS es un vigilado de esta Superintendencia. Así las cosas, se hace saber que, el traer a colación la Resolución citada por el impugnante no resulta una falencia que tenga injerencia en el contenido de la Resolución No. 000251 de 2009, como tampoco se constituye en un requisito *sine qua non* para la misma.

Por otra parte, el recurrente hace alusión a las visitas ordenadas por la Dirección General de Inspección y Vigilancia de los Administradores de Recursos del Sector Salud, mediante el Auto No. 1914 del 30 de octubre de 2008 y, por la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud con el Auto No. 0460 del 25 de noviembre de 2008, afirmando que CAJACOPI EPS-S sí remitió los soportes documentales de la visita, para lo cual, aportó con la respuesta al oficio de fecha 19 de febrero de 2008, comunicación enviada en primer término vía fax, posteriormente los mismos documentos fueron radicados en original ante esta Superintendencia de Salud siendo radicados con el NURC 3004-2-000432799 de fecha 1 de diciembre de 2008. Sobre el particular este Despacho considera oportuno indicarle al recurrente que en ejercicio de su espectro normativo tanto la Superintendencia Delegada para Atención en Salud, como la Superintendencia Delegada Para La Generación Y Gestión De Los Recursos Económicos Para La Salud

realizaron visita a la pluricitada EPS-S, así las cosas, una vez revisado el total de piezas procesales que conforman la actuación *sub examine* y el sistema lotus notes de esta Superintendencia, se observa lo siguiente:

- 1) El día 7 de enero de 2009 el Superintendente Delegado Para La Generación Y Gestión De Los Recursos Económicos Para La Salud (E) remitió a CAJACOPI EPS-S, comunicación en el siguiente sentido:

"En cumplimiento de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control de esta Superintendencia, me permito remitir el informe preliminar de la visita inspectiva ordenada mediante Auto No. 1914 del 30 de octubre de 2008, a la Caja de Compensación Familiar "CAJACOPI ATLÁNTICO EPS-S", con el fin de dar cumplimiento a las garantías y normas de orden público que deben aplicarse a los procedimientos administrativos.

Es importante precisar, que de acuerdo con el resultado del informe preliminar a la Caja de Compensación Familiar "CAJACOPI ATLÁNTICO EPS-S", no dio cumplimiento con el envío de la información diligenciada en los formatos en medio físico y magnético de conformidad con lo acordado en el Acta de Visita del 5 de noviembre de 2008, firmada con el doctor Manuel Jesús Ruiz España Coordinador Seccional Choco, en la cual se solicitó que fuera enviada y radicada en esta Superintendencia el 10 de noviembre de 2008.

Teniendo en cuenta lo anterior se le solicita rinda las explicaciones sobre el incumplimiento del envío de la información requerida para poder verificar los pagos efectuados por la Caja de Compensación Familiar "CAJACOPI ATLÁNTICO EPS-S", a partir del mes de marzo de 2007 y 2008 a los proveedores y prestadores de servicios de salud y remitir la información solicitada con corte al 30 de noviembre de 2008 teniendo en cuenta los formatos entregados en la visita en la sede de Quibdó Choco, para lo cual se otorga un plazo de cinco (5) días hábiles contados a partir de la fecha de recibo de la presente comunicación y para que presente sus observaciones, argumentos y soporte documental que considere pertinente para aclarar información, imprecisiones o inconsistencias y desvirtuar las presuntas irregularidades señaladas en dicho informe..

Los documentos que hacen parte del expediente de la visita, están a disposición en la Oficina de la Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Administradores de Recursos de Salud.

- 2) El día 24 de febrero de 2009, se radicó en esta Superintendencia documento en dos (2) folios, remitido por la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI EPS-S, relacionada con el informe preliminar de la visita realizada en dicha entidad. Documento que fue remitido a la Dirección General de Inspección y Vigilancia de los Administradores de Recursos de Salud.
- 3) Con oficio radicado con el NURC 4013-2-000439378 del 27 de febrero de 2009, la Superintendencia Delegada Para La Generación Y Gestión De Los Recursos Económicos Para La Salud, informó al doctor GERMÁN MADERO PÉREZ, Representante legal de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO, lo que reza a continuación:

"La Superintendencia Nacional de Salud el pasado 24 de febrero de 2009, recibió vía internet la comunicación 8210 del 19 de febrero del presente año de la Caja de Compensación Familiar "CAJACOPI ATLANTICO EPS-S", dando respuesta a las observaciones al informe preliminar de la visita realizada en el mes de noviembre de 2008 ordenada con Auto 1914 del 30 de octubre de 2008, del cual es importante precisar, que de acuerdo con el resultado de la evaluación y análisis a las observaciones presentadas se obtiene un informe final de la visita realizada;

donde se puede establecer que la Caja de Compensación Familiar "CAJACOPI ATLANTICO EPS-S" se encuentra en causal de la cesión excepcional de los contratos de afiliación en el régimen subsidiado y/o la revocatoria total y/o parcial de la habilitación cuando se verifique que las entidades no cumplan con la acreditación del margen de solvencia establecidas en el Decreto 882 de 1998 y las condiciones de permanencia establecidas en el artículo 8 del Decreto 515 de 2004, modificado por el artículo 3º del Decreto 3556 del 16 de septiembre de 2008.

Lo anterior teniendo en cuenta que a pesar que en la respuesta enviada por vía internet del informe preliminar la Caja de Compensación Familiar "CAJACOPI ATLANTICO" expresa que "permitimos anexar relación de las facturas radicadas por los proveedores y prestadores de servicios de cada municipio del Choco de los servicios prestados durante la vigencia 01-04-07 al 30-11-08, especificando fecha de radicación, periodo facturado, valor facturado, valor cancelado, saldo a la fecha, modalidad de contratación, glosas; de acuerdo con el formato solicitado por ustedes, donde se evidencia el pago a la red de prestadores." Al verificar la respuesta se recibió comunicación en dos (2) folios sin anexos es decir que dicha relación de facturas radicadas no fue allegada como prueba documental que permita desvirtuar los hallazgos de la visita inspectiva llevada a cabo en el mes de noviembre de 2008. (Negrilla, cursiva y sostenido por cuenta de este Despacho)

Al registrar la Caja de Compensación Familiar "CAJACOPI ATLANTICO EPS-S" cuentas pendientes de pago en mora superiores a 30 días a partir de la fecha de radicación de los respectivos bimestres de facturas bajo la modalidad de capitación y de las facturas por evento por parte de los proveedores y prestadores de servicios de salud la EPS-S estaría en curso de lo establecido en el numeral 16.2, del artículo 16º del Decreto 3556 de 2008 en la cual establece la revocatoria parcial de habilitación cuando, habiendo recibido los recursos de las entidades Territoriales, no pague los servicios a alguna de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS de la red prestadora de servicios departamental dentro los plazos establecidos en el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007.

Por otra parte no se pudo establecer los pagos de los contratos celebrados por capitación con los proveedores y prestadores de servicios de salud al no estar dentro de la respuesta la relación de pagos y radicación de facturas que permitan evaluar la antigüedad en los pagos y los saldos pendientes por pagar a noviembre 30 de 2008."

- 4) De igual forma, con memorando de fecha 2 de marzo de 2009, la Superintendencia Delegada Para La Generación Y Gestión De Los Recursos Económicos Para La Salud, remitió a la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud el informe final de la visita para realizar las actuaciones a que haya lugar por parte de dicha Delegada, para lo cual le manifestó lo siguiente:

El pasado 24 de febrero de 2009, la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR "CAJACOPI ATLANTICO EPS-S" este Despacho recibió por vía fax la respuesta a las observaciones al informe preliminar de la visita realizada en el mes de noviembre de 2008 ordenada con Auto 1914 del 30 de octubre de 2008, del cual es importante precisar, que de acuerdo con el resultado de la evaluación y análisis a las observaciones presentadas se obtiene un informe final de la visita realizada a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR "CAJACOPI ATLANTICO EPS-S" donde se puede establecer que la EPS-S se encuentra en causal de la cesión excepcional de los contratos de afiliación en el régimen subsidiado y/o la revocatoria total y/o parcial de la habilitación cuando se verifique que las entidades no cumplan con la acreditación del margen de solvencia establecidas en el Decreto 882 de 1998 y las condiciones de permanencia establecidas en el artículo 8 del Decreto 515 de 2004, modificado por el artículo 3º del Decreto 3556 del 16 de septiembre de 2008.

- 5) Por otra parte, en el sistema lotus notes, trámite / correspondencia, para el día 5

de marzo de 2009, aparece un oficio en dos (2) folios con 34 anexos y 1 CD, que corresponde a la respuesta del informe preliminar de visita a CAJACOPI EPS – S, evaluación giro directo – asegurar flujo de recursos régimen subsidiado” en el departamento de Chocó, remitida por CAJACOPI EPS-S. Como se observa, el recibo de dicha documentación es posterior a la Resolución No. 000251 la cual fue fechada el 27 de febrero de 2009. En consecuencia, no se faltó a la verdad procesal en la Resolución atacada cuando se indicó que se recibió respuesta al informe preliminar, pero, la Caja “no anexó documentación para respaldar sus argumentos respecto a los hallazgos encontrados en la visita”.

- MARGEN DE SOLVENCIA

Según la Circular Única expedida por esta Superintendencia, “debe entenderse que la obligación periódica de acreditación del margen de solvencia se refiere a todas las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo y subsidiado, cualquiera sea su forma legal: las de carácter privado, las públicas bien sean empresas industriales o comerciales del Estado, sociedades de economía mixta, establecimientos públicos o cualquier otra forma de organización administrativa, así como las adaptadas, las transformadas, las empresas de medicina prepagada y las de servicios de ambulancia prepagados. Este margen de solvencia se aplica a dichas entidades en razón de la administración que efectúan de los recursos del régimen contributivo y/o del subsidiado, así como de la venta de los planes adicionales de salud entre los que se encuentran los planes de medicina prepagada y los planes de atención complementaria.”

Ahora bien, en tratándose del Margen de Solvencia en el Régimen Subsidiado, se considera oportuno señalar que, debe entenderse como la liquidez que deben tener las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S), cualquiera que sea su forma legal, para responder en forma adecuada y oportuna por sus obligaciones con terceros, sean estos proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o los usuarios.

La liquidez, debe entenderse como la capacidad de pago que tienen las entidades para cancelar, en los términos contemplados en el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, las cuentas de los proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o usuarios. El incumplimiento en los pagos de obligaciones con terceros conllevará a la aplicación de las medidas establecidas en el decreto 882 de 1998 y el artículo 5 del Decreto 506 de 2005.

Por otra parte, el artículo 2 del Decreto 3356 de 2008, modificó el artículo 5 del Decreto 515 de 2004, en el sentido de que las condiciones de capacidad financiera deben tener en cuenta el margen de solvencia y el capital o fondo social mínimo que de acuerdo con la naturaleza jurídica de la entidad, garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad según lo establecido en las disposiciones vigentes y lo que establezca el Ministerio de la Protección Social en proporción al número de afiliados y la constitución de una cuenta independiente de sus rentas y bienes para la administración de los recursos del régimen subsidiado, según el caso. Para el efecto, la norma en comento, establece que el margen de solvencia es la liquidez que deben tener las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, EPS'S para responder en forma adecuada y oportuna por sus obligaciones con terceros, sean estos proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o los usuarios en los términos establecidos en el Decreto 882 de 1998. Se entiende por liquidez la capacidad de pago que tienen las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado para cancelar, en un término no

superior a 30 días calendario, a partir de la fecha establecida para el pago, las cuentas de los proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o usuarios, conforme a los parámetros que señale la Superintendencia Nacional de Salud.

Ahora bien, el tema en estudio, involucra una serie de definiciones contenidas en la Circular Única, que se considera oportuno traer a colación:

Obligaciones con Terceros: Se considera que son obligaciones con terceros las cuentas por pagar referidas a los conceptos que se describen a continuación:

Proveedores de bienes y servicios: Cuentas por pagar a quienes suministren insumos o productos, **servicios públicos, arrendamientos y mantenimiento entre otros** utilizados o requeridos por la EPS, EAS, **ARS (EPS, ESS, EPSI, CCF y UT)**, EMP y SAP para la normal y oportuna prestación del servicio en salud.

Prestadores de servicios de salud: cuentas por pagar a los Prestadores de Servicios, derivada de la atención en salud prestada a los afiliados y usuarios de las EPS, EPS-S, **conforme a los contratos de capitación, evento, atención integral o la combinación de cualquier forma de éstas, atención inicial de urgencias, alto costo y promoción y prevención.**

Por otra parte, como ha quedado anotado, el artículo 230 de la Ley 100 de 1993, establece la revocatoria o suspensión del certificado de funcionamiento concedido a una EPS, entre otros casos cuando las entidades dejen de cumplir cualquiera de los requisitos establecidos para el otorgamiento de la autorización, por su parte el artículo 180 de la misma Ley determina como uno de los requisitos que deben cumplir las EPS para su autorización la acreditación periódica del margen de solvencia que asegure la liquidez y solvencia de la entidad; en consecuencia, en lo que se refiere al margen de solvencia, la suspensión o revocatoria del certificado de funcionamiento de una EPS se dispondrá cuando no se acredite periódicamente el margen de solvencia que asegure la liquidez y solvencia de la entidad.

Sobre el margen de solvencia de las EPS, la Corte Constitucional en reiteradas oportunidades se ha pronunciado, tal como en efecto, lo hizo en Sentencia C-260 de 2008, de cuyos apartes se trae a colación lo siguiente:

"3. Fortalecimiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios en la Ley 1122 de 2007.

En la modificación a la Ley 100 de 1993 llevada a cabo mediante la Ley 1122 de 2007 se definieron una serie de reformas, entre otros, en aspectos relacionados con el equilibrio entre los actores del sistema, la racionalización y el mejoramiento en la prestación de servicios de salud, y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud; todas ellas con el objetivo común de mejorar la prestación de los servicios a los usuarios del sistema (artículo 1).

Algunas de estas medidas se dirigieron específicamente a fortalecer las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Así, se definieron intereses obligatorios para la mora en el pago de los servicios que prestan las IPS a los entes territoriales, las EPS y las ARS y, a la vez cuando las IPS se retrasan en el pago de los servicios prestados por los profesionales (artículo 13, parágrafo 5 y 6); se limitó la contratación de las EPS con su propia red al 30% (artículo 15); se facultó al Ministerio de Protección Social para que defina un sistema obligatorio de garantía de la calidad relacionado con el sistema tarifario (artículo 25 (a)); se facultó a la Superintendencia Nacional de Salud para velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presiones o condicionamientos frente a las IPS y para vigilar que estas adopten y apliquen un Código de conducta y de buen gobierno que oriente la prestación de los servicios a su cargo (artículo 39 (e) y (h)).

Como parte de este grupo de normas el Congreso adoptó el artículo demandado parcialmente, en el que se ordena a las EPS pagar a las IPS un mínimo anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación, en los contratos por pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico, también como una medida cuya finalidad es mejorar el servicio a los usuarios garantizando el flujo de recursos en el sistema hacia los hospitales y clínicas.

4. Elementos del literal d), del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007.

El artículo demandado dispone, en lo pertinente: "Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago, [...]"

Ahora bien, la regla demandada, sólo resulta aplicable a aquellos contratos diferentes a los contratos "por capitación". A manera de ejemplo se indican los contratos de pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico, pero incluye cualquier modalidad de pago que se pacte entre las EPS y las IPS, diferente a los contratos por capitación.

El pago anticipado es mínimo del 50% del valor de la factura y debe realizarse dentro de los cinco días siguientes a su presentación, lo que indica que es requisito para el pago anticipado la presentación de la factura y sólo desde ese momento empiezan a correr los cinco días de plazo para el pago. También se preserva el derecho de las Entidades Promotoras de Salud a objetar o glosar la factura. En caso de que la factura no sea glosada ni objetada su remanente deberá ser pagado dentro de los treinta días siguientes a la presentación de la factura. En caso de que se presenten objeciones o glosas a la factura se seguirán las reglas generales previstas para estos casos. La posibilidad de presentar glosas u objeciones no se limita al remanente de la factura después del anticipo sino que incluye la totalidad del monto de la factura.

El pago del saldo en la oportunidad señalada (30 días si no hay objeción o glosa) está sujeto a otra condición: que la EPS haya "[...] recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado". Así también se busca garantizar el flujo de recursos dentro del sistema en beneficio de los usuarios.

[...]

Para empezar, (i) el plazo de cinco días para el pago anticipado del 50% de las facturas se encuentra prevista en la Ley 1122 de 2007, artículo 13, literal d; (ii) este supone la existencia de un contrato entre la EPS y la IPS suscrito de manera autónoma entre las partes y en el cual pueden disponer de las condiciones que consideren convenientes por ejemplo, para la definición de cláusulas que busquen asegurar que el costo de los servicios facturados sea real y transparente y provean mecanismos para verificar de manera práctica que ello sea así. El núcleo de la libertad económica es preservado y los particulares pueden acordar cláusulas para regular sus relaciones.

Ahora bien, tal y como se explicó antes, la norma fue proferida en el marco de una reforma al sector salud (iii) dirigida a mejorar la prestación de los servicios a los usuarios del sistema de salud (artículo 1 de la Ley 1122 de 2007). Este no es sólo un motivo suficiente para que el estado intervenga, sino que es un fin del Estado (artículo 2 de la Constitución) y una obligación en el ámbito de la salud (artículo 49 y 365 de la Constitución).

Por otra parte, esta norma (iv) en la medida en que garantiza el flujo de recursos hacia las Instituciones Prestadoras de Servicios, promueve el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud lo cual redundará en la protección de los usuarios y en la posibilidad de brindar atención adecuada a las personas por lo cual desarrolla varios principios específicos del ámbito de la salud, como la solidaridad y la eficiencia, al permitir una mejor utilización de los recursos financieros disponibles y el beneficio de los usuarios del sistema.

De tal manera que la finalidad primordial es asegurar el goce efectivo del derecho a la salud por parte de los usuarios ya que el flujo de recursos hacia las IPS es necesario para que éstas puedan atender adecuadamente a sus pacientes.

Finalmente, la medida (v) es proporcional según los parámetros definidos por la Corte Constitucional, ya que se trata de una medida que efectivamente protege los derechos de los usuarios, al garantizar un flujo continuo de recursos para los prestadores de servicios de salud, sin afectar excesivamente la libertad económica de las Entidades Promotoras de Salud, ya que estas pueden en todo caso, (a) elegir las IPS con las que contratan, (b) escoger la modalidad de contratación, (c) fijar cláusulas que busquen asegurar que el costo de los servicios facturados sea real y (d) objetar y glosar las facturas que presenten las IPS, entre otros. Además, (e) el pago del saldo está sujeto al flujo de recursos desde las entidades territoriales hacia las EPS, en el régimen subsidiado.

Por estas razones el primer cargo analizado, relacionado con la vulneración de la libertad económica, no está llamado a prosperar." (...)

Del anterior pronunciamiento, este Despacho concluye lo siguiente:

- El pago "anticipado" a cargo de las EPS, se encuentra claramente previsto en la Ley 1122 de 2007, artículo 13, literal d).
- El artículo 1 de la Ley 1122 de 2007, indicó claramente el objeto de la reforma legal, señalando lo siguiente: "La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud".
- La finalidad de las reformas contenidas en la Ley 1122 de 2007, se reflejó en algunos aspectos del régimen de salud para equilibrar los actores del sistema, racionalizar y mejorar la prestación de servicios de salud. Entre ellos, **la necesidad de establecer plazos fijos para asegurar el giro oportuno de los recursos de las EPS a las IPS**, dado que la dilación de estos pagos conlleva la amenaza a la viabilidad financiera de algunas IPS y la prestación adecuada y oportuna del servicio y brindar un mayor flujo de capital.
- Sin duda el artículo 13 literal d) de la Ley 1122 de 2007, resulta de bastante utilidad, dado que obliga a las EPS, a girar oportunamente los recursos sin que le resulte permitido dilatar el pago o definir contractualmente plazos que puedan afectar la prestación adecuada del servicio o comprometer la libre competencia entre las distintas instituciones prestadoras.

B) Por otra parte, se hace especial mención al hecho de que CAJACOPI ATLÁNTICO EPS-S haya sido habilitada por esta Superintendencia, no implica en

forma inexorable que esta autoridad de control ante la interrupción del normal flujo de recursos de la vigilada con sus proveedores e IPS permanezca inmóvil, más aún, cuando existe una afectación de la prestación de los servicios de salud, en detrimento de la protección de los usuarios y en la posibilidad de brindar atención adecuada a las personas por lo cual desarrolla varios principios específicos del ámbito de la salud, como la solidaridad y la eficiencia, pues, como ha quedado demostrado en la actuación *sub examine*, con la conducta asumida por la pluricitada EPS-S, no permite una mejor utilización de los recursos financieros disponibles y el beneficio de los usuarios del sistema.

- C) Respecto a las condiciones de permanencia que alega el doctor MADERO PÉREZ con relación a su prohijada, basta la verificación realizada por esta entidad de control en las visitas ordenadas, en las cuales se concluyó que las condiciones para su habilitación cambiaron en forma sustancial en el departamento de Chocó.
- D) Con relación a que mediante oficio radicado con el NURC 4022-3-000436167 recibida en la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO EPS-S el 6 de enero de 2009, dio respuesta al informe preliminar de visita ante la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos del Sector Salud, afirmándose que con oficio del 26 de febrero se remitió el informe final por parte de la Superintendencia Delegada en cita; es decir, un día antes de la Resolución No. 000251 de 2009, comunicación radicada hasta el día 3 de marzo de 2009, hecho que vulnera el derecho fundamental del debido proceso, es menester de esta Superintendencia señalar lo siguiente:

- Tal como obra a folio 35 del cuaderno No. 2, el doctor CLAUDIO RAFAEL GÓMEZ, Superintendente Delegado para la Atención en Salud (E) para ese entonces, mediante oficio NURC 4022-2- 0004377994 de fecha 2 de febrero de 2009, remitió el informe definitivo de la visita inspectiva seccional Chocó al doctor GERMÁN ENRIQUE MADERO, Representante legal de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ATLÁNTICO CAJACOPI EPS-S.
- Efectivamente se encuentra que en el texto del Acto Administrativo se indicó como fecha del oficio el día 26 de febrero de 2009, sin embargo, como ha quedado establecido y como obra en la actuación en estudio, el día real y verdadero de la comunicación fue el 2 de febrero del corriente año, es decir, 25 días antes de expedirse la Resolución No. 000251 de 2009, situación que obedece a un error en la digitación de la Resolución atacada, el cual, por demás, no se constituye causal de irregularidad de carácter procedimental, ni substancial que afecte el contenido de la decisión adoptada que vulnere o afecte el principio constitucional del debido proceso de la pluricitada EPS.

Aunado a lo anterior, la Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Penal, MP, Mauro Solarte Portila, en sentencia del 26 de enero de 2006, señaló:

"Ahora bien, cuando se trata de denunciar violación de garantías fundamentales, conforme al pensamiento de la Sala, "no puede tenerse por satisfecho con la invocación de cualquier causal de nulidad, sino que la misma debe encontrarse referida a irregularidades sustanciales vinculadas a la estructura del proceso o al trámite mismo de la audiencia especial o de la sentencia anticipada. Un planteamiento de nulidad al margen de tales hipótesis, por lo tanto, es identificable solo como pretexto de retractación de

un cargo libremente aceptado por el procesado o acordado con la Fiscalía, lo cual hace manifiesta la ausencia de interés."

Así mismo, este Despacho debe precisar que la actividad de los funcionarios de esta entidad ha tenido y tiene por objeto el cumplimiento de los cometidos estatales, la adecuada prestación de los servicios públicos y la efectividad de los derechos e intereses de los administrados, reconocidos por la ley, filosofía propia de nuestro ordenamiento constitucional. En tal sentido el artículo del Código Contencioso Administrativo relaciona los principios orientadores con los cuales se ha desarrollado su acción.

Ahora bien, la garantía constitucional del debido proceso incluye en el trámite administrativo que nos ocupa, como elemento determinante, el de la obligatoriedad de las formas propias de cada juicio. Se ha asegurado que en la actuación se aplique las normas previamente definidas por la ley para el tipo de asunto materia de examen, preservándose así, el valor de la seguridad jurídica y se hacen valer los postulados de la justicia y de la igualdad ante la ley.

Contra de lo anterior, tenemos que, en modo alguno esta Entidad ha quebrantado el contenido del artículo 29 de la Constitución Política en detrimento de los intereses de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO.

ANÁLISIS REALIZADO POR LA SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA ATENCIÓN EN SALUD

1. Planeación de la atención en salud.

El modelo presentado con similitudes estructurales y de fondo similares al de COOSALUD. La entidad tiene documentado un Modelo de Atención en Salud que no tiene sustentación en una evaluación del perfil epidemiológico de sus usuarios en el departamento del Chocó. El modelo no contiene los procesos de gestión de oferta y demanda establecidos como mínimo por los estándares de permanencia de habilitación en el Decreto 581 de 2004.

IMPUGNACIÓN DE CAJACOPI

El recurrente señaló:

"En cuanto a lo consignado en los presuntos HALLAZGOS B. Hallazgos de la Visita realizada por la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud,

Todos los cargos enunciados fueron desvirtuados y soportados en todas las respuestas enviadas al punto que en ninguno de los presuntos informes preliminares remitidos a CAJACOPI EPS-S, son enunciados como no soportados o como incumplidos, por tal motivo se entendieron como subsanados o aclarados, de lo contrario una vez más se violaría derechos a CAJACOPI EPS-S tales como: el Debido proceso y derecho a la defensa.

Como se determina dentro del documento Modelo de atención de CAJACOPI EPS-S, en su numeral 4.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL MODELO DE ATENCIÓN. Nuestro modelo de atención parte de un diagnóstico integral del estado de salud que cuenta con los siguientes componentes: un aspecto 1.- epidemiológico que aborda el problema enfocándolo hacia el estudio de las necesidades de salud, un aspecto 2.- psicosocial que aborda lo concerniente al deseo y búsqueda de la atención, y 3.- un

aspecto económico que trata la etapa de inicio y continuación de la atención, los cuales confluyen dentro del concepto de integralidad descrito en el numeral 4.1.5 INTEGRALIDAD DEL MODELO. La integralidad del modelo se explica por la combinación de varios elementos de los aspectos epidemiológico, psicosocial, social y económicos. Se considera el hecho de que cada individuo es un elemento único en los sistemas social y natural y define dos subsistemas a nivel individual: un sistema psicobiológico interno del hombre y su sistema externo de conexiones sociales. Es así como el soporte del análisis de la información que le da sustento al modelo de atención planteado se encuentran en los numerales 5. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, 6. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL, los cuales por metodología y practicidad de este documento solo se plasma la información consolidada nacional sustraída del diagnóstico situacional de salud de cada uno de las seccionales y departamentos en donde CAJACOPI EPS-S hace presencia como se establece en el procedimiento DISEÑO Y ACTUALIZACIÓN DEL MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (**Anexo 1**) que se encuentra dentro del SOGC de CAJACOPI EPS-S, en este orden ideas, la sustentación de la evaluación del perfil epidemiológico de Chocó es fuente de la información plasmada en este documento por tal hace parte integral del análisis con que se plantea el modelo, se adjunta copia del diagnóstico situacional de Chocó utilizado para el modelo de atención (**Anexo 2**).

ANÁLISIS DE LA SUPERINTENDENCIA

En el proceso de ejecución de la visita inspectiva, el funcionario de la Superintendencia Nacional de Salud se encuentra facultado para evaluar los documentos que sustentan la implementación de los procesos que confirmen el cumplimiento de los estándares de permanencia por parte de la EAPB.

En el caso de CAJACOPI, el Modelo de Atención en Salud presentado no está sustentado en un perfil epidemiológico del departamento del Chocó, como la misma entidad lo reconoce en sus descargos que contiene la información consolidada nacional sustraída del diagnóstico situacional de salud de cada uno de las seccionales y departamentos. El modelo presentado no contiene los procesos de gestión de oferta y demanda establecidos como mínimo por los estándares de permanencia de habilitación en el decreto 581 de 2004.

2. Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

La entidad aseguradora no tiene documentado el Plan indicativo en salud 2008 - 2009 y los anexos técnicos 1 y 2 que demuestren su gestión en Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad de conformidad con lo dispuesto Decreto 3039 de 2007 "Plan Nacional de salud Pública".

IMPUGNACION DE CAJACOPI

Sobre el particular, el recurrente indicó lo siguiente:

"Los planes de salud indicativo del anexo técnico No. 1 y planes operativos anuales y de inversiones de salud del anexo técnico No. 2 de los municipios de Alto Baudó, Canto de San Pablo, Medio San Juan y Río Sucio fueron enviados y radicados en el Ministerio de Salud en este mes de diciembre (**Anexo 3**), para su conocimiento la implementación de estos planes durante este año 2008, ha sido un proceso bastante lento y complicado dado que los diferentes actores (municipios, entes territoriales, entes departamentales, empresas promotoras de salud, y entes de control y vigilancia) no lograron coordinar las tareas de la nueva norma, y solo hasta el mes de noviembre y diciembre a través de los seminarios y talleres programados dentro de la estrategia de control social por parte del ministerio de la protección social se logró obtener un documento final para radicar estos planes parte de la ejecución de los mismos se encuentra dentro de los informes de

ejecución de protección específica y detección temprana que ustedes revisaron, dado que se venían trabajando previamente a la aprobación del plan, adjunto enviamos planes indicativos y planes operativos, anexos 1 y anexos 2 de los municipios de Alto Baudó, Canto de san Pablo, Medio San Juan, Rio Sucio, programación de seminarios-talleres de control social 2008 y programación 2009 (anexos).

Las prórrogas sobre la entrega de los planes indicativos y los POAI de las EPS-S, se vienen presentando al Ministerio de la Protección Social, desde el mes de mayo, es así, como en el mes de agosto de forma oficial el MPS dio plazo para esta entrega la cual no se cumplió por parte de ninguna EPS ni Ente territorial por falta de coordinación, capacitación, e información, de igual forma que se programa por parte del MPS en el transcurso de los meses de septiembre, octubre, noviembre, diciembre, capacitaciones, asesorías y acompañamiento en diferentes escenarios y dirigidos a todos los actores que determina la norma, con relación al tema CAJACOPI EPS-S siempre estuvo trabajando de la mano con la oficina de salud pública del MPS, para optimizar de forma adecuada y funcional estos planes indicativos, en especial lo referente a los formatos anexos establecidos dentro de la norma decreto 3039 de 2007, en los cuales para la respuesta por parte de la EPS se necesita dentro de los requisitos el diagnóstico situacional municipal generados por los entes territoriales de cada municipio, como prerrequisitos para el desarrollo del plan de intervención de las diferentes áreas de la EPS-S incluyendo financiero, aseguramiento, salud pública, promoción y prevención, estos diagnóstico fueron entregados a finales de noviembre y comienzo de diciembre en los diferentes municipios del departamento de Chocó, y en algunos otros municipios de otros departamentos por qué no se encontraban aprobadas por los consejos municipales, de igual forma es importante aclarar que CAJACOPI EPS-S siempre mantuvo la planeación de la atención de los servicios de salud en especial de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de los establecido en la normatividad vigente a esa fecha (Resolución 412 de 2000, Resolución 3384 de 2000 y lo dispuesto en los Planes de Atención Básica en cada municipio) teniendo en cuenta que la resolución 0425 de 2008 en su artículo 20 expresa que las entidades territoriales continuaran ejecutando las acciones de salud pública establecidas es la circular 018 de 2004, hasta tanto haya sido aprobado el plan operativo anual del 2008 de igual forma CAJACOPI EPS-S continuo asumiendo sus responsabilidades dentro del sistema general de seguridad social.

ANÁLISIS DE LA SUPERINTENDENCIA

Durante la práctica de la visita, CAJACOPI no presentó los anexos técnicos 1 y 2 que demostraran su gestión en Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad de conformidad con lo dispuesto Decreto 3039 de 2007 "Plan Nacional de Salud Pública".

Las dificultades y las prórrogas para su elaboración, no son argumentos validos para que la entidad no presentara como mínimo, un informe preliminar que sustentara una actuación en la planeación de las actividades exigidas en el citado Decreto.

Independiente de que la Resolución 425 autorizara a las entidades territoriales a continuar ejecutando las acciones de salud pública determinadas en la Circular 018, CAJACOPI no demostró en el desarrollo de la visita un plan de ejecución de las actividades de promoción y prevención en los mismos términos.

3. Red de prestadores de servicios de salud.

Contractualmente no exige a los prestadores la garantía de suficiencia, modelo de atención en salud e indicadores de calidad tal como estipula el decreto 4747 del 2007.

No tiene definidos mecanismos para evaluar el riesgo financiero del prestador y procesos de comunicación de tal hecho.

IMPUGNACIÓN DE CAJACOPI

En relación con este tópico, el accionante manifestó:

"Como bien se puede demostrar en todas las minutas de los contratos suscritos con la Red prestadora de servicios de Salud para el Departamento del Chocó, CAJACOPI EPS en la **cláusula 22** anexos del Contrato se exige al prestador Modelo de prestación de servicios de salud del contratista soporte de suficiencia para la prestación de servicios de salud contratados del contratista, con el fin de demostrar lo anterior anexo copia de minuta contractual con la IPS Serví salud del municipio del Departamento de Chocó, de igual se observa en la cláusula 13 de la minuta de los contratos de red de servicios la obligación que tiene el contratista es decir el prestador, de enviar los indicadores correspondiente a la Circular 030 del 2006, que permite evaluar la continuidad, accesibilidad, y los demás componentes del SOGC. **(Anexo 4)**

"No tiene definido mecanismos para evaluar el riesgo financiero de prestador y procesos de comunicación de tal hecho".

CAJACOPI EPS-S utiliza como mecanismo para evaluar el riesgo financiero los comité de contratación donde se verifica y evalúa en la etapa precontractual a cada prestador, en cuanto a solidez económica, permanencia en el mercado, contrato con otras EPS-S, que no se encuentre registrado como deudor moroso del estado, y su buen nombre, estos comité se realizan con la participación de todos los coordinadores nacionales, como se evidencia en el acta No. 10 de fecha 26 de febrero de 2008, la cual fue remitida en respuesta de los hallazgos de los autos en mención. **(Anexo 5) De la misma manera se les exige póliza de cumplimiento a la firma de los respectivos contratos.**

ANÁLISIS DE LA SUPERINTENDENCIA

Independiente de que en los términos del contrato se exija al prestador el modelo de atención y suficiencia de la oferta, en los documentos revisados no se evidenció que la sede del Departamento del Chocó exigiera tales documentos, no se demostró que la entidad aseguradora exigiera precontractualmente los indicadores de calidad y le entregara su modelo de atención en salud esperado al prestador de servicios de salud.

4. Procesos y los procedimientos del Sistema de Calidad.

No tiene implementado un proceso de auditoría externa a la calidad en la prestación de servicios de su red de prestadoras. En el transcurso del 2008 no se han visitado IPS. No se hace seguimiento a indicadores de calidad de los prestadores.

No se tiene implementada auditoría a la suficiencia de la red, eficiencia del proceso de referencia, satisfacción de los usuarios y organización de las ligas de usuarios.

No se realiza por parte de la EPS-S auditoría a la calidad a las actuaciones del CTC.

IMPUGNACION POR PARTE DE CAJACOPI

El impugnante señaló que *"el manual de calidad de CAJACOPI EPS-S contiene en el proceso de Auditoría medica un procedimiento de auditoría de calidad cuyo propósito es verificar el cumplimiento de calidad de la prestación de los servicios de*

salud de los integrantes de la red de acuerdo con los requisitos establecidos en la resolución 1043 de 2006 y el decreto 1011 de 2006 y los estándares de calidad e indicadores establecidos en el manual de calidad de la EPS-S. El cual se aplica a los prestadores de la red de cada seccional, como se evidencia en visitas realizadas a las IPS como se evidencia en los informes de auditoría de calidad realizados durante el año 2008. (Anexo 6).

"No se tiene implementado auditoría a la suficiencia de la Red, eficiencia del proceso de referencia, satisfacción de los usuarios y organización de las Ligas de Usuarios".

La entidad tiene registrada dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, el proceso de medición análisis y mejora que tiene como objetivo hacer seguimiento, evaluación y control adecuando a los procesos para lograr el mejoramiento continuo del sistema obligatorio de garantía de la calidad, buscando la permanencia en el sistema general de seguridad social.

Este proceso aplica para todas las seccionales de la EPS-S está bajo la responsabilidad de la Coordinación Nacional de Garantía de la calidad y Planeación. (Ver hoja de caracterización del proceso de medición análisis y mejora, del manual de calidad de CAJACOPI EPS-S.

En cuanto al sistema de información del proceso de referencia y contrarreferencia, se realizan informes mensuales por seccional de los pacientes referenciados por morbilidad, nivel de complejidad y prestadores, la captura se realiza por medio del formato de referencia y contra referencia. A través de estos análisis podemos establecer la oferta y demanda de servicios.

Hacen parte del sistema de información los indicadores de gestión y oportunidad que se miden con una periodicidad mensual, con estos indicadores se hace seguimiento a cada uno de los procedimientos del proceso de autorizaciones y medimos la frecuencia de uso y la eficacia en la referencia y contrarreferencia solicitada por nuestros usuarios.

Dentro del sistema de información se manejan los siguientes indicadores.
Indicadores de oportunidad:

- a) Oportunidad en la referencia de del servicio de urgencia
- b) Oportunidad en la atención de servicios de imagenología
- c) Oportunidad de la referencia de la EPS-S

Indicadores de seguimiento:

- a) Porcentaje de autorizaciones de II y III nivel
- b) Porcentaje de autorizaciones de I nivel

El manejo de los informes de referencia y contrarreferencia así como los informes estadísticos están bajo la responsabilidad del personal que atiende el Cali Center (línea 018000111446, celular 3135461268) desde la oficina Nacional, bajo la coordinación y supervisión del Coordinador Nacional de SIAU.

El proceso de referencia y contra referencia ha tenido varios cambios y estos han sido el resultado del seguimiento y el análisis del proceso de sistema de atención al usuario y al proceso de autorizaciones que es como lo tenemos descritos dentro del

manual de procesos y procedimientos, análisis que hacen parte de los diagnósticos situacionales del proceso.

Se realizan reuniones de ligas de usuarios cada dos meses en cual se informa y se capacita sobre cambios de la normatividad, cambio en la red prestadora de servicios y proceso de referencia y contrarreferencia para el buen direccionamiento de nuestros usuarios.

Se realizan encuestas de satisfacción mensual por prestador; con el fin de conocer la satisfacción de los usuarios frente a nuestra Red prestadora de Servicios; y de esta manera crear planes para el mejoramiento de la calidad de la prestación de los servicios y mejorar la satisfacción de nuestros usuarios.

Posemos buzones de sugerencias en cada oficina donde hacemos presencia, se realizan actas de apertura del buzón de sugerencia y se consolidan para crear el mejoramiento continuo de nuestra EPS-S.

Se cuenta con una oficina de SIAU que es la encargada de orientar a los usuarios, tomar las quejas y reclamos, darle trámite en el menor tiempo posible y crear planes de mejoramiento. Suficiencia de la Red (Anexo 7)

"No se realiza por parte de la EPS-S, auditoría a la calidad a las actuaciones del CTC"

Contrario a su afirmación en la Resolución 000251 de febrero 27 de 2009, como bien se demostró en las comunicaciones anteriores enviadas a la Superintendencia Nacional de Salud. La entidad realiza auditoría a la calidad de las actuaciones del CTC, a través de la Coordinación Médica Nacional y la Coordinación nacional de autorizaciones y SIAU, en cumplimiento a la norma, resolución 3099 y 3754 de 2008.

A través del seguimiento y verificación a:

- El cumplimiento de las reuniones semanales del CTC.
- La evaluación, aprobación o desaprobación de las prescripciones u órdenes médicas presentadas por los médicos tratantes de los afiliados, de los medicamentos y demás servicios médicos y prestaciones de salud por fuera del POS-S
- Justificación técnica de las decisiones adoptadas, teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos del paciente.
- Elaboración y suscripción de las respectivas actas.
- Realización y remisión al Ministerio de informes trimestrales de los casos autorizados y negados.
- Cumplimiento a la prescripción de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud que se encuentren debidamente autorizados para su uso y ejecución o realización por las respectivas normas vigente en el país como las expedidas por el INVIMA y las referentes a la habilitación de servicios en el Sistema de Garantía de la Calidad de los servicios de salud.
- Verificando que toda prescripción de medicamentos y/o servicios médicos y prestaciones de salud, sean consecuencia de haber utilizado, agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad contenidas en el POS-S, sin obtener resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o de prever u observar reacciones adversas o intolerancia por el

paciente o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas y verificando que haya constancia de lo anterior en la historia clínica.

- La NO aprobación en ningún caso por parte del Comité Técnico-Científico de tratamientos experimentales.
- Verificando que la o las prescripciones u órdenes médicas y justificación en caso de ser un medicamento, procedimiento e intervenciones NO POS-S, deben ser presentada y debidamente sustentadas por escrito por el médico tratante, con sus respectivos soportes, según normatividad vigente.
- Seguimiento a la oportunidad en el trámite de las solicitudes de medicamentos, procedimientos e intervenciones NO POS-S, para el cumplimiento de los mismo.
- Cumplimiento a la aprobación de tratamientos ambulatorios por máximo 3 meses y el análisis de este tratamiento teniendo en cuenta la respuesta de este en el paciente, determinando así la periodicidad con que se seguirá autorizando y suministrando. Y de la misma manera en los casos de tratamiento crónicos que será máximo por 1 año

Verificación de la realización y justificación del Acta del Comité Técnico Científico en donde se dio negación al suministro de medicamento, servicio médico o prestación de salud No POS, en forma previa en los casos de presentación de acción de tutela." (Anexo 8)

Teniendo en cuenta todo lo anterior se realiza auditoria y seguimiento en forma semanal, a cada uno de los casos revisado por los CTC, en cada una de las seccionales. (Ver anexo ó folios)

ANÁLISIS DE LA SUPERINTENDENCIA

En la ejecución de la visita el responsable de recepción de la misma reconoció la no realización de visitas de auditoría externa a su red de prestadores, no se presentó un cronograma y ejecución de visitas a los prestadores. Documentalmente no se demostró la implementación de un Programa de auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la atención en salud en los procesos de obligatoria auditoría por parte de la EAPB como son: referencia y contrarreferencia, suficiencia de la red y satisfacción del usuario.

Teniendo en cuenta que Quidó es la sede del departamento en la implementación de los Comité Técnico Científicos, no se evidenció documentalmente acciones de auditoría de la calidad a los procesos responsabilidad del citado comité.

6. Nota técnica del POS-S

No tiene establecidos mecanismos de ajuste a la operación establecidos en el análisis de causalidad correspondiente a las desviaciones del estándar.

IMPUGNACION POR PARTE DE CAJACOPI

El doctor GERMÁN MADERO PÉREZ, agregó:

Los ajustes en la operación de la Nota Técnica de CAJACOPI EPS-S, se realizan mediante un plan de acción con la finalidad de fortalecer la sostenibilidad financiera de la EPS-S dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo en cuenta los ingresos y los gastos en prestación de servicios de las EPS-S, la siniestralidad y los gastos de la EPS-S, el impuesto a la renta y el estado de resultados del año 2.008 en que se determina el patrimonio de la misma y el margen de solvencia.

6

Se plantean las siguientes acciones:

- 1- Solicitar modificaciones de la cobertura geográfica para la EPS-S y de la capacidad de afiliación de la misma en las regiones en que se han detectado afiliados potenciales con baja siniestralidad, mediante evaluaciones del riesgo en salud de esas poblaciones.
- 2- Fortalecimientos de la red de prestadores de servicios de salud en cada una de las Seccionales conformando una red de prestadores habilitados en cada uno de los niveles de atención de acuerdo a la normatividad vigente.
- 3- Promoción de la afiliación.
- 4- Fortalecimiento de los programas de Promoción y Prevención por su incidencia sobre la alta incidencia de patologías de alto costo
- 5- Vigilancia sobre los procedimientos, intervenciones, elementos y medicamentos cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado y aquellos no incluidos que deben autorizados mediante fallos de tutela y comités técnico científico, lo anterior teniendo en cuenta los recobros que deben ser realizados ante el FOSYGA que se han incrementado a partir de las nuevas normas generando un equilibrio en el gasto en salud de la EPS-S.

Las estrategias que se llevaron a cabo para la ejecución de estas acciones se inician en la etapa precontractual de la contratación mediante la capacitación a los Gerentes Seccionales de Aseguramiento, Coordinadores Seccionales y Coordinadores Médicos Seccionales en el Proceso de Contratación de la Red y Manual de Contratación, lo en el que se realizó en el mes de enero del 2009, como puede evidenciarse en el Acta de fecha 21 de enero del 2009, en la que se dan las directrices a las directivas seccionales sobre estos tópicos.

Respecto a la selección de riesgos, a pesar de que se puede considerar una falla en el mercado del aseguramiento en que las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado para protegerse de clientes que les acarreen potenciales pérdidas, como es el caso de ancianos o enfermos graves ya diagnosticados, pueden incurrir en levados gastos de administración y en la creación de barreras a la inscripción. Estos mecanismos generan una situación en que se intentan capturar a los consumidores de bajo riesgo y evitar a los más riesgosos, lo que puede constituirse en una selección adversa, que debe ser evitada mediante el seguimiento por parte de las Gerencias Seccionales.

Otro aspecto interno que debe ser tenido en cuenta es que la contención de costos por siniestralidad no está tanto en reducir la morbilidad, sino que deben hacer control sobre las frecuencias de uso del servicio, que son las que comprometen el margen de solvencia de la EPS-S, al igual que el flujo de los recursos por parte de los entes territoriales sin cumplimiento de la normatividad vigente y las estipulaciones contractuales. Es por esto que para disminuir la morbilidad, la Prevención de la Enfermedad mostró ser una herramienta eficiente, pero no tanto la Prevención Primaria y Secundaria como la Prevención Terciaria (control de secuelas y limitación del daño), que se siguen tratando en el segundo nivel en el nivel de complejidad.

Con la finalidad de evitar que un paciente llegue a ser de alto costo se le debe dar manejo oportuno y de calidad a los pacientes con enfermedades de alto impacto

en la población afiliada y en las que se deben brindar servicios de Consulta médica especializada, hospitalización, medicamentos adecuados, utilizando los Comité Técnico Científico para la formulación de medicamentos no incluidos en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado con propiedades de protección renal y vascular incluso bajo su marca comercial, pero que garanticen la recuperación de la salud de los pacientes. No reparan en costos ni en el uso de medicamentos comerciales, ni en estancias hospitalarias, ni en atención especializada, utilizando para ello las herramientas de norma sin que se lesione el patrimonio de la EPS-S, al ser recobrados ante el FOSYGA.

Se deben continuar con las acciones para detectar las inconsistencias generadas en la depuración de las bases de datos de la EPS-S y los cruces de las mismas entre el gobierno nacional a través de los ministerios de la Protección y de Hacienda, con Registraduría Nacional y los entes territoriales (municipios, departamentos y distritos), producto de lo cual han surgido glosas a las cuentas, retiros sumarios y masivos de afiliados de un solo corte, descuentos retroactivos en pagos de contratos, entre otras situaciones, que durante el año 2008 por medio de diferentes mecanismos se han logrado subsanar, sin embargo, la capacidad técnica y tecnológica de los municipios para manejar las directrices técnicas en el manejo de las bases de datos no es suficiente, lo que genera descuentos en los giros que el FOSYGA debe realizar a las EPS-S.

De todo lo anterior, llama la atención que CAJACOPI EPS-S en todas las respuestas a los informes preliminares, dio alcance y soportó de manera procedimental y documental, de los presuntos hallazgos en su momento notificados a CAJACOPI EPS-S, sin embargo, son reiterativos en desconocer, los argumentos soportados, mediante documentos enviados a la Superintendencia Nacional de Salud, retomando los presuntos hallazgos y basando la motivación de la Revocatoria Parcial de Habilitación para el departamento del Chocó en dos informes finales, que muy a pesar de que se envían a CAJACOPI EPS-S, no se le permite controvertir a las afirmaciones plasmadas en ellos, sin dar a conocer a CAJACOPI EPS-S, el criterio técnico que tienen en cuenta para las conclusiones o interpretaciones que dan a cada aspecto desvirtuado. [Anexo 9]

LA CONCLUSIÓN DE LA RESOLUCIÓN 00251 de febrero de 2009

"A pesar de que en la respuesta enviada por la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR "CAJACOPI ATLÁNTICO" respecto al informe preliminar rendido en la cual manifiesta que "Anexa relación de las facturas radicadas por los proveedores y prestadores de servicios de cada municipio del Chocó, de los servicios prestados durante la vigencia de 01 de Abril de 2007 al 30 de noviembre de 2008, especificando fecha de radicación, período facturado, valor facturado, valor cancelado, saldo a la fecha, modalidad de contratación, glosas; de acuerdo con el formato solicitado por ustedes donde se evidencia el pago a la Red de prestadores, se verificó el recibo de la comunicación en dos folios sin anexos; es decir que dicha relación de facturas radicadas no fue allegada como prueba documental que permita desvirtuar los hallazgos de la visita inspectiva llevada a cabo en el mes de noviembre de 2008".

ANÁLISIS DE LA SUPERINTENDENCIA

En lo que respecta a la no conformidad establecida en el informe de visita de que no tiene establecidos mecanismos de ajuste a la operación establecidos en el análisis de causalidad correspondiente a las desviaciones del estándar, está

sustentada en que documentalmente CAJACOPI no demostró durante la visita tal hecho. Presentar como argumento de contradicción un acta de fecha 21 de enero del 2009 reafirma el concepto emitido por esta Superintendencia, teniendo en cuenta que la visita inspectiva se realizó del 18 al 28 de noviembre de 2008.

Cotera de lo expuesto, los argumentos expuestos por el Representante legal de la EPS-S no desvirtúan las razones de hecho y de derecho que sirvieron de sustento al Acto Administrativo atacado.

CONSIDERACIONES DE LA SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA LA GENERACIÓN Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS DE LA SALUD

A continuación, se analizará los argumentos expuestos en el escrito contentivo del recurso de reposición incoado por el Director Administrativo de CAJACOPI EPS-S y las pruebas obrantes en el expediente.

De acuerdo con la evaluación del contenido del documento mediante el cual el recurrente argumenta su defensa, cita la entrada en vigencia del Decreto 1054 del 30 de marzo de 2007, mediante la cual se determinó el giro directo para el departamento del Choco y la vigencia de la Resolución 5078 de de 2006, que condiciona la proporcionalidad de los giros a la validación de la Base de Datos por parte del FOSYGA, estableciendo como referente el número de afiliados cargados, circunstancia que incide en el pago total o parcial del valor de los contratos y que repercute ostensiblemente en los ingresos del ente territorial, máxime cuando los mismos no han sido uniformes en el transcurrir del tiempo, afectando el flujo de recursos hacia los proveedores de bienes y prestadores de servicios de salud.

Es entendible y comprensible para este Despacho lo descrito por el Dr. Madero, Director Administrativo de CAJACOPI EPS-S, pero no es de recibo la mora que se presenta en los pagos a las IPS y/o proveedores de salud a partir de la fecha de giro del FOSYGA y del Sistema General de Participaciones, pues si bien es cierto, como lo describió en su recurso de reposición el Director de la EPS-S, los giros de los contratos se encuentran directamente supeditados a la validación y cargue de los afiliados, no es menos cierto que la totalidad de los recursos girados al ente territorial por las citadas fuentes de financiación, de acuerdo con la proporcionalidad de la población validada, deben ser girados a los prestadores y proveedores de salud, en un plazo máximo de quince (15) días posteriores a la recepción del pago o ingreso a la EPS-S, como lo contempla el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, situación que no se evidencia en el análisis que se describe a continuación.

Teniendo en cuenta lo expuesto por el Director Administrativo de la vigilada, en cuanto a la mora recurrente de los giros por parte del FOSYGA y su incidencia frente a la mora en los pagos la red de salud, se procedió a evaluar y analizar la información correspondiente a los ingresos de los Municipios del Choco: Río Sucio, Certegui, Cantón de San Pablo y Alto Baudó, frente a los pagos a los proveedores de los mismos municipios; es procedente resaltar que la información fue extraída de los documentos diligenciados por la EPS-S – como de la allegada en medio magnético, así:

- a) Flujo de recursos de los contratos de administración del régimen subsidiado entre la entidad territorial y Entidad Promotora del Régimen Subsidiado
- b) Flujo de Recursos entre EPS-S e IPS y
- c) Medio magnético (CD)

Una vez efectuados los cruces de información en cada uno de los municipios, se evidenció lo siguiente:

Municipio de Río Sucio:

- La EPS-S recibió ingresos por concepto de giro directo del FOSYGA y del Sistema General de Participaciones, durante el bimestre de septiembre - octubre de 2007, por valor de \$260.926.850, no obstante, según la información diligenciada por parte de **CAJACOPI EPS-S**, registra facturación por valor de \$274.451.424 y pagos durante el mismo periodo por cuantía de \$260.926.850, presentando mora de 211 y 290 días en el pago a los proveedores, a partir de la fecha de ingreso del giro directo.
- La EPS-S recibió ingresos por concepto de giro directo del FOSYGA y del Sistema General de Participaciones, durante el bimestre de noviembre y diciembre de 2008, por valor de \$283.333.334, no obstante, según la información diligenciada por parte de **CAJACOPI EPS-S**, registra facturación por valor de \$180.832.815 y pagos durante el mismo periodo por cuantía de \$21.895.295, presentando mora de 21 y 63 días en el pago a los proveedores, a partir de la fecha de ingreso del giro directo.
- La EPS-S recibió ingresos por concepto de giro directo del FOSYGA y del Sistema General de Participaciones, durante el mes de septiembre de 2007, por valor de \$168.450.473, no obstante, según la información diligenciada por parte de **CAJACOPI EPS-S**, registra facturación por valor de \$5.414.497 y pagos durante el mismo mes por cuantía de \$4.930.546, presentando mora de 370 y 291 días en el pago a los proveedores, a partir de la fecha de ingreso del giro directo.

Municipio de Certegui:

- La entidad recibió ingresos por concepto de giro directo del FOSYGA y del Sistema General de Participaciones, durante los meses de octubre a diciembre de 2007, por valor de \$7.019.976, no obstante, según la información diligenciada por parte de **CAJACOPI EPS-S**, registra pagos durante el periodo por valor de \$2.234.557, de los cuales \$740.629 presenta una mora de 41 días en el pago al proveedor - DROGUERIA CANTON DE SAN PABLO - a partir de la fecha de ingreso del giro directo.

Municipio de Cantón de San Pablo:

- La EPS-S recibió ingresos por concepto de giro directo del FOSYGA y del Sistema General de Participaciones, durante el mes de diciembre de 2007, por valor de \$10.187.462, no obstante, según la información diligenciada por parte de **CAJACOPI EPS-S**, registra facturación por valor de \$4.174.957 y pagos durante el mismo mes por cuantía de \$4.174.957, presentando una mora de 180 días en el pago a los proveedores, a partir de la fecha de ingreso del giro directo.
- La EPS-S recibió ingresos por concepto de giro directo del FOSYGA y del Sistema General de Participaciones, durante el bimestre marzo - abril de 2008, por valor de \$9.482.119, no obstante, según la información diligenciada por parte de **CAJACOPI EPS-S**, registra facturación por valor de \$104.500 y pagos durante el mismo periodo por cuantía de \$104.500, presentando una mora de 60 días en el pago a los proveedores, a partir de la fecha de ingreso del giro directo.
- La EPS-S recibió ingresos por concepto de giro directo del FOSYGA y del Sistema General de Participaciones, durante el bimestre julio - agosto de 2008, por valor de \$18.964.238, no obstante, según la información diligenciada por parte de

Municipio de Río Sucio:

- La EPS-S recibió ingresos por concepto de giro directo del FOSYGA y del Sistema General de Participaciones, durante el bimestre de septiembre - octubre de 2007, por valor de \$260.926.850, no obstante, según la información diligenciada por parte de **CAJACOPI EPS-S**, registra facturación por valor de \$274.451.424 y pagos durante el mismo periodo por cuantía de \$260.926.850, presentando mora de 211 y 290 días en el pago a los proveedores, a partir de la fecha de ingreso del giro directo.
- La EPS-S recibió ingresos por concepto de giro directo del FOSYGA y del Sistema General de Participaciones, durante el bimestre de noviembre y diciembre de 2008, por valor de \$283.333.334, no obstante, según la información diligenciada por parte de **CAJACOPI EPS-S**, registra facturación por valor de \$180.832.815 y pagos durante el mismo periodo por cuantía de \$21.895.295, presentando mora de 21 y 63 días en el pago a los proveedores, a partir de la fecha de ingreso del giro directo.
- La EPS-S recibió ingresos por concepto de giro directo del FOSYGA y del Sistema General de Participaciones, durante el mes de septiembre de 2007, por valor de \$168.450.473, no obstante, según la información diligenciada por parte de **CAJACOPI EPS-S**, registra facturación por valor de \$5.414.497 y pagos durante el mismo mes por cuantía de \$4.930.546, presentando mora de 370 y 291 días en el pago a los proveedores, a partir de la fecha de ingreso del giro directo.

Municipio de Certegui:

- La entidad recibió ingresos por concepto de giro directo del FOSYGA y del Sistema General de Participaciones, durante los meses de octubre a diciembre de 2007, por valor de \$7.019.976, no obstante, según la información diligenciada por parte de **CAJACOPI EPS-S**, registra pagos durante el periodo por valor de \$2.234.557, de los cuales \$740.629 presenta una mora de 41 días en el pago al proveedor - DROGUERIA CANTON DE SAN PABLO - a partir de la fecha de ingreso del giro directo.

Municipio de Cantón de San Pablo:

- La EPS-S recibió ingresos por concepto de giro directo del FOSYGA y del Sistema General de Participaciones, durante el mes de diciembre de 2007, por valor de \$10.187.462, no obstante, según la información diligenciada por parte de **CAJACOPI EPS-S**, registra facturación por valor de \$4.174.957 y pagos durante el mismo mes por cuantía de \$4.174.957, presentando una mora de 180 días en el pago a los proveedores, a partir de la fecha de ingreso del giro directo.
- La EPS-S recibió ingresos por concepto de giro directo del FOSYGA y del Sistema General de Participaciones, durante el bimestre marzo - abril de 2008, por valor de \$9.482.119, no obstante, según la información diligenciada por parte de **CAJACOPI EPS-S**, registra facturación por valor de \$104.500 y pagos durante el mismo periodo por cuantía de \$104.500, presentando una mora de 60 días en el pago a los proveedores, a partir de la fecha de ingreso del giro directo.
- La EPS-S recibió ingresos por concepto de giro directo del FOSYGA y del Sistema General de Participaciones, durante el bimestre julio - agosto de 2008, por valor de \$18.964.238, no obstante, según la información diligenciada por parte de

CAJACOPI EPS-S, registra facturación por valor de \$902.325 y pagos durante el mismo periodo por cuantía de \$902.325, presentando moras de 60 y 95 días en el pago a los proveedores, a partir de la fecha de ingreso del giro directo.

- La EPS-S recibió ingresos por concepto de giro directo del FOSYGA y del Sistema General de Participaciones, durante el bimestre septiembre - octubre de 2008, por valor de \$9.482.119, no obstante, según la información diligenciada por parte de **CAJACOPI EPS-S**, registra facturación por valor de \$39.700 y pagos durante el mismo periodo por cuantía de \$39.700, presentando moras de 68 y 93 días en el pago a los proveedores, a partir de la fecha de ingreso del giro directo.

Municipio del Alto Baudó:

- La EPS-S recibió ingresos por concepto de giro directo del FOSYGA y del Sistema General de Participaciones, durante el bimestre de junio - julio de 2007, por valor de \$126.522.515, no obstante, según la información diligenciada por parte de **CAJACOPI EPS-S**, registra facturación por valor de \$8.869.000 y pagos durante el mismo periodo por cuantía de \$8.302.700, presentando moras de 12 y 38 días en el pago a los proveedores, a partir de la fecha de ingreso del giro directo.
- La EPS-S recibió ingresos por concepto de giro directo del FOSYGA y del Sistema General de Participaciones, durante el bimestre de agosto - septiembre de 2007, por valor de \$89.884.750, no obstante, según la información diligenciada por parte de **CAJACOPI EPS-S**, registra facturación por valor de \$1.328.400 y pagos durante el mismo periodo por cuantía de \$1.328.400, presentando moras de 168 y 196 días en el pago a los proveedores, a partir de la fecha de ingreso del giro directo.
- La EPS-S recibió ingresos por concepto de giro directo del FOSYGA y del Sistema General de Participaciones, durante el bimestre de diciembre de 2007 y enero de 2008, por valor de \$70.028.785, no obstante, según la información diligenciada por parte de **CAJACOPI EPS-S**, registra facturación por valor de \$15.070.982 y pagos durante el mismo periodo por cuantía de \$8.870.491, presentando una mora de 168 días en el pago a los proveedores, a partir de la fecha de ingreso del giro directo.
- La EPS-S recibió ingresos por concepto de giro directo del FOSYGA y del Sistema General de Participaciones, durante el bimestre de abril - mayo de 2008, por valor de \$120.039.557, no obstante, según la información diligenciada por parte de **CAJACOPI EPS-S**, registra facturación por valor de \$2.886.144 y pagos durante el mismo periodo por cuantía de \$2.886.144, presentando una mora de 61 días en el pago a los proveedores, a partir de la fecha de ingreso del giro directo.
- La EPS-S recibió ingresos por concepto de giro directo del FOSYGA y del Sistema General de Participaciones, durante el bimestre de junio - julio de 2008, por valor de \$124.865.423, no obstante, según la información diligenciada por parte de **CAJACOPI EPS-S**, registra facturación por valor de \$1.369.850 y pagos durante el mismo periodo por cuantía de \$1.078.150, presentando una mora de 103 y 116 días en el pago a los proveedores, a partir de la fecha de ingreso del giro directo.

SUBDIRECCIÓN NACIONAL 051
 ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD B: ENTRO EPS-S: EPS EMERSON EPS-6
 Servicio de apoyo de Tránsito, Inscripción del Pujilí al Registro de la Administración del Régimen Subsidiado - Prestadores de Servicios de Salud
 Dependencia: Tránsito - Tránsito
 Año Administrativo: Año de visita operativa No.
 Fecha de Emisión del Acta No.
 Fecha de Terminación de la Visita

No.	MUNICIPIO: AJO BUENO	NOMBRE EPS	Información Contable sobre el Pujilí de Recursos del Régimen Subsidiado										
			Valor facturado	Fecha de Pago	No. Comprobante de Pago	Mes y Año que Corresponde al Pago	Total pagado	Valor Causado	MORA PAGOS (5% + IPS)	GENESTRE INTERESADO (FORTECA)	FECHA ÚLTIMO PAGO	GENESTRE FORTECA	MORA GIRO FORTECA
1		PROCESA EL BOTTICARIO LTDA	35.441.176,00	31/05/2007	8010028121	Abril de 2007	35.060.754,00	3,00	21,30		35.060.754,00		
2		PROCESA EL BOTTICARIO LTDA	25.441.176,00	31/05/2007	8010028129	Mayo de 2007	25.060.754,00	3,00	21,30		25.060.754,00		
3		PROCESA EL BOTTICARIO LTDA	25.441.176,00	31/05/2007	8010028123	Junio de 2007	25.060.754,00	3,00	21,30		25.060.754,00		
4		PROCESA EL BOTTICARIO LTDA	25.441.176,00	31/05/2007	8010028128	Julio de 2007	25.060.754,00	3,00	21,30		25.060.754,00		
5		PROCESA EL BOTTICARIO LTDA	25.441.176,00	31/05/2007	8010028125	Agosto de 2007	25.060.754,00	3,00	21,30		25.060.754,00		
6		PROCESA EL BOTTICARIO LTDA	25.441.176,00	31/05/2007	8010028126	Septiembre de 2007	25.060.754,00	3,00	21,30		25.060.754,00		
7		PROCESA EL BOTTICARIO LTDA	35.441.176,00				0,00	0,00					
8		PROCESA EL BOTTICARIO LTDA	35.441.176,00	22/10/2008	8010028128	Noviembre de 2007	35.015.854,00	3,25	25,80		35.015.854,00		
9		PROCESA EL BOTTICARIO LTDA	22.344,00	28/12/2007	8010028129	Diciembre de 2007	22.048,00	3,00	21,30		22.048,00		
10		PROCESA EL BOTTICARIO LTDA	35.235,30	15/08/2008	8010028124	Diciembre de 2007	35.015.854,00	3,00	21,30		35.015.854,00		
11		PROCESA EL BOTTICARIO LTDA	35.235,30				0,00	0,00					
12		PROCESA EL BOTTICARIO LTDA	35.235,30				0,00	0,00					
13		PROCESA EL BOTTICARIO LTDA	35.235,30				0,00	0,00					
14		PROCESA EL BOTTICARIO LTDA	35.235,30				0,00	0,00					
15		PROCESA EL BOTTICARIO LTDA	35.235,30				0,00	0,00					
16		PROCESA EL BOTTICARIO LTDA	35.235,30				0,00	0,00					
17		PROCESA EL BOTTICARIO LTDA	35.235,30				0,00	0,00					
18		ESE HOSPITAL OPTAL SAN FRANCISCO DE ASE	20.300,00	12/01/2008	8010028129	Abril de 2008	20.000,00	2,25	1,50		20.000,00		
19		ESE HOSPITAL OPTAL SAN FRANCISCO DE ASE	20.300,00	12/08/2008	8010028129	Mayo de 2007	20.000,00	2,25	1,50		20.000,00		
20		ESE HOSPITAL OPTAL SAN FRANCISCO DE ASE	20.300,00	22/09/2008	8010028124	Junio de 2008	20.000,00	2,25	1,50		20.000,00		
21		ESE HOSPITAL OPTAL SAN FRANCISCO DE ASE	20.300,00	25/09/2008	8010028124	Julio de 2008	20.000,00	2,25	1,50		20.000,00		
22		ESE HOSPITAL OPTAL SAN FRANCISCO DE ASE	1.498.126,00	25/10/2008	8010028126	Agosto de 2008	1.498.126,00	5,00	21,30		1.498.126,00		
23		VALDEBARRA	251.100,00	20/10/2008	8010028126	Agosto de 2008	251.100,00	5,00	21,30		251.100,00		
24		VALDEBARRA	550.300,00	20/10/2008	8010028126	Agosto de 2008	550.300,00	5,00	21,30		550.300,00		
25		VALDEBARRA	11.300,00	20/10/2008	8010028126	Agosto de 2008	11.300,00	5,00	21,30		11.300,00		
26		VALDEBARRA	43.800,00	20/10/2008	8010028126	Agosto de 2007	43.800,00	5,00	21,30		43.800,00		
27		VALDEBARRA	26.100,00	20/10/2008	8010028126	Agosto de 2007	26.100,00	5,00	21,30		26.100,00		
28		VALDEBARRA	271.700,00	20/10/2008	8010028126	Agosto de 2007	271.700,00	5,00	21,30		271.700,00		
29		VALDEBARRA	34.500,00	20/10/2008	8010028126	Agosto de 2007	34.500,00	5,00	21,30		34.500,00		
30		VALDEBARRA	43.800,00	20/10/2008	8010028126	Agosto de 2007	43.800,00	5,00	21,30		43.800,00		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DEL MUNICIPIO DE RIO SUZUIZ
 ENTIDAD PROVEDORA DE SALUD P ENTRE EPS-S E IPS EGRESOS PPS-E
 Fuente: Sección de Trabajo, Verificación del Flujo de Recursos de las Contratos de Administración del Régimen Subsidiado - Prestadores de Servicios de Salud
 Dependencia: Tejería - Payagüta
 Acto Administrativo: Auto de vista respectiva No.
 Fecha de Emisión del Acto: 10/02/2007
 Fecha de Terminación del Acto: 10/02/2007

No.	NOMBRE IPS	Valor Ingresado	Fecha de Pago	No. Comprobante Egresos V/O Orden de Pago	Mes y Año a Correspondiente al Pago	Total Egresos	Horas Pagos EPS S - IPS	Bimestre Egresos Postiva	Fechas de Pagos	FECHA CERO POSTIVA	CEROS POSTIVA	NOVA EPS POSTIVA	MUVA PAGO POSTIVA MUSA EPS S
21	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	43.800,00	20/10/2008	800100280940	Mayo de 2007	43.800,00	279,00						
22	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	43.800,00	20/10/2008	800100280940	Mayo de 2007	43.800,00	279,00						
23	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	21.900,00	20/10/2008	800100280940	Mayo de 2007	21.900,00	139,50						
24	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	33.900,00	20/10/2008	800100280940	Mayo de 2007	33.900,00	213,00						
25	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	1.395.000,00	20/10/2008	800100280940	Mayo de 2007	1.395.000,00	855,00						
26	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	8.100,00	20/10/2008	800100280940	Mayo de 2007	8.100,00	50,62						
27	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.700,00	20/10/2008	800100280940	Mayo de 2007	31.700,00	197,87						
28	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.300,00	20/10/2008	800100280940	Mayo de 2007	31.300,00	195,62						
29	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.300,00	20/10/2008	800100280940	Mayo de 2007	31.300,00	195,62						
30	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.300,00	20/10/2008	800100280940	Mayo de 2007	31.300,00	195,62						
31	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	278.100,00		800100280940	Junio de 2007	278.100,00	1.740,00						
32	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	43.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	43.800,00	279,00						
33	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	255.400,00			Junio de 2007	255.400,00	1.608,75						
34	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
35	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
36	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
37	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
38	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
39	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
40	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
41	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
42	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
43	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
44	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
45	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
46	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
47	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
48	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
49	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
50	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
51	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
52	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
53	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
54	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
55	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
56	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
57	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
58	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
59	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
60	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						
61	HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRAMA	31.800,00	20/10/2008	800100280940	Junio de 2007	31.800,00	198,75						

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE:
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD D ENTRE EPS- E EPS EGRESOS EPS-S
 Nombre de lugar de Trabajo: Verificación del lugar de Egresos de los Centros de Administración del Régimen Subsistido -
 Dependencia: Toluca - Popolucan
 Acto Administrativo: Auto de multa respectiva No.
 Fecha de Interposición del Recurso: 18/11/08
 Fecha de Terminación del Acto: 18/11/08

No.	MUNICIPIO- RED SUICIO	Situación Contable sobre el Fijo de Ingresos del Régimen Subsistido				Valor Usado	Valor pagado	Mora Pagos EPS - S - Dps	SEMESTRE INGRESO MONEDA	FECHA GIRO SEGUN NORMA	FECHA GIRO FOSYGA	GIROS FOSYGA	MORA GIRO FOSYGA	MORA PAGO FOSYGA Y S. MORA EPS S
		Valor Reclamado	Fecha de Pago	No. Comprobante egreso y/o Orden de Pago	Mas y A Los Comprobos el País									
82	VALDERRAMA	26/12/2007	3.458.570,00	07/04/2008	800100234988	3.44	4.807.742,00	1.03.00						
83	VALDERRAMA	26/12/2007	14.877.294,00	30/03/2008	800100232647	3.65	14.874.470,00	177.00						
84	VALDERRAMA	26/12/2007	2.274.887,00	24/03/2008	800100232641	5.10	2.274.887,00	177.00						
85	VALDERRAMA	14/03/2008	13.731.984,00	30/03/2008	800100232641	8.10	13.731.984,00	84.00						
86	VALDERRAMA	26/12/2007	10.174.233,00	08/03/2008	800100232642	7.00	8.827.818,00	174.00						
87	VALDERRAMA	26/12/2007	1.482.431,00	08/03/2008	800100232642	6.10	1.482.431,00	193.00						
88	VALDERRAMA	26/12/2007	5.487.530,00	20/03/2008	800100232641	9.21	5.474.702,00	177.00						
89	VALDERRAMA	26/12/2007	9.443.939,00	07/04/2008	800100232645	8.55	9.443.939,00	103.00						
90	VALDERRAMA	26/12/2007	9.443.939,00	20/03/2008	800100232641	8.20	8.474.131,00	177.00						
91	VALDERRAMA	26/12/2007	9.443.939,00	15/03/2008	800100232646	8.00	8.544.911,00	131.00						
92	VALDERRAMA	26/12/2007	2.443.213,00	08/03/2008	800100232642	6.10	2.443.213,00	131.00						
93	VALDERRAMA	26/12/2007	6.435.011,00	20/03/2008	800100232641	8.00	6.426.211,00	177.00						
94	VALDERRAMA	26/12/2007	15.824.544,00	08/03/2008	800100232642	8.00	15.870.741,00	14.00						
95	VALDERRAMA	26/12/2007	15.737.884,00	28/05/2008	800100232642	8.00	15.273.491,00	104.00						
96	VALDERRAMA	26/12/2007	4.850.232,00	28/05/2008	800100232642	8.10	4.787.877,00	102.00						
97	VALDERRAMA	29/07/2008	4.850.232,00	-	-	8.00	4.771.961,00	8.00						
98	VALDERRAMA	29/07/2008	17.360,00	-	-	8.00	17.360,00	8.00						
99	VALDERRAMA	29/07/2008	4.850.232,00	13/06/2008	800100232646	8.00	4.774.910,00	8.00						
100	VALDERRAMA	29/07/2008	7.428.297,00	-	-	8.00	4.818.911,00	8.00						
101	VALDERRAMA	29/07/2008	7.428.297,00	20/12/2008	800100232642	8.00	6.121.533,00	8.00						
102	VALDERRAMA	29/07/2008	17.360,00	-	-	8.00	17.360,00	8.00						
103	VALDERRAMA	14/03/2008	8.125.773,20	27/04/2008	800100232646	8.00	8.125.773,20	24.00						
104	VALDERRAMA	14/03/2008	3.478.838,00	27/04/2008	800100232646	8.00	3.478.838,00	24.00						
105	VALDERRAMA	27/03/2008	97.600,00	21/06/2008	800100232641	8.00	97.600,00	85.00						
106	VALDERRAMA	27/03/2008	8.704.749,00	21/06/2008	800100232641	8.00	8.704.749,00	83.00						
107	VALDERRAMA	27/03/2008	7.425.032,00	21/06/2008	800100232641	8.00	7.425.032,00	83.00						
108	VALDERRAMA	27/03/2008	13.300,00	21/06/2008	800100232641	8.00	13.300,00	83.00						
109	VALDERRAMA	27/03/2008	3.257.892,00	21/06/2008	800100232641	8.00	3.257.892,00	83.00						
110	VALDERRAMA	27/03/2008	13.462.234,00	21/06/2008	800100232641	8.00	13.462.234,00	83.00						
111	VALDERRAMA	27/03/2008	8.150.884,00	-	-	8.00	8.150.884,00	8.00						

6

Por medio de la cual se resuelve el recurso de reposición incoado por el doctor GERMÁN MADERO PÉREZ. Representante legal de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO, contra la Resolución No. 000251 del 27 de febrero de 2009.

SUMIENTE NACIONAL DE SALUD PROMOTORA DE SALUD O ENTRE EPS-S E EPS (GRUPO EPS-S)
 Muestreo de tipo de Trabajo: Verificación del flujo de recursos de las Cajas de Administración del Régimen Subsidiado - Prestadores de Servicios de Salud.
 Componentes: Teledatos - Fija
 A.C. Análisis: Auto de validación No.
 Lugar: Cajas de Análisis.
 Fecha: 27 de febrero del 2009.

N°	MUNICIPIO: RIO SUZCO	Información Convenir sobre el Flujo de Recursos del Régimen Subsidiado										
		Valor facturado	Fecha de Pago	N° Comprobante de Pago	Mes y Año a Corresponde el Pago	Total pagado	Valor Omitido	MORA PAGOS EPS-S - DPS	BIMESTRE INGRESO FUORTE	FECHA DIBO SEGIN MORSA	CARGO FUORTE	MORA DIBO FUORTE
1	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	6.457.131,00	23/04/2008	8.1110242882	Enero de 2008	4.204.236,00	0,00	0,00				
2	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	4.157.131,00	11/06/2008	80110201187	Enero de 2008	1.000.000,00	0,00	0,00				
3	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	3.229.800,00	13/09/2008	80110211108	Enero de 2008	3.229.800,00	0,00	0,00				
4	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	3.344.800,00	31/01/2008	801102042662	Enero de 2008	3.344.800,00	0,00	0,00				
5	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	641.490,00	11/06/2008	80110201187	Enero de 2008	220.100,00	0,00	0,00				
6	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	4.11.800,00	12/08/2008	80110211189	Enero de 2008	411.800,00	0,00	0,00				
7	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	7.219.864,00	11/06/2008	801102021167	Enero de 2008	2.266.289,00	0,00	0,00				
8	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	4.613.600,00	31/07/2008	80110202962	Enero de 2008	4.613.600,00	0,00	0,00				
9	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	3.230.744,00	28/04/2008	801102428235	Febrero de 2008	2.556.864,00	0,00	0,00				
10	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	86.000,00	28/04/2008	801102428235	Febrero de 2008	50.000,00	0,00	0,00				
11	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	302.194,00	28/04/2008	801102428235	Febrero de 2008	282.194,00	0,00	0,00				
12	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	20.300,00	28/04/2008	801102428235	Febrero de 2008	20.300,00	0,00	0,00				
13	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	3.231.292,00	31/07/2008	80110202962	Marzo de 2008	928.282,00	0,00	0,00				
14	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	2.217.282,00	27/06/2008	80110211287	Marzo de 2008	2.742.624,00	0,00	0,00				
15	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	16.419.592,00	28/08/2007	801102182008	Abril de 2007	12.026.128,00	0,00	0,00				
16	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	21.219.424,00	28/08/2007	801102182008	Abril de 2007	21.431.864,00	0,00	0,00				
17	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	16.432.832,00	28/08/2007	801102182008	Mayo de 2007	16.116.128,00	0,00	0,00				
18	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	37.329.424,00	28/08/2007	801102182008	Mayo de 2007	35.671.864,00	0,00	0,00				
19	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	16.432.832,00	28/08/2007	801102182008	Junio de 2007	16.105.128,00	0,00	0,00				
20	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	37.329.424,00	28/08/2007	801102182008	Junio de 2007	35.671.864,00	0,00	0,00				
21	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	16.432.832,00	27/08/2007	80110202143	Julio de 2007	16.105.128,00	0,00	0,00				
22	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	37.329.424,00	01/08/2008	80110202143	Julio de 2007	35.671.864,00	0,00	0,00				
23	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	20.367.664,00	-	-	-	0,00	0,00	0,00				
24	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	16.432.832,00	-	-	-	0,00	0,00	0,00				
25	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	30.867.664,00	01/08/2008	80110202143	Agosto de 2007	30.216.216,00	0,00	0,00				
26	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	16.432.832,00	01/08/2008	80110202143	Agosto de 2007	0,00	0,00	0,00				
27	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	30.867.664,00	01/08/2008	80110202143	Septiembre de 2007	27.000.000,00	0,00	0,00				
28	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	30.867.664,00	01/08/2008	80110202143	Septiembre de 2007	2.210.210,00	0,00	0,00				
29	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	37.278.424,00	-	-	-	0,00	0,00	0,00				
30	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	30.230.250,00	-	-	-	0,00	0,00	0,00				
31	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	21.160.375,00	-	-	-	0,00	0,00	0,00				
32	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	36.425.968,00	-	-	-	0,00	0,00	0,00				
33	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	27.164.775,00	-	-	-	0,00	0,00	0,00				
34	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	36.425.968,00	-	-	-	0,00	0,00	0,00				
35	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	36.425.968,00	-	-	-	0,00	0,00	0,00				
36	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	36.425.968,00	-	-	-	0,00	0,00	0,00				
37	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	27.164.775,00	-	-	-	0,00	0,00	0,00				
38	UNION HOSPITALARIA FUENTE DE PAUL	27.164.775,00	-	-	-	0,00	0,00	0,00				

SUPERINTENDENCIA NACIONAL

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ENTRE EPS-S - E IPS EGRESOS EPS-S

Nombre de papel de Trabajo: Verificación del Pago de Recursos de los Contratos de Administración del Régimen Subsidiado – Prestadores de Servicios de Salud

2-Resolución: Tebaré - Pagaduría

4-Id Administrativo: A los de vista Inspectiva No.

Fecha de Emisión del Archivo:

Fecha de Terminación de Archivo:

Hora:

hora:

Información Contable sobre el Flujo de Recursos del Régimen Subsidiado														
No.	NOMBRE IPS	Valor facturado	Fecha de Pago	No. Comprobante egreso y/o Orden de Pago	Mes y Año a que Corresponde el Pago.	Total pagado	Valor Glosado	MORA PAGOS EPS-S - IPS	BIMESTRE INGRESO FOSYGA	FECHA GIRO SEGÚN NORMA	FECHA GIRO FOSYGA	GIROS FOSYGA	MORA GIRO FOSYGA	MORA PAGO FOSYGA VS MORA EPS-S
40	SERVIC SALUD	16.433.832,00	01/08/2008	800100262145	Junio de 2007	16.105.181,00	0,00	391,00	FEF-007-BRE-07	16-08-2007	01-10-2007	128.218.473,00	31,00	290,00
41	SERVIC SALUD	31.226.424,00	01/08/2008	800100262145	Julio de 2007	30.801.896,00	0,00	295,00	SEP-007-BRE-07	16-08-2007	15-11-2007	137.435.845,00	100,00	211,00
42	SERVIC SALUD	32.807.664,00	*	*	*	0,00	0,00	0,00						
43	SERVIC SALUD	16.433.832,00	*	*	*	0,00	0,00	0,00						
44	SERVIC SALUD	31.226.424,00	*	*	*	0,00	0,00	0,00						
45	SERVIC SALUD	32.807.664,00	01/04/2008	801100242024	Agosto de 2007	32.210.211,00	0,00	154,00						
46	SERVIC SALUD	16.433.832,00	*	*	*	0,00	0,00	0,00						
47	SERVIC SALUD	32.807.664,00	01/04/2008	800100234205	Septiembre de 2007	37.000.000,00	0,00	134,00						
48	SERVIC SALUD	32.807.664,00	01/08/2008	800100262145	Septiembre de 2007	5.110.311,00	0,00	274,00						
49	SERVIC SALUD	31.226.424,00	*	*	*	0,00	0,00	0,00						
TOTAL												274.451.434,00	111.127.673,00	210.921.110,00

SUPERINTENDENCIA NACIONAL

ENTIDAD: PROMOTORA DE SALU ENTRE EPS-S.- E IPS EGRESOS EPS-S

Número de papel de Trabajo: Verificación del Flujo de Recursos de los Contratos de Administración del Régimen Subsidado -- Prestadores de Servicios de Salud Dependencia: Tesorería - Pagaduría

Año Administrativo: Año de vista respectiva No.

Fecha de Inización del Anqueo:

Fecha de Terminación del Anqueo:

Hora:

Hora:

No.	NOMBRE IPS	N.C.I.P.T.O. RIO SU	Información Contable sobre el Flujo de Recursos del Régimen Subsidado					Valor Gtasado	MORA PAÑOS EPS-S - IPS	BIMESTRE INGRESO FOSYGA	FECHA GIRO SEGUN NORMA	FECHA GIRO FOSYGA	GIROS FOSYGA	MORA GIRO FOSYGA
			Valor facturado	Fecha de Pago	No. Comprobante egreso y/o Orden de Pago	Mes y Año a Corresponde el Pago	Total pagado							
1	DEQUERIA EL BOTICARIO LTDA	05/11/2008	39.441.196,00	31/08/2007	800100181729	Abril de 2007	6,00	25,00						
2	ESE HOSPITAL FRANCISCO VALDESKANA	05/11/2008	18.900,00	21/11/2008	800100288762	Agosto de 2008	0,00	16,00	NO. T.I.C. 208	10-11-2008	04/05/2008	1.115.666.667,00	-57,00	
3	ESE HOSPITAL FRANCISCO VALDESKANA	05/11/2008	1.300.333,00	21/11/2008	800100288762	Agosto de 2008	0,00	16,00	NO. T.I.C. 208	10-11-2008	01/10/2008	143.868.867,00	-60,00	
4	ESE HOSPITAL FRANCISCO VALDESKANA	05/11/2008	9.276.266,00	21/11/2008	800100288762	Agosto de 2008	0,00	16,00						
5	ESE HOSPITAL FRANCISCO VALDESKANA	05/11/2008	8.288.536,00	21/11/2008	800100288762	Agosto de 2008	0,00	16,00						
6	ESE HOSPITAL FRANCISCO VALDESKANA	05/11/2008	33.041.638,00	21/11/2008	800100288762	Agosto de 2008	0,00	16,00						
7	SERVIC SALUD LTDA	10/11/2008	23.687.761,00	-	-	-	0,00	# VALOR						
8	SERVIC SALUD LTDA	10/11/2008	40.764.374,00	-	-	-	0,00	# VALOR						
9	SERVIC SALUD LTDA	10/11/2008	23.687.261,00	-	-	-	0,00	# VALOR						
10	SERVIC SALUD LTDA	10/11/2008	40.764.374,00	-	-	-	0,00	# VALOR						
180.632.815,00													21.895.296,00	211.333.334,00

6

Por medio de la cual se resuelve el recurso de reposición incoado por el doctor GERMÁN MADRERO PÉREZ, Representante legal de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO, contra la Resolución No. 000251 del 27 de febrero de 2009.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN S ENTRE EPS-S E EPS EDRESOS EPS-S
 Nombre de la Entidad: Fundación de Pujo de Hacienda de la Administración del Hospital Sustituto
 Dependencia: Medicina - Pajonilla
 Acto administrativo: Acto de vicio inspectivo No.
 Fecha de iniciación del Acto: No. 001
 Fecha de Terminación: No. 001

Nº	NOMBRE EPS	Fecha inscripción	Valor Matrícula	Fecha de Pago	Nº. Comprobante ingreso y/o Orden de Pago	Mes y Año de Comprobante	Tipo Ingreso	Valor Ingreso	OBSERVACION	MORA PAGOS EPS-S - EPS	BENEFICIO INGRESO FOSYGA	FECHA EGRO SEGUN NORMA	FECHA EGRO FOSYGA	EGROS FOSYGA	MORA EGRO FOSYGA	MORA EGRO FOSYGA	MORA EGRO FOSYGA
48	ESE HOSPITAL DPTAL SAN FRANCISCO DE ASIS	2004/0008	1 756 624.00	12/05/2008	800100041875	Enero de 2009	1 756 624.00	0.00		11.00	11/02/08	27-11-2008	23-01-07-08	70.00	41.00		
49	ESE HOSPITAL DPTAL SAN FRANCISCO DE ASIS	2004/0008	1 802 000.00	12/05/2008	800100041875	Febrero de 2009	1 802 000.00	0.00		11.00							
50	ESE HOSPITAL DPTAL SAN FRANCISCO DE ASIS	2004/0008	30 300.00	12/05/2008	800100041875	Enero de 2009	30 300.00	0.00		11.00							
51	ESE HOSPITAL DPTAL SAN FRANCISCO DE ASIS	2004/0008	30 300.00	12/05/2008	800100041875	Enero de 2009	30 300.00	0.00		11.00							
52	ESE HOSPITAL DPTAL SAN FRANCISCO DE ASIS	2004/0008	37 800.00	12/05/2008	800100041875	Febrero de 2009	37 800.00	0.00		11.00							
53	ESE HOSPITAL DPTAL SAN FRANCISCO DE ASIS	2004/0008	533 861.00	12/05/2008	800100041875	Febrero de 2009	533 861.00	0.00		11.00							
54	ESE HOSPITAL DPTAL SAN FRANCISCO DE ASIS	2004/0008	30 300.00	12/05/2008	800100041875	Febrero de 2009	30 300.00	0.00		11.00							
55	ESE HOSPITAL DPTAL SAN FRANCISCO DE ASIS	2004/0008	30 300.00	12/05/2008	800100041875	Febrero de 2009	30 300.00	0.00		11.00							
56	ESE HOSPITAL DPTAL SAN FRANCISCO DE ASIS	2004/0008	37 800.00	12/05/2008	800100041875	Febrero de 2009	37 800.00	0.00		11.00							
57	ESE HOSPITAL DPTAL SAN FRANCISCO DE ASIS	2004/0008	30 300.00	12/05/2008	800100041875	Febrero de 2009	30 300.00	0.00		11.00							
58	ESE HOSPITAL DPTAL SAN FRANCISCO DE ASIS	2004/0008	30 300.00	12/05/2008	800100041875	Febrero de 2009	30 300.00	0.00		11.00							
59	ESE HOSPITAL DPTAL SAN FRANCISCO DE ASIS	2004/0008	1 118 782.00	12/05/2008	800100041875	Febrero de 2009	1 118 782.00	0.00		11.00							
60	ESE HOSPITAL DPTAL SAN FRANCISCO DE ASIS	2004/0008	30 300.00	12/05/2008	800100041875	Febrero de 2009	30 300.00	0.00		11.00							
61	ESE HOSPITAL DPTAL SAN FRANCISCO DE ASIS	2004/0008	43 600.00	12/05/2008	800100041875	Febrero de 2009	43 600.00	0.00		11.00							
62	ESE HOSPITAL DPTAL SAN FRANCISCO DE ASIS	2004/0008	30 300.00	12/05/2008	800100041875	Febrero de 2009	30 300.00	0.00		11.00							
63	ESE HOSPITAL DPTAL SAN FRANCISCO DE ASIS	2004/0008	30 300.00	12/05/2008	800100041875	Febrero de 2009	30 300.00	0.00		11.00							
64	ESE HOSPITAL DPTAL SAN FRANCISCO DE ASIS	2004/0008	30 300.00	12/05/2008	800100041875	Febrero de 2009	30 300.00	0.00		11.00							
108	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	2004/0008	30 300.00	18/05/2008	800100041875	Marzo de 2009	30 300.00	0.00		11.00							
109	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	2004/0008	77 600.00	18/05/2008	800100041875	Marzo de 2009	77 600.00	0.00		11.00							
110	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	2004/0008	26 600.00	18/05/2008	800100041875	Marzo de 2009	26 600.00	0.00		11.00							
111	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	2004/0008	38 600.00	18/05/2008	800100041875	Marzo de 2009	38 600.00	0.00		11.00							
112	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	2004/0008	21 700.00	18/05/2008	800100041875	Marzo de 2009	21 700.00	0.00		11.00							
113	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	2004/0008	27 300.00	18/05/2008	800100041875	Marzo de 2009	27 300.00	0.00		11.00							
114	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	2004/0008	21 700.00	18/05/2008	800100041875	Marzo de 2009	21 700.00	0.00		11.00							
115	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	2004/0008	8 800.00	18/05/2008	800100041875	Marzo de 2009	8 800.00	0.00		11.00							
116	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	2004/0008	21 700.00	18/05/2008	800100041875	Marzo de 2009	21 700.00	0.00		11.00							
117	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	2004/0008	21 700.00	18/05/2008	800100041875	Marzo de 2009	21 700.00	0.00		11.00							
118	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	2004/0008	21 700.00	18/05/2008	800100041875	Marzo de 2009	21 700.00	0.00		11.00							

10/03/2009

10/03/2009

10/03/2009

10/03/2009

10/03/2009

10/03/2009

10/03/2009

10/03/2009

10/03/2009

129	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	21.700,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	21.700,00	0,00	21,00
130	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	48.800,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	48.800,00	0,00	27,00
131	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	16.100,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	16.100,00	0,00	27,00
132	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	13.700,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	13.700,00	0,00	27,00
133	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	21.700,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	21.700,00	0,00	27,00
134	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	48.800,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	48.800,00	0,00	27,00
135	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	21.700,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	21.700,00	0,00	27,00
136	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	742.800,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	742.800,00	0,00	27,00
137	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	21.700,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	21.700,00	0,00	27,00
138	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	48.200,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	48.200,00	0,00	27,00
139	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	21.700,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	21.700,00	0,00	27,00
140	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	8.800,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	8.800,00	0,00	27,00
141	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	47.200,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	47.200,00	0,00	27,00
142	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	64.800,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	64.800,00	0,00	27,00
143	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	122.800,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	122.800,00	0,00	27,00
144	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	111.000,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	111.000,00	0,00	27,00
145	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	26.200,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	26.200,00	0,00	27,00
146	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	122.000,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	122.000,00	0,00	27,00
147	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	29.200,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	29.200,00	0,00	27,00
148	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	15.400,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	15.400,00	0,00	27,00
149	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	29.200,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	29.200,00	0,00	27,00
150	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	70.200,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	70.200,00	0,00	27,00
151	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	44.200,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	44.200,00	0,00	27,00
152	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	894.800,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	894.800,00	0,00	27,00
153	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	131.400,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	131.400,00	0,00	27,00
154	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	29.200,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	29.200,00	0,00	27,00
155	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20/04/2008	21.700,00	19/05/2008	80010023282	Diciembre de 2007	21.700,00	0,00	27,00

Por medio de la cual se resuelve el recurso de reposición incoado por el doctor GERMÁN MADERO PÉREZ, Representante legal de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO, contra la Resolución No. 000251 del 27 de febrero de 2009.

187	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20042008	86.300.00	19/05/2008	800100032862	Enero de 2008	86.600.00	0.00	-	27.00	
192	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20042008	32.200.00	19/05/2008	800100032862	Enero de 2008	32.200.00	0.00	-	27.00	
193	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20042008	16.000.00	19/05/2008	800100032862	Enero de 2008	16.000.00	0.00	-	27.00	
194	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20042008	142.000.00	19/05/2008	800100032862	Enero de 2008	142.000.00	0.00	-	27.00	
195	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20042008	70.000.00	19/05/2008	800100032862	Enero de 2008	70.000.00	0.00	-	27.00	
196	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20042008	384.000.00	19/05/2008	800100032862	Enero de 2008	384.000.00	0.00	-	27.00	
197	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20042008	119.200.00	19/05/2008	800100032862	Enero de 2008	119.200.00	0.00	-	27.00	
198	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20042008	77.700.00	19/05/2008	800100032862	Enero de 2008	77.700.00	0.00	-	27.00	
199	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20042008	23.100.00	19/05/2008	800100032862	Enero de 2008	23.100.00	0.00	-	27.00	
200	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20042008	161.900.00	19/05/2008	800100032862	Enero de 2008	161.900.00	0.00	-	27.00	
201	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20042008	17.000.00	19/05/2008	800100032862	Enero de 2008	17.000.00	0.00	-	27.00	
202	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20042008	106.300.00	19/05/2008	800100032862	Enero de 2008	106.300.00	0.00	-	27.00	
203	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20042008	101.700.00	19/05/2008	800100032862	Enero de 2008	101.700.00	0.00	-	27.00	
204	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20042008	106.700.00	19/05/2008	800100032862	Enero de 2008	106.700.00	0.00	-	27.00	
205	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20042008	127.000.00	19/05/2008	800100032862	Enero de 2008	127.000.00	0.00	-	27.00	
206	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20042008	172.600.00	19/05/2008	800100032862	Enero de 2008	172.600.00	0.00	-	27.00	
207	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20042008	43.000.00	19/05/2008	800100032862	Enero de 2008	43.000.00	0.00	-	27.00	
208	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20042008	43.000.00	19/05/2008	800100032862	Enero de 2008	43.000.00	0.00	-	27.00	
209	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20042008	25.100.00	19/05/2008	800100032862	Enero de 2008	25.100.00	0.00	-	27.00	
210	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20042008	134.400.00	19/05/2008	800100032862	Enero de 2008	134.400.00	0.00	-	27.00	
211	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	20042008	23.100.00	19/05/2008	800100032862	Enero de 2008	23.100.00	0.00	-	27.00	
										11.675.000.00	
										11.675.000.00	22.397.400.00

NOMBRE RESPONSABLE

 CIMA

 Nombre Y apellido

 Sp. Soc. Empleado

Por medio de la cual se resuelve el recurso de reposición incoado por el doctor GERMAN MADERO PÉREZ, Representante legal de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO, contra la Resolución No. 000251 del 27 de febrero de 2009.

INSTITUCIÓN NACIONAL DE

CAJA DE PREVIDENCIA SALUD ENTRE EPS-S E IPS- EGRESOS EPS-S

Unidad de Gestión: Trámites y Atención del Fijo de Recursos de los Comités de Administración del Régimen Subsidado - Resoluciones de Servidores al Estado

Unidad Ejecutora: Oficina de Atención al Usuario

EPIC MESIO SAU

No.	NOMBRE EPS	Fecha realización sujeta	Valor facturado	Fecha de Fijo	No. Comprobante de Pago	Mes y Año a que Corresponde el Pago	Total pagado	Valor Glosado	OBSERVACIONES	MORA PAGOS IPS S - JPK	PERIODE INGRESO FOSYGA	FECHA GIRO SEGUN NORMA	FECHA GIRO FOSYGA	GIROS FOSYGA	MORA GIRO FOSYGA	MORA PAGO FOSYGA VS. MORA EPS S
64	DIFAL SAN	12/08/2008	33 300.00	12/08/2008	8001003030879	Abril de 2008	33 300.00	0.00	-	0.00						
65	DIFAL SAN	12/08/2008	247 485.00	12/08/2008	8001003030879	Abril de 2008	247 485.00	0.00	-	0.00						
66	DIFAL SAN	12/08/2008	247 485.00	12/08/2008	8001003030879	Abril de 2008	247 485.00	0.00	-	0.00						
67	DIFAL SAN	12/08/2008	33 300.00	12/08/2008	8001003030879	Abril de 2008	33 300.00	0.00	-	0.00						
68	DIFAL SAN	12/08/2008	640 200.00	12/08/2008	8001003030879	Abril de 2008	640 200.00	0.00	-	0.00						
69	DIFAL SAN	12/08/2008	640 200.00	12/08/2008	8001003030879	Abril de 2008	640 200.00	0.00	-	0.00						
70	DIFAL SAN	12/08/2008	33 300.00	12/08/2008	8001003030879	Mayo de 2008	33 300.00	0.00	-	0.00						
71	DIFAL SAN	12/08/2008	33 300.00	12/08/2008	8001003030879	Mayo de 2008	33 300.00	0.00	-	0.00						
72	DIFAL SAN	12/08/2008	33 300.00	12/08/2008	8001003030879	Mayo de 2008	33 300.00	0.00	-	0.00						
73	DIFAL SAN	12/08/2008	33 300.00	12/08/2008	8001003030879	Mayo de 2008	33 300.00	0.00	-	0.00						
74	DIFAL SAN	12/08/2008	33 300.00	12/08/2008	8001003030879	Mayo de 2008	33 300.00	0.00	-	0.00						
75	DIFAL SAN	12/08/2008	33 300.00	12/08/2008	8001003030879	Mayo de 2008	33 300.00	0.00	-	0.00						
76	DIFAL SAN	12/08/2008	33 300.00	12/08/2008	8001003030879	Mayo de 2008	33 300.00	0.00	-	0.00						
77	DIFAL SAN	12/08/2008	33 300.00	12/08/2008	8001003030879	Mayo de 2008	33 300.00	0.00	-	0.00						
78	DIFAL SAN	12/08/2008	33 300.00	12/08/2008	8001003030879	Mayo de 2008	33 300.00	0.00	-	0.00						
79	DIFAL SAN	12/08/2008	33 300.00	12/08/2008	8001003030879	Mayo de 2008	33 300.00	0.00	-	0.00						
80	DIFAL SAN	12/08/2008	33 300.00	12/08/2008	8001003030879	Mayo de 2008	33 300.00	0.00	-	0.00						
81	DIFAL SAN	12/08/2008	33 300.00	12/08/2008	8001003030879	Mayo de 2008	33 300.00	0.00	-	0.00						
82	DIFAL SAN	12/08/2008	33 300.00	12/08/2008	8001003030879	Mayo de 2008	33 300.00	0.00	-	0.00						
83	DIFAL SAN	12/08/2008	33 300.00	12/08/2008	8001003030879	Mayo de 2008	33 300.00	0.00	-	0.00						
										1 038 810.00		0.00				

SUPERINTENDENCIA NACIONAL
 ENTIDAD: PROMOTORA DE SALUD ENTRE EPS-S. E IPS. CORREOS EPAC
 Avenida Padre de Trinidad, Veredación del Fuero de Recursos de la Contratación Administrativa del Régimen Especial - Prestitarios de Empleo de Salud
 Edificio: Teboraká - Pastaza
 Auto-Administración: Auto de vida respectiva No.
 Fecha de Emisión del Ingreso:
 Fecha de Terminación Arguido:

Hacienda
 Hacienda

No.	EPID. MEDIO SA	Nombre IPS	Fecha ratificación cuenta	Valor Autorizado	Fecha de Pago	No. Comprobante de Pago	Mes y Año a los que Corresponde el Pago	Total pagado	Valor Devuelto	DISTRIBUCIONES	MORA PAGOS IPS-S - IPS	SIMETRÍA INGRESO FORVGA	FECHA GERO SEGUN NORMA	FECHA GERO FORVGA	CEROS FORVGA	MORA GERO FORVGA	MORA TAJAO FORVGA VS. MORA EPS-S
1		HOSPITAL LAS FORBIZAS		1.891.214,00	19/05/2008	80020011290	Setiembre de 2007	1.891.214,00	0,00		175,34	80V-03	15/11/2007	15/11/2007	20.289.329,36	2,300	137,00
2		HOSPITAL LAS FORBIZAS		130.300,00	19/05/2008	80020011290	Noviembre de 2007	130.300,00	0,00		175,34						
3		HOSPITAL LAS FORBIZAS		27.300,00	19/05/2008	80020011290	Noviembre de 2007	27.300,00	0,00		175,34						
4		HOSPITAL LAS FORBIZAS		40.400,00	19/05/2008	80020011290	Noviembre de 2007	40.400,00	0,00		175,34						
5		HOSPITAL LAS FORBIZAS		120.300,00	19/05/2008	80020011290	Noviembre de 2007	120.300,00	0,00		175,34						
6		HOSPITAL LAS FORBIZAS		27.300,00	19/05/2008	80020011290	Noviembre de 2007	27.300,00	0,00		175,34						
7		HOSPITAL LAS FORBIZAS		40.400,00	19/05/2008	80020011290	Noviembre de 2007	40.400,00	0,00		175,34						
8		HOSPITAL LAS FORBIZAS		27.300,00	19/05/2008	80020011290	Noviembre de 2007	27.300,00	0,00		175,34						
9		HOSPITAL LAS FORBIZAS		36.500,00	19/05/2008	80020011290	Noviembre de 2007	36.500,00	0,00		175,34						
10		HOSPITAL LAS FORBIZAS		27.300,00	19/05/2008	80020011290	Noviembre de 2007	27.300,00	0,00		175,34						
11		HOSPITAL LAS FORBIZAS		78.000,00	19/05/2008	80020011290	Noviembre de 2007	78.000,00	0,00		175,34						
12		HOSPITAL LAS FORBIZAS		21.700,00	19/05/2008	80020011290	Noviembre de 2007	21.700,00	0,00		175,34						
				3.462.714,00				3.462.714,00							20.289.329,36		

6

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUB ENTRE EPS-4- E IPS EGRESOS EPS-8
 Informe de estado de liquidación Verificación del Flujó de Recursos de los Contratos de Administración del Régimen Subsidado
 Ciudadanía: **Trujillo** | Págo: **0**
 Auto Autorización: **0** | Fecha de validación: **0**
 Fecha de Inicio de Atención: **0** | Fecha de Término de Atención: **0**

No.	MUNICIPIO: MEDIO SAN JUAN	Nombre de la Empresa	Información Contable sobre el Flujo de Recursos de Régimen Subsidado		Valor Dinámico	Observaciones	MORA PAGOS EPS 3- IPS	EDETRETE INGRESO	FECHA GIRO (SEGUN NOTA)	FECHA GIRO (FOVGA)	GIRAR FONTEA	MORA GIRO FOVGA	MORA FONTEA	MORA FONTEA FOVGA
			Valor Reclamado	Fecha de Pago										
212	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	23.190.00	-	2.00	0.00									
213	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	17.000.00	-	0.00	0.00									
214	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	23.100.00	-	0.00	0.00									
215	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	23.100.00	-	0.00	0.00									
216	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	31.700.00	-	0.00	0.00									
218	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	14.700.00	-	0.00	0.00									
219	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	15.800.00	-	0.00	0.00									
220	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	14.700.00	-	0.00	0.00									
221	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	23.100.00	-	0.00	0.00									
222	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	180.500.00	-	0.00	0.00									
223	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	1.881.214.00	-	0.00	0.00									
224	FUNDACION MEDICENTER LAS MERCEDES	1.891.214.00	-	0.00	0.00									
244	SERVIC SALUD LTDA	2.264.017.00	-	0.00	0.00									
245	SERVIC SALUD LTDA	2.264.017.00	-	0.00	0.00									
246	SERVIC SALUD LTDA	2.264.017.00	-	0.00	0.00									
TOTAL		11.254.070.00												

Nombre Responsable: _____
 Firma: _____
 Nombre: _____
 Apellido: _____

Por último y en aras de velar por los intereses de los beneficiarios del Régimen Subsidiado afiliados a la EPS-S en el departamento de Chocó, los cuales no pueden quedar desprotegidos del SGSSS, se trae a colación el Acuerdo 362 de 2007 del CNSSS, mediante el cual, se fija un mecanismo excepcional de afiliación para el Departamento del Chocó, disponiendo que en el evento de presentarse cualquiera de las situaciones previstas en el artículo 7 del Acuerdo 294 de 2005, los municipios deberán garantizar la continuidad de la afiliación al régimen subsidiado, trasladando el total de afiliados a la EPS pública CAPRECOM, el día siguiente a la ejecutoria del acto administrativo o la sentencia judicial que ordene la nulidad del contrato.

De igual forma, el citado Acuerdo 263 de 2007, preceptúa que los afiliados ejercerán su derecho de libre elección de EPS-S en el siguiente periodo de traslados que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Bastan las anteriores consideraciones para desvirtuar los argumentos esgrimidos por el recurrente en su escrito de impugnación, razón por la cual se confirmará el contenido de la Resolución No. 000251 de 2009, mediante la cual se ordenó la Revocatoria Parcial del Certificado de Habilitación de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAPACOPI ATLÁNTICO** para el Departamento del Chocó.

Por último y en aras de velar por los intereses de los beneficiarios del Régimen Subsidiado afiliados a la EPS-S en el departamento de Chocó, los cuales no pueden quedar desprotegidos del SGSSS, se trae a colación el Acuerdo 362 de 2007 del CNSSS, mediante el cual, se fija un mecanismo excepcional de afiliación para el Departamento del Chocó, disponiendo que en el evento de presentarse cualquiera de las situaciones previstas en el artículo 7 del Acuerdo 294 de 2005, los municipios deberán garantizar la continuidad de la afiliación al régimen subsidiado, trasladando el total de afiliados a la EPS pública CAPRECOM, el día siguiente a la ejecutoria del acto administrativo o la sentencia judicial que ordene la nulidad del contrato.

De igual forma, el citado Acuerdo 263 de 2007, preceptúa que los afiliados ejercerán su derecho de libre elección de EPS-S en el siguiente periodo de traslados que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

En mérito de lo expuesto, este Despacho

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: CONFIRMAR la Resolución No. 000251 del 27 de febrero de 2009, mediante la cual se dispuso "ORDENAR LA REVOCATORIA PARCIAL del certificado de habilitación, para el Departamento del Chocó, de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO EPS-S**, para la operación del régimen subsidiado, identificada con el NIT 846.000.244-1, representada legalmente por el doctor **GERMAN ENRIQUE MADERO PÉREZ**, o quien haga sus veces, con domicilio para correspondencia en la calle 28 No 4 -27 en Quibdó (Chocó) e, identificada con código ESS024.

ARTÍCULO SEGUNDO: NOTIFICAR PERSONALMENTE el contenido de la presente decisión al doctor **GERMAN ENRIQUE MADERO PÉREZ**, en su calidad de representante legal de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO EPS-S**, o quien haga sus veces en la Calle 44 No 46-32, en Barranquilla Atlántico.

Por medio de la cual se resuelve el recurso de reposición incoado por el doctor GERMÁN MADERO PÉREZ, Representante legal de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO, contra la Resolución No. 000251 del 27 de febrero de 2009.

PARAGRAFO: Si no pudiere hacerse la notificación personal, esta deberá surtirse por edicto con inserción de la parte resolutive de la misma.

ARTÍCULO TERCERO. REMITIR copia del presente acto administrativo al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, al Señor Gobernador del Departamento de Chocó y al Señor Alcalde de Quibdó, para que dentro de la órbita de sus respectivas competencias, procedan de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo 362 de 2007, proferido por el CNSSS, por medio del cual se fija un mecanismo de afiliación excepcional para el departamento de Chocó.

ARTICULO CUARTO: Como consecuencia de la Revocatoria Parcial la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO EPS-S**, no podrá efectuar actividades relacionadas con la administración de los recursos del Régimen Subsidiado en forma directa ni a través de asociaciones, consorcios y/o convenios, en el Departamento del Chocó.

ARTÍCULO QUINTO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y contra ella no procede recurso alguno, por tratarse de un pronunciamiento de única instancia.

Dada en Bogotá D. C, a los **27 ABR. 2009**

NOTIFIQUESE, COMUNIQUÉSE, PUBLIQUESE Y CÚMPLASE.



MARIO MEJIA CARDONA
SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD

Proyectó: Sandra Monroy Barrios - Martha Vanegas
Aprobó: Karina Vence Peláez



H.V.