

ACUERDO 244 DE 2003

(Enero 31)

Por medio del cual se definen la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD,

en ejercicio de las facultades conferidas por los artículos 172 y 212 de la Ley 100 de 1993,

CONSIDERANDO

1. Que se hace necesario integrar en un solo cuerpo normativo las disposiciones que regulan la forma y operación del Régimen Subsidiado a fin de facilitar y garantizar su eficiente implementación y desarrollo en todo el territorio nacional, armonizándolas en el marco de las competencias y en el modelo de asignación de recursos a las entidades territoriales previsto en la Ley 715 de 2001.

2. Que debido a la complejidad en la operación del Régimen Subsidiado se hace necesario su rediseño con miras a establecer mecanismos que permitan corregir y evitar las inconsistencias en el proceso de identificación y afiliación, mantener condiciones de viabilidad y de estabilidad de la operación, disminuir gastos administrativos, lograr una distribución adecuada de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo y garantizar el equilibrio financiero del SGSSS, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la población relevante, los riesgos cubiertos y los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad y hotelería, de acuerdo con la tecnología disponible en el país, con el propósito de garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud de la población beneficiaria.

3. Que debido a la situación de orden público de algunas zonas del país, insuficiente oferta de servicios, monopolio o ausencia de administradores y diversidad cultural de los grupos étnicos, se hace necesario establecer condiciones especiales para la forma y operación del Régimen Subsidiado.

4. Que el número de afiliados con el que operan las Administradoras del Régimen Subsidiado, las condiciones de alta dispersión geográfica, las desbalanceadas relaciones de oferta y demanda entre aseguradores, afiliados y prestadores en algunas regiones apartadas del país, conllevan a plantear un esquema de operación regional para garantizar una mayor estabilidad financiera y capacidad resolutive de las Administradoras del Régimen Subsidiado.

5. Que se requiere fortalecer la función de las Administradoras del Régimen Subsidiado, con el fin de facilitar la continuidad de la afiliación, hacer más eficientes los procesos administrativos y garantizar la prestación de los

servicios de salud con calidad a los usuarios, dentro de los lineamientos del POS-S.

6. Que es necesario adoptar medidas para la correcta aplicación de la asignación de subsidios a la demanda y la selección de los beneficiarios por parte de las entidades territoriales,

ACUERDA

CAPITULO I

Objeto

Artículo 1º. Objeto. El presente acuerdo define la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, determina los criterios para identificar, seleccionar y priorizar a los potenciales beneficiarios de los subsidios, el procedimiento de afiliación de beneficiarios, la operación regional de las Administradoras de Régimen Subsidiado y el proceso de contratación del aseguramiento.

CAPITULO II

Criterios de identificación y selección de beneficiarios del Régimen Subsidiado

Artículo 2º. Potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado. Son potenciales beneficiarios del régimen subsidiado, toda la población pobre y vulnerable, sin capacidad de pago. En consecuencia podría recibir subsidio total o parcial, de conformidad con los criterios de identificación, el orden de prioridades y el procedimiento previsto en el presente acuerdo.

Artículo 3º. Identificación de potenciales beneficiarios. La identificación de los potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado, por regla general, se hará en todos los municipios del país mediante la aplicación de la encuesta Sisbén o el instrumento que haga sus veces. Igualmente, y de acuerdo con lo establecido en el presente acuerdo para poblaciones especiales, se utilizarán los listados censales o los mecanismos de identificación estipulados por la normatividad vigente.

Parágrafo. No podrán ser beneficiarias de los subsidios en salud del régimen subsidiado las personas que tengan vínculo laboral vigente, o quienes perciban ingresos o renta suficientes para afiliarse al Régimen Contributivo, quienes estén pensionados, o quienes como beneficiarios de otra persona estén afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud o a cualquiera de los regímenes de excepción establecidos en la normatividad vigente.

Artículo 4º. Identificación de potenciales beneficiarios mediante instrumentos diferentes de la encuesta Sisbén. La identificación de las siguientes poblaciones se realizará sin aplicación de la encuesta Sisbén:

1. [Modificado por el art. 3, Acuerdo del CNSSS 253 de 2003](#), [Modificado por el art. 2, Acuerdo del CNSSS 304 de 2005](#). Población infantil abandonada. El listado censal de potenciales beneficiarios será elaborado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

2. Población indigente. El listado censal de potenciales beneficiarios será elaborado por la respectiva alcaldía municipal.

3. Población en condiciones de desplazamiento forzado. Su identificación se efectuará a través del Sistema Único de Registro de la Red de Solidaridad Social o la entidad que haga sus veces.

4. Comunidades Indígenas. La identificación de la población indígena para la asignación de subsidios se efectuará de conformidad con lo previsto en el artículo 5° de la Ley 691 de 2001. No obstante, cuando las autoridades tradicionales y legítimas lo soliciten, podrá aplicarse la encuesta Sisbén.

5. Población desmovilizada. La población desmovilizada y sus núcleos familiares a cargo de la Secretaría Especial para la Reinserción del Ministerio del Interior, o la entidad que haga sus veces, se identificará mediante listado de potenciales beneficiarios elaborado por esta Secretaría. Los procedimientos para su identificación y afiliación será el que se encuentra definido en el Acuerdo 138 del CNSSS.

6. Núcleos familiares de las madres comunitarias. Los miembros del núcleo familiar de las madres comunitarias del ICBF se identificarán mediante listado de potenciales beneficiarios elaborado por el ICBF.

7. Personas de la tercera edad en protección de ancianatos. Las personas de la tercera edad de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en ancianatos, se identificarán mediante listado de potenciales beneficiarios elaborado por la Entidad Territorial.

8. Población rural migratoria. El listado de potenciales beneficiarios será elaborado por los gremios agrícolas o las organizaciones de usuarios campesinas correspondiente.

9. [Adicionado por el art. 1, Acuerdo del C.N.S.S.S. 273 de 2004](#)

Parágrafo 1°. Las entidades encargadas de identificar las poblaciones a que hace referencia el presente artículo deberán garantizar la calidad de la información reportada a las entidades territoriales respectivas. De igual manera deberán reportar mensualmente, a la entidad territorial correspondiente, todas las novedades que determinen la exclusión de los listados suministrados inicialmente, si a ello hubiere lugar.

Parágrafo 2°. Para los efectos del presente acuerdo, se entiende por población rural migratoria, las personas que realizan en forma permanente actividades de recolección de cosechas y otras labores directamente relacionadas con el proceso de producción agrícola, en una misma finca, por períodos inferiores a

quince días calendario y que al vencimiento de este período desarrollan las actividades mencionadas en otra heredad.

Artículo 5°. Documento de Identificación de los potenciales afiliados al Régimen Subsidiado. Los potenciales beneficiarios y afiliados al Régimen Subsidiado se identificarán mediante Registro Civil, Certificado de nacido vivo, tarjeta de identidad, cédula de ciudadanía o cédula de extranjería en los casos de residentes extranjeros y, en los casos de excepción, de acuerdo con lo establecido en las Resoluciones 890 y 1375 de 2002 del Ministerio de Salud y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

Artículo 6°. Identificación para comunidades indígenas y menores de edad. [Modificado por el art. 4, Acuerdo Consejo Nal. Seguridad Social en Salud 253 de 2003](#). En el caso de las comunidades indígenas que no posean documento de identidad permanecerán en el Régimen Subsidiado siempre y cuando las autoridades tradicionales del Resguardo, parcialidad o cabildo legalmente constituidas certifiquen la existencia o permanencia de los miembros afiliados al Régimen Subsidiado de su comunidad quienes continuarán en su calidad de afiliados y por ellos se reconocerá el valor de la UPC S correspondiente. Para el registro individual de cada uno de ellos en las bases de datos la entidad territorial asignará el código del Departamento, código del Municipio más el indicador de población y más un consecutivo por municipio y en los municipios donde exista más de una comunidad indígena se agregará una letra que identifique el resguardo, parcialidad o cabildo al que pertenezca la población.

Los menores de dieciocho (18) años que no cuenten con documento de identidad permanecerán en el Régimen Subsidiado siempre y cuando, en su núcleo familiar, la madre o el padre posea documento de identidad; se identificarán mediante el número de identificación de la madre o el padre afiliado y un consecutivo dependiendo de su lugar en el núcleo familiar hasta tanto le sea expedido el registro civil correspondiente o sea posible definir un número único de identificación por parte de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Parágrafo. Cuando la autoridad municipal detecte comunidades pobres que no pudieron ser incluidas en el Régimen Subsidiado por ausencia del documento de identidad de sus habitantes, coordinará con la respectiva regional de la Registraduría Nacional del Estado Civil para adelantar la identificación de esta población en forma previa a la afiliación.

Artículo 7°. Criterios de priorización de beneficiarios de subsidios. [Modificado por el art. 4, Acuerdo del CNSSS 253 de 2003](#) , [Modificado por el art. 1, Acuerdo del CNSSS 331 de 2006](#). Las alcaldías o Gobernaciones en el caso de los corregimientos departamentales, elaborarán las listas de potenciales afiliados al Régimen Subsidiado, clasificados en los niveles 1 y 2 de la encuesta Sisbén, en orden ascendente de menor a mayor puntaje y de la más antigua a la más reciente, con su núcleo familiar cuando haya lugar a ello, así como en los listados censales y se priorizará teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. Recién nacidos.
2. La población del área rural.
3. Población indígena.
4. Población del área urbana.

En cada uno de los grupos de población, descritos en los numerales anteriores, se priorizarán los potenciales afiliados en el siguiente orden:

1. Mujeres en estado de embarazo o período de lactancia que se inscriban en programas de control prenatal y postnatal.
2. Niños menores de cinco años.
3. Población con discapacidad identificada mediante la encuesta Sisbén
4. Mujeres cabeza de familia, según la definición legal.
5. Población de la tercera edad.
6. Población en condición de desplazamiento forzado.
7. Núcleos familiares de las madres comunitarias
8. Desmovilizados

Parágrafo 1°. Los recién nacidos y la población infantil menor de 5 años, prioritaria según lo establecido en el presente artículo, podrán afiliarse sin su grupo familiar.

Parágrafo 2°. En cualquier caso, el listado de priorizados deberá estar disponible entre 150 y 120 días calendario antes del proceso de contratación y no podrá ser modificado durante el siguiente año, salvo por aplicación de lo dispuesto en el artículo 34 del presente acuerdo y las que sean necesarias por efecto de la actualización por barrido de la encuesta Sisbén. En este caso el Ministerio de la Protección Social autorizará la modificación de las bases de datos. Este listado será utilizado para todos los períodos de contratación que se inicien durante este año.

Parágrafo 3°. Como principio general la encuesta Sisbén no podrá ser aplicada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. No obstante, cuando ello ocurra, las personas encuestadas se incluirán en los listados de potenciales beneficiarios para el siguiente período de contratación, respetando los criterios de selección y priorización previstos en el presente acuerdo.

[Ver la Circular del Min. Protección 035 de 2007](#)

Artículo 8°. Núcleo familiar. Para el proceso de selección y afiliación al Régimen Subsidiado, se aceptará un único núcleo familiar que estará integrado por:

1. El cónyuge o compañera(o) permanente cuya unión sea superior a dos años según lo establece el artículo 163 de la Ley 100 de 1993. [Ver art. 163, Ley 100 de 1993](#)
2. Los hijos menores de 18 años de cualquiera de los dos cónyuges o compañera(o) permanente
3. Los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente certificada en los términos de la Ley 100 de 1993, de cualquiera de los dos cónyuges o compañera(o) permanente.
4. Los hijos mayores entre los 18 y 25 años cuando sean estudiantes de tiempo completo, tal como lo establece el Decreto 1889 de 1994 y dependan económicamente del cabeza del núcleo familiar.

Se entiende que existe dependencia económica cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su subsistencia.

Sin perjuicio de los criterios de núcleo familiar utilizados por la encuesta Sisbén, para efectos de la selección y afiliación de beneficiarios del Régimen Subsidiado se tendrá en cuenta lo definido en el presente artículo.

Parágrafo 1°. Cuando existan otros miembros distintos de los contemplados en el presente artículo, estos continuarán afiliados en forma individual siempre y cuando cumplan los criterios de priorización.

Parágrafo 2°. Cuando el afiliado cabeza del núcleo familiar ingrese al régimen contributivo como beneficiario, los demás familiares que se encuentren afiliados al Régimen Subsidiado continuarán como beneficiarios del Régimen Subsidiado y la persona de mayor edad del grupo adoptará la condición de cabeza del núcleo familiar.

Artículo 9°. Responsabilidad de las entidades territoriales en el manejo de la información. La aplicación, implementación, administración y calidad de la información de la encuesta Sisbén y de los listados censales de su competencia, será responsabilidad del alcalde del respectivo municipio o distrito y cuando se trate de corregimientos departamentales será responsabilidad del Gobernador de acuerdo con los parámetros definidos por el Consejo Nacional de Política Económica y Social, Conpes.

Será responsabilidad del alcalde del respectivo municipio o distrito y del gobernador, cuando se trate de corregimientos departamentales, garantizar que la base de datos de afiliados contenga la información con la estructura técnica establecida en las Resoluciones 890 y 1375 de 2002 del Ministerio de Salud y demás normas que las adicionen, modifiquen o sustituyan, la cual será remitida al Ministerio de la Protección Social.

Igualmente deberán garantizar que las bases de datos de potenciales beneficiarios y priorizados contengan la información con la estructura técnica establecida por el Ministerio de la Protección Social que serán remitidas al departamento para su consolidación y posterior remisión al Ministerio de la Protección Social, entre los ciento cincuenta (150) y ciento veinte (120) días previos al inicio del período de contratación con el fin de consolidar, verificar y proteger la información.

El incumplimiento de lo previsto en el presente artículo dará lugar a la imposición de sanciones administrativas, disciplinarias, fiscales y penales por las autoridades competentes, de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

Las entidades territoriales podrán celebrar convenios y/o contratos con universidades públicas o privadas, con recursos diferentes de los del Régimen Subsidiado, para apoyar la gestión de verificación de que trata el presente artículo.

Artículo 10. Verificación de la condición de beneficiarios del Régimen Subsidiado. Sin perjuicio de la responsabilidad que le corresponde a la entidad territorial, el Ministerio de la Protección Social verificará que los listados de priorizados remitidos por las entidades territoriales cumplen con lo dispuesto en el presente acuerdo. Las ARS y los usuarios podrán consultar en el Ministerio de la Protección Social estas bases de datos en cualquier tiempo, las cuales estarán disponibles noventa (90) días calendario antes de la contratación.

Las veedurías Comunitarias, los Comités de Participación Comunitaria en Salud (Copacos), las Asociaciones de Usuarios o cualquier institución de participación comunitaria o las Administradoras de Régimen Subsidiado de manera periódica podrán verificar la condición de beneficiarios de las personas afiliadas al Régimen Subsidiado. Cuando se detecte alguna irregularidad será denunciada a las autoridades competentes.

Parágrafo 1°. Cuando en el proceso de verificación se identifiquen afiliados al Régimen Subsidiado que no cumplan con las condiciones para ser beneficiarios de los subsidios, habiendo sido identificados previamente por la entidad territorial o cualquiera de las instituciones de que trata el presente artículo, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes al reporte del proceso de verificación, mediante acto administrativo motivado expedido por el alcalde o gobernador, o por quien este delegue, se ordenará su exclusión del Régimen Subsidiado, sin perjuicio de que contra este acto procedan los recursos de ley. No obstante se podrán aplicar las sanciones a que hubiere lugar por las autoridades competentes. De esta situación se dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 2°. Cuando se detecte que la aplicación de la encuesta Sisbén o la conformación del listado se realizó de manera irregular, se cancelará con el procedimiento anterior la afiliación que se originó con base en dicha identificación, debiendo el ente territorial reconocer a la ARS correspondiente

todos los gastos tanto administrativos como de prestación de servicios en que haya incurrido.

La entidad territorial repetirá contra el funcionario responsable que dio origen a la afiliación irregular.

CAPITULO III

Afiliación

Artículo 11. Procedimiento de afiliación. El procedimiento y características para la afiliación será el siguiente:

1. Las entidades territoriales a través de las Direcciones Departamentales, Municipales o Distritales de Salud deberán mantener en lugar visible al público en forma permanente y actualizada, el listado y la ubicación de las entidades que se encuentran autorizadas y cumplan las condiciones de habilitación para ser seleccionadas como Administradoras del Régimen Subsidiado en la Región.

2. Las entidades territoriales a través de las direcciones departamentales, municipales o distritales de salud, precisarán las condiciones con las cuales se realizará el proceso de libre elección, dentro de los procedimientos definidos en el presente acuerdo, e informarán tanto a las entidades que se encuentran seleccionadas para administrar el Régimen Subsidiado en la región como a los usuarios.

3. Una vez aplicados los criterios de priorización para la asignación de subsidios, las entidades territoriales a través de las Direcciones de Salud de los Municipios, Departamentos y Distritos deberán divulgar en medios de fácil acceso las listas de población priorizada. Se comunicará a los potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado, entre los ciento veinte (120) y noventa (90) días calendario antes de iniciarse un nuevo período de contratación o de adición de los contratos vigentes por ampliación de coberturas, que deben elegir una entidad Administradora de Régimen Subsidiado seleccionada para operar en la región.

4. Las entidades territoriales a través de las direcciones departamentales, municipales o distritales de salud, convocarán a los potenciales beneficiarios de los subsidios a participar del proceso de libre elección. El período de afiliación se llevará a cabo por acto público, entre los noventa (90) y treinta (30) días calendario antes de iniciarse un nuevo período de contratación o de adición por ampliación de cobertura a los contratos vigentes. Durante este proceso la Entidad Territorial deberá garantizar que no se presente multifiliación a las ARS.

5. Vencido el período de que trata el numeral anterior y dentro de los veinte días calendario realizará un acto público, con el objeto de que se ocupen los cupos disponibles según las prioridades establecidas en el presente acuerdo, teniendo en cuenta el número de personas que no acudieron en la primera

convocatoria, para lo cual citará en estricto orden del listado de priorizados, a nuevos potenciales beneficiarios.

6. Una vez escogida la Administradora del Régimen Subsidiado e iniciado el período de contratación respectivo, el afiliado no podrá revocar su voluntad de afiliación durante los próximos tres años.

7. En el caso en que un potencial beneficiario no haya hecho uso del derecho de libre elección habiendo sido convocado, dentro de los términos establecidos en el presente acuerdo, deberá esperar para su afiliación, hasta el siguiente período de contratación dependiendo de la disponibilidad de recursos.

Las direcciones departamentales, municipales o distritales de salud, como parte del proceso de divulgación de deberes y derechos, deberán mantener informados a los afiliados sobre los resultados de la evaluación de las entidades administradoras de Régimen Subsidiado de la región, así como coordinar acciones similares al proceso de elección de entidad administradora que procuren la libre elección y transparencia en los traslados de Administradoras del Régimen Subsidiado.

[Ver la Circular del Min. Protección 035 de 2007](#)

Artículo 12. Inicio de la afiliación. El proceso se iniciará con la firma del Formulario Unico Nacional de Afiliación y Traslado por parte del cabeza del núcleo familiar o el acudiente o responsable en el caso de los menores de edad e inimputables. Este proceso se perfeccionará con la radicación del formulario por parte del afiliado y la entrega del carné definitivo por la Administradora del Régimen Subsidiado, en los períodos establecidos en los numerales 4 y 5 del artículo anterior. Para todos los efectos legales dicha afiliación adquiere vigencia a partir del primer día del nuevo período de contratación o de la adición respectiva.

Parágrafo. El Formulario Unico Nacional de Afiliación y Traslado será definido por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud y es de obligatoria aplicación para el proceso de afiliación. Cuando se utilice Tarjetón, este deberá ser autorizado por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, siempre y cuando cumpla con las especificaciones establecidas.

Artículo 13. Continuidad de la afiliación. Los entes territoriales deberán garantizar, antes de cualquier ampliación de cobertura la destinación de los recursos necesarios para garantizar la continuidad de los afiliados al Régimen Subsidiado.

Artículo 14. Libre elección de Administradora del Régimen Subsidiado para poblaciones especiales. [Modificado por el art. 2, Acuerdo del CNSSS 331 de 2006.](#) La elección de Administradora de Régimen Subsidiado, para el caso de la población identificada y seleccionada a partir de listados se realizará según el procedimiento de que trata el artículo 11 del presente acuerdo así:

1. [Modificado por el art. 5, Acuerdo Consejo Nal. Seguridad Social en Salud 253 de 2003](#). En el caso de la Población infantil abandonada es el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

2. En el caso de las Comunidades indígenas, las autoridades tradicionales y legítimas.

3. En el caso de los núcleos familiares de las madres comunitarias, elige la madre del núcleo familiar.

Artículo 15. Afiliación de recién nacidos. Todo recién nacido, hijo de afiliado al régimen subsidiado, automáticamente quedará afiliado a la ARS a la que pertenezca cualquiera de sus padres, quienes deberán informar la novedad, anexando copia del Certificado de Nacido Vivo y recibiendo el carné correspondiente, dentro de los treinta días calendario siguientes a la fecha de nacimiento. Los padres contarán con treinta días calendario para aportar el Registro Civil de Nacimiento.

Todo recién nacido no cubierto por el régimen contributivo, el régimen subsidiado u otro régimen excepcional, cuyos padres o responsables de su cuidado se encuentren clasificados en los niveles 1 y 2 de la encuesta Sisbén o en los listados a los que se refiere el artículo 4° del presente acuerdo, quedará afiliado al Régimen Subsidiado, según la disponibilidad de cupos en los contratos de régimen subsidiado. Cuando no existan cupos disponibles en el respectivo contrato, la ARS solicitará autorización a la entidad territorial para proceder a su afiliación.

La afiliación de los recién nacidos de padres no afiliados al Régimen Subsidiado, se realizará por parte de los padres o los adultos responsables de su cuidado, mediante la selección de Administradora de Régimen Subsidiado a más tardar treinta días calendario después de su nacimiento, para lo cual deberá diligenciar el Formulario Unico Nacional de Afiliación y Traslado anexando copia del Certificado de Nacido Vivo y recibiendo el carné correspondiente. Los padres tendrán treinta (30) días calendario, a partir de esta fecha, para entregar el Registro Civil de Nacimiento. La afiliación se entenderá a partir del día en que se diligencie y radique el Formulario Unico Nacional de Afiliación y Traslado.

Parágrafo 1°. Con el fin de garantizar la cobertura total de los Recién Nacidos, hijos de padres no afiliados al Régimen Subsidiado de niveles 1 y 2 del Sisbén, los entes territoriales estimarán las necesidades de cupos y su financiamiento utilizando los cupos liberados por fallecimientos, traslado de municipio, multifiliación, reasignación de subsidios en los términos del artículo 34 del presente acuerdo y de ser necesario con las demás fuentes de financiación del Régimen Subsidiado que garanticen su cobertura total.

Parágrafo 2°. La afiliación de los recién nacidos hijos de padres no afiliados al Régimen Subsidiado, podrá realizarse con todo su núcleo familiar siempre y cuando la entidad territorial disponga de recursos propios o rendimientos

financieros del Sistema General de Participación para garantizar la financiación correspondiente.

Artículo 16. Acceso a la prestación de servicios de salud del recién nacido. A partir del nacimiento del menor hijo de padres afiliados y durante los primeros treinta días calendario el recién nacido podrá acceder a los servicios de salud con la presentación del carné de alguno de los padres afiliados o con la certificación de nacido vivo.

Artículo 17. Pago de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada UPC-S para los recién nacidos. El reconocimiento de la UPC-S de recién nacidos hijos de padres afiliados se efectuará a partir de la fecha de nacimiento y hasta por treinta (30) días calendario. A partir de esta fecha si no se ha carnetizado, sólo se reconocerá el valor de la UPC-S desde la fecha de carnetización.

En el caso de los recién nacidos de padres no afiliados será a partir de la fecha de la radiación del formulario y carnetización o de la autorización de la entidad territorial.

Artículo 18. Carnetización. Todo afiliado al Régimen Subsidiado deberá identificarse con la presentación del carné de uso exclusivo e indelegable, que deberá ser expedido por la respectiva Administradora del Régimen Subsidiado al momento de su afiliación y entregado a cualquier miembro mayor de edad, del núcleo familiar. El carné tendrá una vigencia indefinida mientras permanezca con la respectiva Administradora del Régimen Subsidiado y caducará en el momento en que se pierda la condición de afiliado al Régimen Subsidiado.

El carné que deban expedir las Administradoras del Régimen Subsidiado, se sujetará a las especificaciones establecidas por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo. Salvo en los casos dispuestos en los artículos 15 y 53 del presente acuerdo, para el reconocimiento de la UPC-S, será requisito indispensable la carnetización de los afiliados.

Artículo 19. Período mínimo de permanencia. El período de permanencia de un afiliado en la misma entidad administradora del Régimen Subsidiado será de tres años continuos. Salvo en los casos previstos en los artículos 21 y 53 del presente acuerdo. [Ver el art. 2, Acuerdo del C.N.S.S.S. 297 de 2005](#)

Artículo 20. Procedimiento de traslado. Para efectos de traslado de Administradora de Régimen Subsidiado se seguirá el siguiente procedimiento:

1. Siempre y cuando el afiliado haya permanecido durante tres años continuos en la entidad Administradora, podrá manifestar libremente su voluntad de traslado entre los 90 y 30 días antes del inicio del período de contratación, en el Formulario Unico Nacional de Afiliación y Traslado definido por el Ministerio de la Protección Social.

2. El proceso de traslado se realizará en el acto público de que trata el artículo 11 del presente acuerdo. Durante este acto público se hará entrega del carné correspondiente. En este proceso la Entidad Territorial deberá garantizar que no se genere multifiliación como consecuencia del traslado.

3. Una vez cumplido el procedimiento anterior, el traslado de los afiliados se hará efectivo desde el primer día del período de contratación siguiente.

Parágrafo. Las actividades que adelanten las administradoras del Régimen Subsidiado tendientes a obtener el traslado de afiliados entre Administradoras de Régimen Subsidiado, se circunscribirán a las instrucciones que sobre la materia imparta la Superintendencia Nacional de Salud. En ningún caso podrán ofrecer incentivos ni desarrollar mecanismos de promoción de traslados puerta a puerta.

[Ver el art. 1, Acuerdo del C.N.S.S.S. 297 de 2005](#)

Artículo 21. Traslado por incumplimiento de las obligaciones de las administradoras del Régimen Subsidiado. Cuando se presente incumplimiento de las obligaciones de las ARS para con el afiliado, este podrá manifestar en cualquier momento su intención de traslado ante la entidad territorial, quien adelantará la investigación correspondiente en un tiempo no mayor a sesenta (60) días calendario, a fin de establecer si hubo incumplimiento por parte de la ARS. Una vez surtido el procedimiento anterior y en caso de comprobarse el incumplimiento, sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar, la entidad territorial notificará esta decisión al afiliado y a la ARS a la cual pertenece.

Realizado el procedimiento anterior, el afiliado, dentro de los diez (10) días calendario, tramitará ante la ARS seleccionada su novedad de traslado, la cual se entenderá efectiva a partir del primer día del mes siguiente a la radicación de Formulario Unico Nacional de Afiliación y Traslado.

En todo caso la responsabilidad de la atención del usuario seguirá a cargo de la ARS en la cual se encuentre afiliado, hasta tanto se haga efectivo el traslado a la nueva ARS.

Artículo 22. Libre elección de ARS por parte de las comunidades indígenas. Según lo establece la Ley 691 de 2001, cada comunidad indígena en acta suscrita por las autoridades tradicionales propias, seleccionará la Administradora del Régimen Subsidiado, a la cual deberá afiliarse la totalidad de los miembros de la respectiva comunidad, acogiéndose a los procedimientos establecidos en este Acuerdo respecto del proceso de afiliación.

En el evento en que un integrante de la comunidad indígena escoja una ARS diferente a la elegida por la autoridad tradicional y legítima, tendrá que acogerse a las prestaciones establecidas en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado. No obstante la ARS podrá ofrecer condiciones diferentes en prestación de servicios equivalentes que se ajusten a sus tradiciones.

Parágrafo. De acuerdo con las condiciones de afiliación establecidas por la Ley 691 de 2001 para las Administradoras de Régimen Subsidiado Indígenas, ARSI, estas deberán garantizar como mínimo el 60% de población indígena de la región, de conformidad con el artículo 14 de la citada Ley. El 40% restante, podrá ser constituido por usuarios no indígenas. En todo caso las ARSI cumplirán con las disposiciones establecidas en el presente acuerdo.

En cualquier caso, la suma de los afiliados miembros de comunidades indígenas de las ARSI que sean seleccionadas para operar en la región, no podrá superar el número de indígenas establecidos en los listados censales y certificados por el DANE en la región respectiva.

Artículo 23. Prohibición de la asignación forzosa de afiliados. Bajo ninguna circunstancia se permitirá la asignación forzosa de beneficiarios del Régimen Subsidiado a una determinada ARS. No se entenderá como asignación forzosa cuando por retiro voluntario, terminación unilateral de contrato, disolución de Uniones Temporales, Liquidación, declaratoria de caducidad, nulidad del contrato de aseguramiento, retiro por incumplimiento de participación mínima en el mercado dentro de un municipio, no renovación o suscripción del contrato por aplicación del artículo 36 del Decreto 050 de 2003 o demás normas que lo modifiquen, sustituyan o adicione, o revocatoria de la autorización de una ARS, se asigne población a las ARS restantes de la región según las disposiciones establecidas en el presente acuerdo.

Parágrafo. [Adicionado por el Acuerdo del C.N.S.S.S. 394 de 2008](#)

Artículo 24. Información suministrada por las Administradoras de Régimen Subsidiado. Las actividades de divulgación y promoción de los servicios de las entidades administradoras deberán realizarse de manera amplia y permanente, haciendo especial énfasis sobre los contenidos del POS-S, el régimen de cuotas moderadoras y copagos, la red de prestación de servicios, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes y los mecanismos con que cuenta para garantizar una atención integral en salud y de calidad según las normas vigentes.

Artículo 25. Prohibiciones de publicidad y comercialización. Las autoridades y entidades públicas de los órdenes nacional, distrital, departamental y municipal no podrán promover o inducir la afiliación a una determinada administradora del Régimen Subsidiado. En consecuencia, las entidades administradoras del Régimen Subsidiado tanto públicas como privadas, no podrán tener en forma privilegiada personal, publicidad, medios de divulgación comercial u oficinas al interior de las gobernaciones, entidades territoriales distritales o municipales o Direcciones de Salud, excepto en los actos públicos de libre elección, guardando la igualdad de condiciones para todas las ARS.

Artículo 26. Pérdida de la calidad de afiliado en el Régimen Subsidiado. La afiliación al Régimen Subsidiado será indefinida mientras subsistan las condiciones previstas en el artículo 157 de la Ley 100 de 1993 y en el presente

acuerdo para ser beneficiarios. Sin embargo la calidad de afiliado se perderá cuando:

1. Se cumplan las condiciones definidas por la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios para pertenecer al Régimen Contributivo.
2. Se compruebe por parte de la entidad territorial o la ARS, que el afiliado incurrió en actos fraudulentos contra el Sistema o de incumplimiento de los deberes establecidos en la Ley 100 de 1993, sin perjuicio de las demás acciones a que haya lugar.

Artículo 27. Manejo financiero de los traslados de los afiliados de las Cajas de Compensación Familiar con recursos administrados directamente por estas. El manejo financiero del traslado de afiliados que se realice en virtud del principio de la libre elección, se hará conforme al siguiente procedimiento:

1. Vencido el período para efectuar los traslados, las entidades territoriales efectuarán un cruce entre número de afiliados trasladados a las Cajas de Compensación Familiar y de estas a otras ARS.
2. Si este cruce arroja como resultado un número mayor de afiliados retirados de las Cajas de Compensación Familiar, que ingresos de afiliados a las mismas, estas entidades apropiarán el valor de las Unidades de Pago por Capitación Subsidiada de su población afiliada, y girarán al Fosyga el valor mensual correspondiente a los retirados, a más tardar el tercer día hábil siguiente, a la fecha límite establecida para el pago de los aportes del subsidio familiar por parte de los empleadores.

En el caso previsto en el presente numeral el Fosyga-Subcuenta de Solidaridad financiará, con cargo a tales recursos, el valor de los mayores retiros de afiliados de las Cajas de Compensación Familiar a otras ARS, distribuyendo a las respectivas entidades territoriales los recursos correspondientes. Si estos no fueren suficientes, el Fosyga-Subcuenta de Solidaridad asignará los recursos necesarios para garantizar la continuidad de la población que se traslada a otras ARS.

3. En caso de que los ingresos de afiliados sean mayores a los retiros de afiliados en el proceso de traslado, la entidad territorial asignará los recursos necesarios para garantizar la continuidad de la población que se traslada de otra ARS a la Caja de Compensación Familiar.

Parágrafo. Las Cajas de Compensación Familiar sólo podrán realizar ampliaciones de cobertura con recursos que las mismas administran directamente, en el evento en que conforme a su programación presupuestal se prevea mayores ingresos de los necesarios para garantizar la continuidad de su población afiliada y de los necesarios para garantizar la continuidad del mayor número de afiliados que se trasladaron de estas a otras ARS.

Artículo 28. Efectos de la afiliación múltiple. En los casos en que se detecte afiliación múltiple en el régimen subsidiado bien sea por que una persona se encuentre reportada como afiliada dos o más veces en una misma ARS, o se encuentre simultáneamente afiliada a dos o más ARS, o se encuentre simultáneamente afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado, o a los regímenes de excepción, las Entidades Territoriales y las administradoras del Régimen Subsidiado deberán observar los procedimientos establecidos en el presente acuerdo, aplicando en lo pertinente el Decreto 806 de 1998.

En los eventos en que se verifiquen múltiples afiliaciones, se aplicará lo dispuesto en el artículo 34 del presente acuerdo una vez se hayan surtido los trámites de desafiliación previstos en el presente acuerdo.

Parágrafo 1°. Las ARS incluirán en el formato del reporte de novedades que se encuentra en las Resoluciones 890 y 1375 de 2002 del Ministerio de Salud, la información relacionada con el número de afiliados que como consecuencia de la múltiple afiliación han dejado de pertenecer a la entidad Administradora, con el fin de ajustar los pagos por UPC-S.

Parágrafo 2°. Cuando las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado tengan indicios de múltiples afiliaciones en diferentes ARS o entre estas y las EPS del régimen contributivo, deberán solicitar a la entidad territorial que verifique dicha información y adopte las medidas a que haya lugar. La entidad territorial informará a la ARS los resultados obtenidos como producto del cruce de las bases de datos.

Artículo 29. Múltiple afiliación a los regímenes contributivo y subsidiado. Cuando se presente múltiple afiliación a los regímenes contributivo y subsidiado se seguirá el siguiente procedimiento:

1. Cuando la entidad territorial detecte un formulario de afiliación al régimen subsidiado de una persona que esté afiliada y compensada al régimen contributivo, con anterioridad a la suscripción de los contratos de régimen subsidiado, cancelará dicho formulario, y le enviará comunicación al afiliado dentro de los treinta (30) días calendario siguientes, indicándole la imposibilidad de afiliarse al régimen subsidiado.

2. Cuando la entidad territorial detecte múltiples afiliaciones a los regímenes contributivo y subsidiado, sin que haya existido previo aviso del afiliado, durante la ejecución de los contratos de aseguramiento, ordenará la exclusión de los afiliados mediante acto administrativo motivado, expedido por la entidad territorial, contra el cual procederán los recursos establecidos en el Código Contencioso Administrativo. Una vez el acto administrativo quede en firme se notificará a las administradoras de régimen subsidiado la cancelación de la afiliación incluyendo el grupo familiar definido en el presente acuerdo. A partir del momento en que se notifique esta orden a las Administradoras del Régimen Subsidiado no se reconocerá Unidad de pago por Capitación por dichas personas.

Artículo 30. Traslado del Régimen Subsidiado al Contributivo. [Modificado por el art. 1, Acuerdo del CNSSS 304 de 2005.](#) Cuando el afiliado informe a la entidad territorial que ha ingresado al régimen contributivo temporalmente, con posterioridad a la afiliación al régimen subsidiado, la entidad territorial suspenderá esta afiliación por un término no mayor a tres meses. Esta afiliación se activará nuevamente, una vez el afiliado informe su desvinculación al Régimen Contributivo.

Durante el tiempo de la suspensión de la afiliación no se reconocerán UPC-S a la ARS. La Entidad Territorial deberá informar a todos los afiliados del Régimen Subsidiado el procedimiento que deberán seguir cuando se encuentren en esta situación. Igualmente informará a la ARS los afiliados sobre los cuales le suspenderá la afiliación y la fecha a partir de la cual se suspende la misma.

Durante el período de suspensión la entidad territorial no podrá disponer del cupo de la población que se encuentra en esta situación. Si transcurridos los tres meses la persona continúa afiliada al Régimen Contributivo, se cancelará su afiliación y los cupos se reemplazarán de acuerdo con lo previsto en el artículo 34 del presente acuerdo.

Artículo 31. Múltiple afiliación en el Régimen Subsidiado:

a) En la misma ARS. En el evento en que la Entidad Territorial detecte dentro de la base de datos de una ARS que existe una persona con afiliaciones múltiples, deberá dejar una sola afiliación y eliminará en forma inmediata las demás, sin necesidad de comunicarlo al afiliado. De este procedimiento notificará a la ARS, la cual deberá hacer la devolución de las respectivas UPC-S recibidas en exceso con los intereses moratorios equivalentes a la tasa de interés moratoria establecida para los impuestos administrados por la DIAN, dentro de los 10 días calendario siguientes a la notificación, sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar. De igual manera la Entidad Territorial deberá informar del hecho a las autoridades de vigilancia y control;

b) Entre distintas ARS, en la misma entidad territorial. En el evento en que la entidad territorial detecte esta novedad en la base de datos posterior al inicio de la contratación, esta escogerá la ARS a la cual quedará afiliado, quien por haber generado la multifiliación perderá el derecho a elegir. De este procedimiento notificará a la ARS y al afiliado dentro de los 10 días calendario siguientes a la identificación de la multifiliación. La UPC-S no se pagará a partir de la fecha de notificación;

c) En diferentes entidades territoriales. Cuando el Ministerio de la Protección Social detecte múltiples afiliaciones al Régimen Subsidiado en diferentes entidades territoriales, notificará a las entidades territoriales los casos de multifiliación encontrados. La afiliación válida será la que corresponda al lugar en el que fue aplicada la encuesta Sisbén o el listado censal, más reciente. La UPC-S no se pagará a partir de la fecha de notificación.

El Ministerio de la Protección Social definirá el mecanismo para la notificación al afiliado y la depuración de la multifiliación en estos casos.

Parágrafo. Cuando la ARS no efectúe la devolución de las UPC-S en el caso en que se detecte múltiple afiliación en la misma ARS, dentro de un plazo no mayor a diez (10) días calendario contados a partir de la notificación correspondiente, la Entidad Territorial descontará este valor de los pagos futuros.

Artículo 32. Responsabilidades en las situaciones de múltiple afiliación. El Ministerio de la Protección Social, las entidades territoriales, las administradoras del Régimen Subsidiado y los usuarios serán responsables por la inobservancia de los procedimientos previstos en el presente acuerdo, cuando den como resultado situaciones de multifiliación.

La Superintendencia Nacional de Salud, adelantará las investigaciones correspondientes con miras a determinar eventuales responsabilidades de las entidades territoriales por no efectuar el correspondiente cruce de las bases de datos de su jurisdicción, de las ARS por acciones que promuevan la múltiple afiliación, o de los usuarios por el suministro de información falsa.

Las EPS serán responsables de la información remitida al Ministerio de la Protección Social en relación con sus afiliados al Régimen Contributivo. De manera especial, responderán por las circunstancias en que reporten personas como afiliadas y compensadas sin que en realidad lo sean, casos en los cuales la EPS correspondiente responderá, hasta finalizar el período de contratación del régimen subsidiado correspondiente, por la prestación de servicios de salud del afiliado que perdió su calidad de tal al régimen subsidiado, como consecuencia de la información errónea suministrada por la EPS, sin perjuicio de las demás sanciones a que haya lugar o de la obligatoriedad de reintegrar las Unidades de Pago por Capitación recibidas en forma indebida en el régimen contributivo.

Artículo 33. Aseguramiento de la población que se traslada de municipio. Cuando una persona afiliada al régimen subsidiado fije su domicilio en un municipio diferente al que se afilió al régimen subsidiado, deberá ser atendido por la red pública del municipio al cual se trasladó, e iniciar el proceso de identificación, selección y afiliación al régimen subsidiado.

Cuando el cambio de domicilio obedezca a desplazamiento forzoso, retorno o reubicación de la población desplazada, los afiliados serán atendidos con cargo a los recursos de la ARS a la cual se encuentren afiliados y hasta la terminación del período contractual. La entidad territorial a la cual se ha trasladado deberá dar aplicación a lo establecido en el artículo 11 del presente acuerdo.

Artículo 34. Reemplazos de beneficiarios contratados. Durante la ejecución de un contrato, la entidad territorial podrá reemplazar los afiliados inicialmente contratados o los que se encuentren en la base de datos en las siguientes circunstancias:

1. Por el fallecimiento del beneficiario.

2. Por pérdida de la calidad de beneficiario del Régimen Subsidiado.
3. Cuando se liberen subsidios por efectos de multifiliación, a los regímenes subsidiado o contributivo o regímenes especiales.

Los subsidios liberados serán reemplazados de acuerdo con el siguiente orden:

1. Recién nacidos de padres afiliados al régimen subsidiado.
2. Recién nacidos de padres no afiliados al régimen subsidiado niveles 1 y 2 del Sisbén.
3. Niños menores de un año no afiliados al régimen subsidiado niveles 1 y 2 del Sisbén.
4. Las demás categorías de priorizados.

Parágrafo. En los casos de los numerales 3 y 4 la carnetización se efectuará dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la afiliación y el pago de la UPC-S se realizará siguiendo lo previsto en el artículo 17 del presente acuerdo.

CAPITULO IV

Operación regional del Régimen Subsidiado

[Modificado por el Acuerdo del C.N.S.S.S. 294 de 2005](#)

Artículo 35. Definición de Regiones para Aseguramiento. Para efectos de la operación regional del Régimen Subsidiado el Ministerio de la Protección Social, definirá regiones de aseguramiento en el territorio nacional las cuales deberán permitir la eficiencia en la administración de los recursos y el manejo adecuado del riesgo en salud por parte de las Administradoras del Régimen Subsidiado, propiciando economías de escala, articulando y adecuando la oferta de prestadores con la demanda de servicios de los afiliados.

Artículo 36. Manejo del Riesgo en Salud. Las ARS que sean seleccionadas por la entidad territorial, deberán desarrollar un esquema de operación de manejo del riesgo en salud, con el fin de garantizar su sostenibilidad en el Sistema y mejorar y mantener las condiciones de salud de su población afiliada. Los indicadores que reflejen la calidad de la atención en salud de la población afiliada serán considerados como un elemento diferencial de la ARS incidiendo en su calificación de acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno nacional.

Parágrafo. Los recursos por UPC-S que perciban las administradoras de Régimen Subsidiado correspondiente a una región determinada, serán aplicados para garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud Subsidiada de la totalidad de los afiliados de esta ARS, sin perjuicio del

cumplimiento de lo establecido en el artículo 51 de la Ley 715 de 2001. [Ver art. 51, Ley 715 de 2001](#)

Artículo 37. Criterios para la definición de las regiones de aseguramiento.

El Ministerio de la Protección Social definirá las regiones de aseguramiento teniendo en cuenta la población y su grado de dispersión en los municipios de la región, la disponibilidad de prestadores y aseguradores, considerando variables de comunicación, infraestructura de servicios y su articulación con ciudades de referencia regional.

La definición de las regiones de aseguramiento se hará dentro de los tres meses siguientes a la entrada en vigencia del presente acuerdo y deberá informarse al Consejo Nacional de Seguridad Social en forma posterior a su definición.

Artículo 38. Operadores regionales del Régimen Subsidiado.

De acuerdo con la población afiliada al Régimen Subsidiado y las poblaciones potencialmente beneficiarias de los subsidios para cada región, el Ministerio de la Protección Social, establecerá el número plural de administradoras del Régimen Subsidiado, exceptuando las ARSI, que pueden operar en cada una de estas. El Ministerio de la Protección Social establecerá los municipios en los que por sus condiciones particulares podrá operar una sola ARS.

Para que una administradora del Régimen Subsidiado, pueda operar en una o varias regiones de aseguramiento, deberá ser habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con la reglamentación del Sistema Único de Habilitación para ARS y EPS.

Artículo 39. Selección de ARS por las entidades territoriales.

Las entidades territoriales, seleccionarán las ARS hasta el número máximo definido por el Ministerio de la Protección Social en cada región. La selección se hará mediante concurso que se realizará de la siguiente forma:

1. Entre las ARS que se encuentran autorizadas y cumplan las condiciones de habilitación para ser seleccionadas se elegirán las mejores calificadas en estricto orden descendente.

2. En caso de presentarse varias ARS habilitadas con igual calificación, se seleccionarán en su orden, las ARS con las siguientes características:

a) Las empresas solidarias de salud y demás entidades promotoras de carácter comunitario, según lo establecido en el artículo 216 de la Ley 100 de 1993; [Ver art. 216, Ley 100 de 1993](#)

b) Las Cajas de Compensación Familiar que administran directamente los recursos previstos en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993; [Ver art. 217, Ley 100 de 1993](#)

c) Aquellas que se encuentren operando en el mayor número de municipios de la región;

d) Aquellas con mayor número de afiliados en la región.

La selección de las ARS para operar en cada uno de los municipios que hacen parte de la región se hará por acto administrativo del jefe de la entidad territorial respectiva.

Las ARS seleccionadas para operar en una región deberán garantizar la cobertura en todos los municipios que hacen parte de la región, salvo en los siguientes eventos:

1. Cuando la ARS tenga una participación menor al 5% de la población afiliada o no reúna un mínimo de 1.000 personas afiliadas en un municipio.
2. Cuando una Caja de Compensación Familiar que administra directamente los recursos no se encuentre autorizada para operar como Caja en ese Ente Territorial.

Parágrafo 1°. Las administradoras del Régimen Subsidiado que a la expedición del presente acuerdo se encuentren autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud deberán ajustarse a la reglamentación del Sistema Único de Habilitación de conformidad con la reglamentación del Gobierno Nacional.

Parágrafo 2°. Si una Caja de Compensación Familiar no es seleccionada para operar en la región en la cual está autorizada para realizar la administración directa de los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, deberá girarlos en la forma establecida en el artículo 16 de la Ley 789 de 2002. [Ver art. 16, Ley 789 de 2002](#)

Parágrafo 3°. En la sesión en la cual se seleccionen las ARS que van a contratar con la dirección de salud, deberá participar un representante de los beneficiarios del Régimen Subsidiado, para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 216, numeral 3, de la Ley 100 de 1993, el cual será el/los representante(s) de los usuarios ante el CTSSS de la jurisdicción territorial respectiva. [Ver art. 216, numeral 3, Ley 100 de 1993](#)

Parágrafo 4°. El retiro de la ARS de uno o varios municipios de la región por las causales previstas en el presente artículo, no las inhabilitan para continuar operando en la región. En los casos de retiro se aplicará el procedimiento previsto en el artículo 53 del presente acuerdo.

Artículo 40. Divulgación de la evaluación y calificación de administradoras del Régimen Subsidiado. Todos los municipios deberán hacer público en las Secretarías de Salud respectivas y en medios de amplia difusión de la jurisdicción, el resultado del proceso de habilitación y selección de las ARS que operan en su territorio, así como el resultado de sus posteriores evaluaciones y calificaciones.

Artículo 41. Atención de usuarios, prestadores y proveedores. Las ARS seleccionadas para operar en una región deberán establecer mecanismos que

garanticen de manera ágil y oportuna la atención de usuarios, prestadores y proveedores como mínimo en los siguientes aspectos:

- Información y orientación al usuario sobre servicios ofrecidos
- Procesos de afiliación
- Base de datos de Afiliados
- Carnetización de afiliados
- Contratación y negociación de red de prestadores (IPS)
- Radicación de facturas
- Pago a IPS y proveedores
- Auditoría integral del proceso de atención
- Atención de quejas y sugerencias
- Red de prestadores de servicios y sistemas de referencia y contrarreferencia.

Artículo 42. Mecanismos de coordinación para prestación de servicios no POSS. Con el propósito de garantizar el acceso a los servicios de salud en lo concerniente a los servicios no cubiertos por el Régimen Subsidiado, las ARS en coordinación con las entidades territoriales, desarrollarán mecanismos que procuren la eficiente prestación de dichos servicios y para ello se podrán celebrar convenios. En todo caso la responsabilidad por la prestación de estos servicios de manera oportuna, estará a cargo de la entidad territorial respectiva, para lo cual contará con la información adecuada y oportuna que deberá suministrar la Administradora de Régimen Subsidiado, así como el correspondiente seguimiento de la atención del afiliado.

Artículo 43. Gastos de administración de administradoras de Régimen Subsidiado. Al cierre de la vigencia fiscal del año 2003, los gastos de administración en ningún caso podrán exceder el 10% del total de los ingresos operacionales.

Artículo 44. Mecanismos alternativos de operación del Régimen Subsidiado. En zonas de grave perturbación de orden público y zonas de rehabilitación, donde la entidad territorial respectiva ha seguido el proceso general descrito en el artículo 39 del presente acuerdo y como resultado de este, no exista mercado de Administradoras de Régimen Subsidiado habilitadas en la región, a solicitud del jefe de la entidad territorial, los Consejos Departamentales de Seguridad Social o quien haga sus veces, autorizarán la aplicación de mecanismos alternativos hasta por un año, que garanticen el aseguramiento de la población objeto del subsidio a la demanda, a través de convocatoria pública a diferentes entidades públicas y privadas de manera independiente o a través de asociaciones, uniones temporales o consorcios.

Las entidades que participen de esta convocatoria deberán cumplir los requisitos excepcionales de habilitación establecidos en la reglamentación vigente.

Parágrafo. Las condiciones que motivaron la autorización por parte del Consejo Territorial de Seguridad Social del nivel Departamental deberán ser evaluadas anualmente por el Consejo Nacional de Seguridad Social, con el propósito de determinar su prórroga o normalizar la forma de operación del Régimen Subsidiado.

CAPITULO V

Contratación

Artículo 45. Contratos de aseguramiento. Para administrar los recursos del Régimen Subsidiado y proveer el aseguramiento de la población afiliada a este régimen, la entidad territorial suscribirá un solo contrato con cada administradora del régimen subsidiado, por el número de afiliados carnetizados que incluye la población trasladada, la nueva por ampliación de cobertura y la población de continuidad. El periodo de contratación será de un (1) año comprendido entre el primero (1) de Abril y el treinta y uno (31) de Marzo, el cual será prorrogable anualmente por dos años mas, previo el trámite presupuestal pertinente.

Al finalizar cada anualidad se efectuarán balances para efectos de determinar el cumplimiento de las obligaciones contractuales por parte de las ARS y la ejecución de recursos.

Conforme lo establece el numeral 2 del artículo 216 de la Ley 100 de 1993, este contrato se registrará por el derecho privado y deberá incluir todas las fuentes de financiación del Régimen Subsidiado y como mínimo la información que determine el Ministerio de la Protección Social. La minuta del contrato deberá ser remitida por la entidad territorial a la ARS con anterioridad al inicio del periodo de contratación. [Ver art. 216, numeral 2, Ley 100 de 1993](#)

Parágrafo. Para el manejo de los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 que las Cajas de Compensación Familiar administran directamente, se harán contratos por separado del resto de contratos de la respectiva ARS.

Artículo 46. Obligatoriedad de la Administradora de Régimen Subsidiado de suscribir contratos cuando los beneficiarios la hayan seleccionado. Cuando una ARS se encuentre habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud y haya sido seleccionada para operar en una región y durante el proceso de afiliación o traslado es elegida libremente por los beneficiarios del subsidio, tendrá la obligación de suscribir los contratos del Régimen Subsidiado, siempre y cuando cumplan con el porcentaje mínimo de participación en cada municipio según lo establecido en el artículo 39 del presente acuerdo.

Artículo 47. Seguimiento de contratos del Régimen Subsidiado. Las administradoras del Régimen Subsidiado deberán responder por el aseguramiento en salud de la población afiliada a partir del inicio del período contractual. En consecuencia los pagos se causarán desde esa fecha conforme al número de afiliados carnetizados salvo los casos especiales previstos en el presente acuerdo.

Las ARS presentarán ante la Dirección de Salud Municipal, Distrital o Departamental según sea el caso, la relación de los contratos vigentes con los prestadores de servicios de salud que acrediten la existencia de la red asistencial estructurada por niveles de complejidad. Igualmente deberán actualizar permanentemente todo cambio que se presente en la red de servicios disponible.

Los contratos con los prestadores de servicios de salud no podrán realizarse con vigencias menores a un año, salvo cuando por eventos excepcionales relacionados con el incumplimiento de las obligaciones del prestador o la revocatoria de su habilitación, se requiera una contratación por menor tiempo para completar el período anual de contratación.

Artículo 48. Incorporación de metas estratégicas e indicadores de resultados. En los contratos de Régimen Subsidiado se entenderán incorporadas las metas estratégicas e indicadores de resultados en salud para el país y la Entidad Territorial, aplicados a su población afiliada, según lo definido por el Ministerio de la Protección Social. Las ARS deberán adelantar las acciones necesarias, dentro de los contenidos del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado definidos por el CNSSS, para el logro de estas metas.

El Ministerio de la Protección Social, dentro de los seis meses siguientes a la vigencia del presente acuerdo, diseñará la metodología para el seguimiento y evaluación del cumplimiento de esta obligación por parte de las ARS.

Artículo 49. Interventoría y supervisión de contratos. En desarrollo de las competencias previstas en las Leyes 100 de 1993 y 715 de 2001, las entidades territoriales deberán realizar el seguimiento y control del cabal cumplimiento de las obligaciones contractuales a cargo de las Administradoras de Régimen Subsidiado, según los parámetros definidos de manera conjunta entre el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

Para este efecto, se deberá establecer una interventoría permanente de carácter interno o externo que podrá ser desarrollada en el ámbito regional o municipal, debiendo elaborar como mínimo dos informes anuales y remitir el resultado a los Departamentos para su consolidación en el formato que para el efecto establezca el Ministerio de la Protección Social. Tales resultados podrán ser solicitados por el Ministerio de la Protección Social o los organismos de control correspondientes.

Los costos que demanden dichas interventorías no podrán financiarse con recursos de la Unidad de Pago por Capitación.

Parágrafo. Para efectos de lo establecido en el presente acuerdo, y buscando eficiencia en el uso de los recursos, la totalidad o varias de las entidades territoriales que conforman una determinada región podrán asociarse y aportar recursos para el pago de una interventoría interna o externa por región, subregión o grupo de municipios.

[Ver la Circular del Min. Protección 36 de 2006](#)

Artículo 50. Prohibición de trasladar las responsabilidades del aseguramiento. Las responsabilidades del aseguramiento de la población afiliada y la administración del riesgo en salud le corresponden de manera indelegable a la ARS y en consecuencia estas entidades no podrán ceder sus responsabilidades a terceros.

Artículo 51. Prohibición de cesión voluntaria de contratos de aseguramiento. En el Régimen Subsidiado no podrá presentarse en ningún caso la cesión voluntaria de contratos de aseguramiento.

Artículo 52. Garantía del acceso a los servicios de salud. Previo al inicio del contrato de aseguramiento, las Administradoras del Régimen Subsidiado están en la obligación de suministrar a su red prestadora de servicios, los listados o bases de datos de los afiliados por los cuales se suscribieron los contratos.

Los listados de afiliados o bases de datos deberán actualizarse de conformidad con lo estipulado en las Resoluciones 890 y 1375 de 2002 del Ministerio de Salud.

Para la atención en salud, las Instituciones prestadoras de servicios de Salud solicitarán a los afiliados al Régimen Subsidiado, como mínimo la presentación del carné y el documento de identidad, salvo los casos especiales de que trata el presente acuerdo.

Las administradoras deberán garantizar a los afiliados, la agilidad y oportunidad en el acceso efectivo a los servicios, independientemente del nivel de complejidad y no podrán implantar mecanismos que limiten o dificulten el acceso a la prestación de los mismos.

Parágrafo. Sin perjuicio del cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 715 de 2001, las entidades territoriales al celebrar los contratos de Aseguramiento, respetarán la libertad que tienen las Administradoras del Régimen Subsidiado para seleccionar los prestadores con los cuales deban celebrar contrato de prestación de servicios de salud. Las partes se abstendrán de imponer cláusulas gravosas.

En los términos del artículo 65 de la Ley 383 de 1997 los recursos de la UPC-S no podrán ser sujetos de la reafuente de ningún orden.

CAPITULO VI

Garantía de afiliación en circunstancias excepcionales

Artículo 53. Procedimiento para la afiliación en circunstancias excepcionales. [Modificado por el art. 7, Acuerdo del C.N.S.S.S. 294 de 2005.](#)

Se garantizará la continuidad del aseguramiento de la población afiliada al Régimen Subsidiado, en los siguientes casos:

- Revocatoria de la autorización para la operación o funcionamiento
- Disolución y Liquidación
- Terminación unilateral de los contratos
- Declaratoria de caducidad del contrato de aseguramiento
- Nulidad de los contratos de aseguramiento.
- Retiro por incumplimiento de participación mínima en el mercado dentro de un municipio.
- No suscripción o renovación del contrato de aseguramiento por aplicación del artículo 36 del Decreto 050 de 2003.

Una vez los actos administrativos que hayan ordenado cualquiera de los casos anteriores se encuentren debidamente ejecutoriados o la sentencia judicial que ordene la nulidad del contrato esté en firme o se adopte la decisión por parte de la entidad territorial de no renovar el contrato con base en el artículo 36 del Decreto 050 de 2003, se aplicará el siguiente procedimiento:

1. Las entidades territoriales informarán a los beneficiarios, el día siguiente a la ocurrencia de cualquiera de las circunstancias enunciadas, que la ARS a la que se encuentran afiliados no continuará garantizando su afiliación y los asignará el mismo día a las ARS restantes que operan en la región, en proporción al número de afiliados de cada una de las ARS seleccionadas en la región, sin que se supere su capacidad máxima de afiliación.

Para efecto de la asignación de usuarios a que hace referencia el inciso anterior, la Administradora de Régimen Subsidiado no podrá estar intervenida por la Superintendencia Nacional de Salud, no debe presentar mora con su red de prestadores de servicios y debe estar cumpliendo oportunamente con los reportes y envío de información.

2. La entidad territorial y las ARS con afiliados asignados informarán a los mismos sobre la ARS que les correspondió y la posibilidad de libre elección para el siguiente período de contratación. En caso de que el afiliado manifieste su decisión de traslado, este se hará efectivo en los términos establecidos en el presente acuerdo.

Las entidades territoriales procederán a adicionar los contratos vigentes por el período del año que falte, según el número de afiliados asignados. La prestación de los servicios y el pago de las UPC-S se garantizarán durante este período, mediante la entrega del listado de afiliados o las bases de datos, por

parte de las Administradoras de Régimen Subsidiado a la red prestadora contratada, indicándole que el afiliado puede acceder a los servicios con el carné de la anterior ARS.

Respecto de los cupos de afiliados no carnetizados por la anterior ARS, no se reconocerá la UPC-S y dichos cupos podrán ser reemplazados según lo previsto en el artículo 33 del presente acuerdo. La póliza para el cubrimiento de las enfermedades catastróficas así como la contratación por capitación, se hará exclusivamente por los afiliados que se encontraban carnetizados por la anterior ARS.

3. La administradora de Régimen Subsidiado deberá entregar un nuevo carné a los afiliados asignados, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la adición del contrato siempre que a la fecha de esta adición falten más de cuatro meses para que se termine la vigencia contractual. Cuando falten menos de cuatro meses para la terminación de la vigencia contractual, la carnetización deberá realizarse a más tardar dentro de los treinta (30) días calendario posteriores al inicio del siguiente período de contratación.

La ARS deberá informar a los afiliados que mientras obtengan el nuevo carné podrán acceder a los servicios de salud con la presentación del carné de la anterior ARS.

4. Las entidades territoriales reportarán la novedad a las Administradoras del Régimen Subsidiado y procederán a la adición del contrato en ejecución dentro de los dos (2) días siguientes al reporte de la novedad.

5. Tratándose de afiliados de las comunidades indígenas, las entidades territoriales solicitarán a la autoridad tradicional que seleccione la ARS a la cual se trasladará la comunidad.

Parágrafo. Las circunstancias excepcionales que den lugar al procedimiento aquí señalado deberán ser comunicadas por la administradora de Régimen Subsidiado o la entidad territorial según corresponda, a la Superintendencia Nacional de Salud a más tardar dentro de los quince (15) días calendario siguientes a su ocurrencia, para su verificación y la adopción de las medidas a que haya lugar.

Artículo 54. Convocatoria a inscripción de administradores de Régimen Subsidiado. Si por efecto de las circunstancias previstas en el artículo anterior, no hay oferta de ARS en la región, se dará aplicación a lo dispuesto en el artículo 44 del presente acuerdo.

CAPITULO VII

Retiro voluntario de las Administradoras de Régimen Subsidiado

Artículo 55. Retiro voluntario de Administradoras de Régimen Subsidiado. Las ARS solo podrán retirarse voluntariamente al vencimiento de los períodos contractuales establecidos, siempre y cuando hayan informado su intención de

retiro a la Superintendencia Nacional y a la entidad territorial por lo menos ciento veinte (120) días calendario antes de terminar el período de contratación vigente.

Los afiliados podrán elegir nueva ARS acogiéndose al procedimiento establecido en el artículo 11, para lo cual la entidad territorial y la ARS, comunicarán de su retiro a los usuarios por un medio de amplia circulación regional.

El retiro voluntario de operación en un municipio conlleva el retiro de la región de la que hace parte tal municipio, con excepción de lo dispuesto en el artículo 39 del presente acuerdo.

Parágrafo. Cuando una ARS se haya retirado voluntariamente de la operación del Régimen Subsidiado en una región definida y solicite una nueva autorización para administrar el Régimen Subsidiado en esa región, en ningún caso podrá hacerse dentro de los tres (3) años siguientes al retiro.

Artículo 56. Obligatoriedad de las Administradoras de Régimen Subsidiado de suscribir contratos. Las ARS que se encuentren operando el Régimen Subsidiado en una determinada región y no manifiesten, en los términos del artículo precedente, su intención de retirarse, están obligadas a suscribir los contratos de Aseguramiento para garantizar la continuidad de los afiliados que la seleccionaron, siempre y cuando cumpla con los mínimos de población establecidos en el artículo 39 del presente acuerdo.

Artículo 57. Obligatoriedad de contratación en ampliación de coberturas. Si se presenta ampliación de cobertura y las ARS habilitadas son seleccionadas por los beneficiarios, estarán obligadas a suscribir los contratos de aseguramiento siempre y cuando cumpla con los mínimos de población establecidos en el artículo 39 del presente acuerdo.

Cuando se trate de ampliaciones con recursos de los que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, las Cajas de Compensación Familiar informarán a las entidades territoriales sobre el número máximo de beneficiarios a los que podrá afiliarse con tales recursos.

CAPITULO VIII

Régimen de transición

Artículo 58. Períodos de contratación. Los períodos de contratación del Régimen Subsidiado se sujetarán al siguiente régimen de transición:

1. El período de contratación que inicia el primero de abril de 2003, se celebrará por un término de seis meses que vence el 30 de septiembre de 2003 y se regirá por las condiciones de operación del presente acuerdo. Para este período de contratación, las ARS que no cumplan con el margen de solvencia a 31 de diciembre de 2002 previsto en el Decreto 882 de 1998 o incurran en la

situación prevista en el artículo 36 del Decreto 050 de 2003, no podrán suscribir contratos de aseguramiento.

2. Si a treinta (30) de septiembre de 2003, los actos administrativos de la Superintendencia Nacional de Salud, que decidan sobre la habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado no se encuentran en firme, los contratos de aseguramiento suscritos el primero de abril de 2003, se entenderán prorrogados de manera automática por seis meses más, con las condiciones pactadas inicialmente, incluyendo los recursos de financiamiento, previo el trámite presupuestal correspondiente.

3. Si a treinta (30) de septiembre de 2003, los actos administrativos de la Superintendencia Nacional de Salud, que decidan sobre la habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado se encuentran en firme, se suscribirán nuevos contratos de aseguramiento, previo el trámite presupuestal correspondiente, por seis meses, con las ARS autorizadas, habilitadas y seleccionadas, aplicando plenamente las disposiciones del presente acuerdo.

4. A partir de la contratación del primero de abril del año 2004 el término de la contratación será de un año y se prorrogará en los términos previstos en el presente acuerdo y el término de afiliación será de tres años.

5. Para los contratos suscritos el primero de abril de 2003 se aplicarán las reglas de carnetización previstas en el Acuerdo 192 del CNSSS.

6. Para efectos de la liquidación de los contratos suscritos con anterioridad al primero de abril de 2003, se aplicarán las normas vigentes a la fecha de suscripción de los respectivos contratos

Artículo 59. Garantía de la afiliación cuando una Administradora de Régimen Subsidiado no sea habilitada o que estando habilitada no sea seleccionada. Cuando una Administradora de Régimen Subsidiado, no cumpla con los criterios de habilitación establecidos o no sea seleccionada para operar en la región, en la reglamentación que expida el Gobierno Nacional y para garantizar la continuidad del aseguramiento de la población afiliada, se aplicará el procedimiento establecido en el artículo 53 del presente acuerdo.

Parágrafo. El procedimiento previsto en el presente artículo se aplicará, para garantizar la continuidad de la afiliación de aquellas administradoras de Régimen Subsidiado que no continúen en los municipios donde se encontraban operando.

Artículo 60. Continuidad de la afiliación en ARS seleccionadas. Cuando una ARS que tenga afiliados en una región determinada, sea seleccionada para operar en dicha región, continuará con su población afiliada siempre y cuando los afiliados no manifiesten su decisión de traslado a otra ARS. En este caso no se requiere tramitar nuevos formularios de afiliación y los carnés continuarán vigentes siempre y cuando hayan sido expedidos con vigencia indefinida.

Artículo 61. Aplicación de nueva encuesta Sisbén. A partir de la vigencia del presente acuerdo y hasta el 31 de marzo del año 2004, la población afiliada al Régimen Subsidiado, que por efecto de la aplicación de la nueva encuesta Sisbén, modifique su clasificación, mantendrá su condición de afiliado siempre que se trate de Mujeres en estado de embarazo o período de lactancia y niños menores de 1 año con su grupo familiar. Para los demás afiliados se aplicará la sustitución de subsidios, una vez conocido el resultado de la nueva encuesta Sisbén.

Artículo 62. Criterios auxiliares para la liquidación de contratos. Para los contratos que no hayan sido liquidados a la fecha de entrada en vigencia del presente Acuerdo, así como para los que terminan el 31 de marzo de 2003, las partes contratantes podrán aplicar los siguientes criterios auxiliares, en relación con las personas que hayan sido detectadas con afiliación múltiple y no sea atribuible la responsabilidad a la ARS.

Las Administradoras del Régimen Subsidiado respecto de las cuales se detectó afiliación en forma múltiple, deberán reintegrar en su totalidad el valor de las UPC-S pagadas durante la múltiple afiliación. Sin embargo, las entidades territoriales podrán reconocer a la ARS los siguientes gastos:

- a) Si la persona ya fue carnetizada en una ARS se le podrá reconocer a la ARS correspondiente un porcentaje de gastos administrativos que no podrá ser superior al 10% de la UPC-S recibida por ese afiliado. Si el gasto administrativo por cada afiliado fue inferior al 10% de la UPC-S, la ARS deberá informarlo a la entidad territorial y sólo se reconocerá el porcentaje efectivamente gastado por la ARS;
- b) Por concepto de prestación de servicios de salud se podrá reconocer los servicios prestados al afiliado incluyendo la contratación de los mismos por capitación y el valor de la póliza para la atención de enfermedades de alto costo. Estos gastos deberán ser acreditados por la ARS mediante la presentación de los documentos que lo soporten.

En el caso previsto en este literal, cuando el usuario haya sido sujeto de alguna atención en salud, la entidad territorial quedará subrogada en los derechos de la ARS para efectos de realizar el recobro a la entidad de aseguramiento que ha debido asumir el gasto.

En ningún caso el valor a reconocer por estos gastos podrá ser superior a la sumatoria de las UPC-S de los afiliados duplicados. En el evento en que el valor de la atención sea superior a la UPC-S que se ha reconocido a la ARS, la entidad territorial reconocerá hasta este monto y la diferencia deberá ser reclamada por la ARS respectiva a la entidad de aseguramiento que debía prestar el servicio.

CAPITULO IX

Otras disposiciones

Artículo 63. Atención en salud de la población afiliada al Régimen Subsidiado en condición de desplazamiento forzado. La ARS debe garantizar la prestación de servicios de salud en el municipio al cual se traslada este afiliado. [Modificado por el art. 3, Acuerdo del CNSSS 331 de 2006](#). La Entidad Territorial deberá mantener la continuidad hasta la terminación de la anualidad del contrato de aseguramiento.

Terminado este período la garantía del aseguramiento corresponderá a la entidad territorial donde se encuentre radicado.

Artículo 64. Utilización de los saldos por recursos del Fosyga no ejecutados ni comprometidos. El Consejo Nacional de Seguridad Social definirá anualmente con base en los estudios de sostenibilidad por tres años, que realice el Ministerio de la Protección Social, los criterios de asignación y las condiciones en que se comprometerán los recursos del Fosyga no ejecutados ni comprometidos.

Los recursos girados al Fosyga, se asignarán por el CNSSS al ente territorial respectivo hasta completar el monto restituido, una vez se cuente con la disponibilidad de los mismos, previo los trámites presupuestales requeridos para su incorporación al Fosyga.

Estos recursos se asignarán para ampliación de cobertura en los términos definidos en el presente acuerdo, hasta alcanzar la cobertura total en los niveles uno y dos del Sisbén.

Artículo 65. Cálculo para determinar el número de afiliados con cargo a los recursos del artículo 217 de la Ley 100 de 1993. [Modificado por el art. 4, Acuerdo del CNSSS 331 de 2006](#). El número de afiliados que las Cajas de Compensación Familiar están en capacidad de afiliar en cada vigencia, se estimarán anualmente con base en el 90% del presupuesto proyectado para cada año, y el valor de la UPC-S autorizada por el CNSSS, más un ajuste estimado a la misma para la siguiente vigencia, hasta concluir el período de contratación correspondiente. Con estos recursos se financiarán los contratos independientemente de que su ejecución comprenda dos anualidades. En todo caso las Cajas de Compensación realizarán un análisis de sostenibilidad financiera para garantizar la continuidad de la afiliación de esta población por tres años.

Artículo 66. Financiación de la afiliación al Régimen Subsidiado para población rural migratoria. El Fondo de Solidaridad y Garantía subsidiará el equivalente al 80% del valor de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada. Los gremios agrícolas conformados por empleadores de trabajadores rurales migratorios, que deseen intervenir en el proceso podrán crear un fondo con su propia reglamentación que le permita al gremio apoyar el proceso de identificación para el subsidio y en la organización del recaudo del 20% del valor de la UPC subsidiada que le corresponde aportar al trabajador migratorio e incluso apoyar financieramente a los trabajadores migratorios para cubrir este aporte.

El Fondo o el mecanismo alternativo que defina el gremio girará el 20% de la UPC subsidiada a las ARS correspondientes como mínimo un bimestre anticipado, so pena de perder la afiliación y el subsidio correspondiente.

Artículo 67. Procedimiento de identificación de la población rural migratoria. Los gremios agrícolas y demás organizaciones interesadas en promover la identificación de potenciales beneficiarios se inscribirán para tal fin, mediante comunicación escrita ante el Ministerio de la Protección Social.

Una vez inscritos y autorizados por el Ministerio, estas organizaciones podrán promover la identificación de los trabajadores migratorios elaborando una lista que incluya la información requerida en las Resoluciones 890 y 1375 de 2002 del Ministerio de Salud y adicional los patrones aproximados de migración con el fin de presentarla ante la Dirección de Salud del Municipio donde el Gremio o la organización de usuarios establezca, siendo responsables de que la población inscrita no tenga capacidad de pago para afiliarse al Sistema.

La Dirección de Salud verificará esta información y garantizará que no se presente multiafiliación según los procedimientos establecidos en el presente acuerdo.

La afiliación de esta población se hará con el procedimiento descrito en el artículo 11 del presente acuerdo.

Artículo 68. Contratación de población rural migratoria. Los contratos para garantizar la afiliación de la población rural migratoria, se suscribirán entre la ARS y el municipio que sea definido por el Gremio respectivo. Las Administradoras de Régimen Subsidiado contratadas garantizarán que la cobertura de su red de servicios atienda el patrón migratorio de esta población.

Artículo 69. Vigencia y derogaciones. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación y deroga expresamente los Acuerdos 41, 95, 104, 111, 114, el artículo 21 del Acuerdo 117, 128, 131, 145, 164, 166, 176, 177, 207 y 230 y demás disposiciones que le sean contrarias. Continuarán vigentes las normas aplicables en virtud del régimen de transición de que trata el Capítulo VIII del presente acuerdo, hasta que termine el Régimen de Transición.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 31 de enero de 2003.

La Ministra de la Protección Social (E.),

Luz Estela Arango de Buitrago,

Presidente CNSSS Público.

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Roberto Junguito Bonnet.

El Secretario Técnico CNSSS,

Juan Gonzalo López Casas.

NOTA: Publicado en el Diario Oficial 45.145 del 31 de Enero de 2003