



Decreto 182 de 2026 Ministerio de Salud y Protección Social

Los datos publicados tienen propósitos exclusivamente informativos. El Departamento Administrativo de la Función Pública no se hace responsable de la vigencia de la presente norma. Nos encontramos en un proceso permanente de actualización de los contenidos.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DECRETO NUMERO 0182 DE 2026

(25 FEB)

Par el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican los artículos [2.1.11.1](#), [2.1.11.2](#), [2.1.11.3](#), [2.1.11.11](#) y [2.5.2.3.5.2](#) del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, y se dictan otras disposiciones

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial, las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, el artículo 154 de la Ley 100 de 1993, el artículo 30 de la Ley 1438 de 2011, los artículos 20 y 24 de la Ley 1751 de 2015 y,

CONSIDERANDO

Que el artículo 49 de la Constitución Política, modificado por el Acta Legislativo 02 de 2009, dispone que "la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado" y que "los servicios de salud se organizaran en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad"; mandato que otorga competencia directa al Estado para adoptar medidas de organización territorial de los servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso equitativo, la eficiencia en la gestión y la participación social en las decisiones que afectan la prestación de dichos servicios, sin que sea necesaria la existencia de norma reglamentaria previa para su ejercicio.

Que de acuerdo con los artículos 180 y 230 de la Ley 100 de 1993, le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud autorizar como Entidad Promotora de Salud (EPS) a la entidad de naturaleza pública, privada o mixta que cumpla los requisitos establecidos para tal efecto, así como ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control sobre las mismas y, revocar o suspender el certificado de autorización otorgado, mediante providencia debidamente motivada.

Que la Ley 617 de 2000, en desarrollo del artículo 302 de la Constitución Política, estableció la categorización de los departamentos con fundamento en su capacidad de gestión administrativa y fiscal, atendiendo criterios objetivos de población e ingresos corrientes de libre destinación, orientado a la racionalización del gasto público y al fortalecimiento de la descentralización territorial.

Que la Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, tiene como propósito mejorar la eficiencia, la universalidad y la sostenibilidad del sistema, fortaleciendo la rectoría del Estado y la coordinación entre los distintos niveles de gestión.

Continuación del decreto: "Por el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, y se dictan otras disposiciones"

Que el artículo 14 de la precitada Ley determina que, se entiende por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garanticen el acceso oportuno y efectivo en condiciones de calidad, la representación del afiliado ante los prestadores y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario; función que estará a cargo de las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado que cumplan con los requisitos de habilitación y demás regulaciones aplicables. Asimismo, el literal l) del artículo en mención, señala que, tratándose de poblaciones dispersas geográficamente y con el fin de facilitar la operatividad en la atención en salud de la población residente en los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guaviare, Guainía, Putumayo, Vichada y Vaupés, el Gobierno Nacional definirá mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud y fortalecer el aseguramiento público en dichos territorios.

Que conforme a lo establecido en el artículo 15 de la Ley 1122 de 2007, las Entidades Promotoras de Salud no podrán destinar más de treinta por ciento (30%) del gasto en salud, a la contratación con sus propias instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), directamente o a través de terceros.

Que de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley 1122 de 2007, las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado y las de naturaleza pública del régimen contributivo, deberán contratar un mínima del sesenta por ciento (60%) del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado (ESE) habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista capacidad resolutoria para la prestación de los servicios y se cumpla con indicadores de calidad y resultados, indicadores de gestión y tarifas competitivas.

Que el literal i) del artículo 40 de la Ley 1122 de 2007 dispone que, la Superintendencia Nacional de Salud tiene, entre sus funciones, la de autorizar la constitución y/o habilitación y expedir el certificado de funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, disposición que se encuentra desarrollada en numeral 47 del artículo 4 del Decreto 1080 de 2021.

Que el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011 establece como principios rectores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otros, la continuidad, la sostenibilidad financiera, la eficiencia y la integralidad en la prestación de los servicios de salud, orientados a garantizar a la población el acceso efectivo, oportuno y de calidad a los servicios de salud, en condiciones de equidad y respeto por la dignidad humana; en su artículo 4, esta Ley determina que la dirección, orientación y conducción del Sector Salud estará en cabeza del, Ministerio de Salud y Protección Social, como órgano rector de dicho sector.

Que, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 13.11 del artículo 13 de la Ley 1438 de 2011, corresponde al Estado en ejercicio de sus funciones de dirección, regulación y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, adoptar las medidas necesarias desde un enfoque territorial, en cumplimiento de los principios que rigen el sistema y en garantía del acceso efectivo de la población a los servicios de salud.

Que conforme al artículo 30 de la Ley 1438 de 2011, el Gobierno Nacional debe definir los territorios con población dispersa geográficamente y los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud y fortalecer el aseguramiento en dichas zonas, lo que exige la adopción de estrategias diferenciadas que respondan a las condiciones geográficas y demográficas de cada territorio.

Que la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en su artículo 5 señala que, el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, para lo cual deberá, entre otras obligaciones, cumplir con lo señalado en los literales b) "formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectiva del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ella la coordinación armónica de las acciones de todos los actores del Sistema", y c) "formular y adaptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales".

Que el artículo 6 de la precitada Ley determinó, como elemento esencial e interrelacionado del derecho fundamental a la salud, en su literal d), el principio de continuidad en la prestación de los servicios de salud, advirtiendo que una vez iniciada la provisión de un servicio, no puede verse interrumpida por razones administrativas o económicas; de la misma forma, el literal h) de dicho artículo, reconoce la libertad de elección como uno de los elementos esenciales del derecho fundamental a la salud, el cual debe ejercerse dentro de una oferta real, habilitada y con capacidad efectiva de garantizar el acceso oportuno, continua e integral a los servicios de salud. En este sentido, la libre escogencia no tiene carácter absoluto, sino que debe armonizarse con los principios de sostenibilidad, continuidad del aseguramiento y protección efectiva del derecho fundamental, conforme a los artículos 48 y 49 de la Constitución Política. En consecuencia, cuando por razones objetivas de capacidad operativa, financiera o territorial una Entidad Promotora de Salud no se encuentre en condiciones de garantizar adecuadamente la prestación de servicios en un determinado ámbito territorial, el Estado puede adoptar mecanismos transitorios de asignación de afiliados que aseguren la continuidad del servicio.

Que en virtud de los artículos 8, 15, 19 y 20 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se reafirma la responsabilidad del Estado en la dirección, organización y regulación del Sistema de Salud, así como su deber de intervenir para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en el marco de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, a través de una política pública en salud que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud, para lo cual además, los agentes del sistema deben suministrar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos y condiciones que se determine.

Que de conformidad con lo establecido en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, el Estado tiene el deber de garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población, especialmente, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional.

Que la organización de la red pública hospitalaria se fundamenta en criterios de rentabilidad social y no económica; por lo tanto, en todo el territorio nacional, pero especialmente en zonas dispersas, marginadas o de baja densidad poblacional, el Estado debe adoptar medidas razonables, eficaces, progresivas y continuas que aseguren a sus habitantes opciones de acceso oportuno e integral a los servicios de salud que requieran según sus necesidades.

Que con el fin de garantizar la continuidad del aseguramiento y la estabilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se hace necesario prevenir situaciones de riesgo sistémico, entendidas como la posibilidad de que el deterioro financiero u operativo de una o varias Entidades Promotoras de Salud, o de otros actores fundamentales del sistema de salud, genere efectos en cadena que comprometan la prestación de los servicios de salud, la sostenibilidad financiera del sistema y la protección del derecho fundamental a la salud.

Que, de conformidad con los artículos 6 y 24 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, así como con lo previsto en la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, corresponde al Estado la dirección, organización y regulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en consecuencia, compete al Gobierno Nacional adoptar medidas de gestión del riesgo orientadas a prevenir fallas estructurales, garantizar la estabilidad financiera del sistema, promover la operación eficiente del aseguramiento y asegurar la continuidad en la prestación de los servicios de salud a la población.

Que el artículo 153 del Decreto Ley 2106 de 2019 modificó el artículo 6 de la Ley 136 de 1994 y, dispuso que, la categorización de los municipios y distritos debe atender, entre otros criterios, a la población, organizándolos en seis categorías poblacionales que van desde aquellos con población igual o inferior a diez mil (10.000) habitantes hasta los que igualan o superan los quinientos mil uno (500.001) habitantes.

Que la categorización departamental, distrital y municipal constituye un referente legal vigente, objetivo y razonable para identificar diferencias estructurales entre las entidades territoriales, permitiendo al Gobierno Nacional adoptar medidas diferenciadas orientadas a garantizar la eficiencia, la sostenibilidad y la equidad en la provisión de servicios públicos esenciales, de conformidad con las particularidades demográficas y territoriales de cada entidad.

Que, en el marco de la organización, dirección y regulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, resulta necesario armonizar la adopción de mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento, con los criterios poblacionales definidos en la Ley 617 de 2000 y la Ley 136 de 1994, como parámetro técnico que contribuye a asegurar una adecuada capacidad operativa, financiera y de gestión del

aseguramiento en salud en los distintos ámbitos territoriales, sin que ello implique la adopción o aplicación de los criterios fiscales previstos en dichas normas para fines distintos a los contemplados en el presente Decreto.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social elaboro el análisis técnico denominado "Mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional", que sustenta las disposiciones del presente Decreto y, evidencia la necesidad de contar con una base poblacional mínima que garantice la capacidad operativa, la suficiencia de la red de prestación de servicios y la sostenibilidad financiera de las entidades receptoras, protegiendo de esta manera la estabilidad del sistema y los derechos de los afiliados.

Que, conforme lo anterior, es necesario señalar que los mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional definidos en el presente Decreto, constituyen medidas de ordenación técnica de la operación del aseguramiento en salud, orientadas a corregir fallas estructurales identificadas, tales como la fragmentación excesiva de la afiliación, la insuficiente escala poblacional para la adecuada gestión del riesgo en salud, la ineficiencia operativa y los riesgos para la sostenibilidad financiera, particularmente en territorios con baja densidad poblacional, alta dispersión geográfica y limitaciones en la capacidad institucional y en la oferta de servicios de salud.

Que dichos mecanismos se fundamentan en criterios objetivos, verificables, no discriminatorios y proporcionales, asociados a la escala poblacional, la participación territorial de las Entidades Promotoras de Salud y la capacidad operativa mínima requerida para garantizar la gestión integral del riesgo en salud, la articulación efectiva de redes de prestación de servicios y la continuidad en la atención de la población afiliada, en concordancia con las principios de eficiencia, equidad y sostenibilidad que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrollados en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.

Que las porcentajes mínimos de participación de afiliados y el número máxima de Entidades Promotoras de Salud por ámbito territorial, así como las plazas definidos para la actualización del ámbito de autorización, la asignación especial de afiliados y el ejercicio de la libre escogencia, igualmente se fundamentan en los resultados del análisis técnico denominado "Mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional", en el cual se evaluaron distintas alternativas, garantizando la razonabilidad y proporcionalidad de las medidas adoptadas frente a los objetivos de continuidad del aseguramiento y protección de los derechos de los afiliados.

Que los mecanismos anteriormente señalados, no sustituyen el principio de libre escogencia por parte de los afiliados; por el contrario, constituye un instrumento de protección orientado a evitar vacíos de cobertura cuando una Entidad Promotora de Salud (EPS) cesa su operación en un determinado ámbito territorial, garantizando la continuidad en el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud, permitiendo que, pasados sesenta (60) días de la efectividad de la asignación, los afiliados puedan ejercer su derecho de traslado en los términos previstos en la normatividad vigente.

Que, en consecuencia, los mecanismos diferenciales previstos en este Decreto no tienen por objeto restringir la libre competencia económica ni establecer barreras arbitrarias de entrada o permanencia en el mercado del aseguramiento en salud, sino ordenar técnicamente su operación para corregir fallas de mercado que afectan el bienestar de los usuarios, prevenir escenarios de inestabilidad financiera, garantizar economías de escala suficientes y proteger la continuidad en la prestación de los servicios de salud como componente esencial del derecho fundamental a la salud.

Que la adopción de estos mecanismos, resulta consistente con el ejercicio de la función de dirección, regulación y organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud a cargo del Estado, y responde a la necesidad de armonizar la dinámica competitiva del aseguramiento con la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud, entendiendo que la competencia constituye un medio para promover eficiencia y calidad, y no un fin en sí mismo, especialmente en contextos territoriales donde la atomización del aseguramiento compromete la viabilidad operativa y la continuidad del servicio.

Que, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 1340 de 2009, modificado por el artículo 146 de la Ley 1955 de 2019, el Ministerio de Salud y Protección Social remitió a la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC), el proyecto de decreto para la implementación de mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional, respecto del cual dicha entidad emitió concepto de abogacía de la competencia mediante radicado No. 26-26190-4-0 de 2026, en el que analizó la incidencia del proyecto sobre la libre competencia económica.

Que en el marco de dicho análisis, la Superintendencia de industria y Comercio concluyó que el proyecto de decreto no introduce restricciones arbitrarias a la libre competencia, en la medida en que las disposiciones propuestas no tienen por finalidad limitar la participación de las Entidades Promotoras de Salud en el mercado del aseguramiento, sino ordenar técnicamente su operación, atendiendo a criterios objetivos asociados a la escala poblacional, la capacidad operativa y la sostenibilidad financiera, con el propósito de garantizar la continuidad del aseguramiento, la eficiencia en la gestión del riesgo en salud Y la estabilidad del sistema, de conformidad con las realidades territoriales del país.

Que la Superintendencia de industria y Comercio, reconoció que los mecanismos diferenciales previstos en el proyecto responden a un diagnóstico técnico sobre la heterogeneidad territorial, la fragmentación del aseguramiento y la insuficiencia de escala en determinados ámbitos geográficos, y que, en tal sentido, constituyen una respuesta regulatoria razonable y proporcional, orientada a corregir fallas estructurales que afectan la operación del aseguramiento en salud y el bienestar de la población afiliada.

Que, sin perjuicio de lo anterior, en el marco del concepto de abogacía de la competencia, la Superintendencia de industria y Comercio formuló recomendaciones encaminadas a reforzar la justificación técnica de algunos de los criterios adoptados y a precisar aspectos operativos relacionados con la asignación especial de afiliados y los plazas de adecuación de las Entidades Promotoras de Salud receptoras, las cuales fueran analizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social e incorporadas en el presente Decreto, en concordancia con los principios de razonabilidad, proporcionalidad y eficiencia económica.

Que, de conformidad con lo establecido en el numeral 9 del artículo 3, el numeral 8 del artículo 8 de la Ley 1437 de 2011 y el artículo 2.1.2.1.14 del Decreto 1081 de 2015, el proyecto de Decreto fue publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, durante el periodo comprendido del 20 de diciembre de 2025 al 5 de enero de 2026, para opiniones, sugerencias o propuestas de los ciudadanos y grupos de interés.

Que, con fundamento en lo antes expuesto, se hace necesario adicionar el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, y modificar sus artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2, con el fin de fortalecer la operación del aseguramiento en salud mediante la adopción de mecanismos diferenciales con enfoque territorial y poblacional, que contribuyan a la garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en condiciones de equidad, sostenibilidad financiera y acceso efectivo a los servicios de salud.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA:

ARTÍCULO 1. Adiciónese el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el cual quedara así:

"CAPÍTULO 7

OPERACIÓN del ASEGURAMIENTO EN SALUD CON ENFOQUE TERRITORIAL Y POBLACIONAL

SECCIÓN 1. DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 2.5.2. 7.1. OBJETO. El presente Capítulo tiene por objeto la implementación de mecanismos diferenciales orientados a garantizar la equidad, la sostenibilidad financiera y el acceso efectivo a los servicios de salud en todo el territorio nacional' especialmente, en zonas dispersas, marginadas o de baja densidad poblacional, para la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, así como la definición de las reglas para la asignación de afiliados en su desarrollo.

ARTÍCULO 2.5.2.7.2. ÁMBITO DE APLICACIÓN. Las disposiciones contenidas en el presente Capítulo están dirigidas a las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, incluyendo las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI), a la Superintendencia Nacional de Salud, ya las Entidades Territoriales departamentales y distritales en el marco de sus competencias.

ARTÍCULO 2.5.2.7.3. MECANISMOS DIFERENCIALES PARA LA OPERACION DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD CON ENFOQUE TERRITORIAL Y POBLACIONAL. Con el fin de garantizar el acceso equitativo, continua y sostenible al aseguramiento en salud, los mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional deben atender las siguientes criterios:

i) CRITERIOS NACIONALES

Los criterios nacionales responden a la necesidad de preservar la estabilidad, continuidad y sostenibilidad del aseguramiento en salud a escala nacional, sin que estos constituyan privilegios regulatorios, ni tratamientos diferenciados arbitrarios, sino medidas objetivas y proporcionales para mitigar riesgos sistémicos identificados.

a Cuando una Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces, cuente con más del 20% de las afiliados a nivel nacional, se contará dentro del número límite de EPS previsto para cada categoría departamental y municipal, manteniendo su ámbito territorial de autorización.

b Mantendrán su ámbito territorial de autorización, las Entidades Promotoras de Salud, o quien haga sus veces, que tengan menos de un millón (1.000.000) de afiliados a nivel nacional. Estas EPS se contabilizarán dentro del número máxima permitido para cada categoría municipal. No obstante, cuando dichas EPS tengan una participación inferior al tres por ciento (3%) del total de sus afiliados, sumando ambos regímenes, en el respectivo departamento, no podrán continuar operando en las municipios en las que se encuentren autorizadas dentro de ese departamento.

c Cuando una Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces, se encuentre autorizada para operar el aseguramiento en salud únicamente en municipios pertenecientes a un (1) departamento, podrá mantener su ámbito territorial de autorización aun cuando exceda el número límite de EPS previsto para cada categoría departamental y municipal.

ii) Criterios por categorías departamentales

Para aplicar los mecanismos diferenciales de operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional a nivel departamental, se aplicará el rango poblacional como parámetro técnico para determinar y verificar la capacidad operativa mínima del aseguramiento en salud. Estos umbrales se establecen como parámetros técnicos mínimos de capacidad operativa, definidos con base en la escala poblacional y la complejidad territorial del departamento, con el fin de evitar la fragmentación del aseguramiento y garantizar la sostenibilidad financiera y la continuidad en la prestación de los servicios. Estos criterios no implican la adopción de la capacidad de gestión administrativa y fiscal de categorización departamental definidos en la Ley 617 de 2000, así:

a Categoría especial. Para todos aquellos departamentos con población superior a dos millones (2.000.000) de habitantes, se incluyen todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) autorizadas en el departamento cuya proporción de afiliados, considerando ambos regímenes, sea igual o superior al cinco por ciento (5%) en este ámbito territorial.

b Primera categoría y segunda categoría. Para todos aquellos departamentos con población comprendida entre trescientos noventa mil uno (390.001) habitantes y dos millones (2.000.000) de habitantes, se incluyen todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) autorizadas en el departamento cuya proporción de afiliados, considerando ambos regímenes, sea igual o superior al diez por ciento (10%) en este ámbito territorial.

c Tercera categoría y cuarta categoría. Para todos aquellos departamentos cuya población sea igual o inferior a cien mil (100.000) habitantes y

hasta trescientos noventa mil (390.000) habitantes, se incluyen todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) autorizadas en el departamento cuya proporción de afiliados, considerando ambos regímenes, sea igual o superior al quince por ciento (15%) en este ámbito territorial.

iii) Criterios por categorías distritales y municipales

Para aplicar los mecanismos diferenciales de operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional a nivel distrital y municipal, se aplicará el rango poblacional como parámetro técnico para determinar y verificar la capacidad operativa mínima del aseguramiento en salud. Este criterio no implica la adopción de los criterios fiscales ni geográficos de categorización distrital y municipal definidos en el artículo 6 de la Ley 136 de 1994, así:

a) Población igual o superior a quinientos mil uno (500.001) habitantes. Se incluyen todas las EPS autorizadas en el municipio, se excluyen aquellas cuya participación sea inferior al 3% del total de sus afiliados, sumando ambos regímenes, en este ámbito territorial.

b) Población entre cien mil uno (100.001) y quinientos mil (500.000) habitantes. Se incluyen hasta 5 EPS autorizadas en el municipio, se excluyen las que tengan una participación menor al 3% del total de sus afiliados de ambos regímenes en este territorio.

c) Población entre cincuenta mil uno (50.001) y cien mil (100.000) habitantes. Se incluyen hasta 4 EPS autorizadas en el municipio, se excluyen las que tengan una participación menor al 3% del total de sus afiliados de ambos regímenes en este territorio.

d) Población entre treinta mil uno (30.001) y cincuenta mil (50.000) habitantes. Se incluyen hasta 3 EPS autorizadas en el municipio, se excluyen las que tengan una participación menor al 3% del total de sus afiliados de ambos regímenes en este territorio.

e) Población entre veinte mil uno (20.001) y treinta mil (30.000) habitantes. Se incluyen hasta 2 EPS autorizadas en el municipio, se excluyen las que tengan una participación menor al 3% del total de sus afiliados de ambos regímenes en este territorio.

f) Población entre diez mil uno (10.001) y veinte mil (20.000) habitantes. Se incluye hasta 1 EPS autorizada en el municipio, se excluyen las que tengan una participación menor al 3% del total de sus afiliados de ambos regímenes en este territorio.

g) Población igual o inferior a diez mil (10.000) habitantes. Se incluye hasta 1 EPS autorizada en el municipio, se excluyen las que tengan una participación menor al 3% del total de sus afiliados de ambos regímenes en este territorio.

La determinación del número máximo de Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces por municipio, constituye un parámetro técnico de ordenación del aseguramiento en salud, orientado a garantizar economías de escala, eficiencia operativa y sostenibilidad financiera, sin perjuicio de la posibilidad de nuevas autorizaciones cuando se acrediten las condiciones técnicas, operativas y financieras exigidas en la normatividad vigente.

PARÁGRAFO. La población que se encuentre con la novedad de portabilidad en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, no se tendrá en cuenta en la aplicación de los mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional.

Artículo 2.5.2.7.4. Actualización del ámbito territorial de autorización de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, en el marco de la aplicación de los mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional: La Superintendencia Nacional de Salud actualizará el ámbito territorial en los actos administrativos que autorizan el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, que cuenten con autorización o habilitación vigente, dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia del presente Decreto. Durante este término se mantendrá vigente el certificado actual.

El acto administrativo de actualización deberá especificar: i) el código de identificación de la entidad; ii) el ámbito territorial donde se autoriza su operación; y iii) los regímenes de afiliación en los que se encuentra autorizada. Para efectos de la determinación del ámbito territorial, se tendrán en cuenta los municipios donde la EPS disponga de afiliados y se encuentre operando, conforme con la información registrada en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), con corte al mes inmediatamente anterior a la fecha de actualización.

La actualización del ámbito territorial de autorización tendrá una vigencia de cinco

(5) años, contados a partir de la fecha de expedición del acto administrativo respectivo, y su renovación estará sujeta al cumplimiento de las condiciones de habilitación y permanencia, verificadas con base en los estudios técnicos que realice la Superintendencia Nacional de Salud.

PARÁGRAFO 1. Las Entidades Promotoras de Salud indígenas (EPSI) conservaran su habilitación y continuaran operando en el ámbito territorial de autorización en los que actualmente se encuentren. En consecuencia, no será necesario expedir un nuevo acto administrativo.

La inclusión de estas entidades podrá exceder el número límite de EPS previsto para cada categoría de municipio.

PARÁGRAFO 2. La Superintendencia Nacional de Salud conforme a lo dispuesto en el artículo 2.1.13.8 del Decreto 780 de 2016, o la norma que lo modifique o sustituya, realizara la verificación de la modificación de la capacidad de afiliación con posterioridad al aumento poblacional derivado del proceso de aplicación de los mecanismos diferenciales de que trata el presente Decreto.

PARÁGRAFO 3. Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces del régimen subsidiado y las de naturaleza pública del régimen contributivo, de que trata el presente artículo, deberán dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley 1122 de 2007, en relación con la contratación de al menos el sesenta (60%) del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado (ESE) debidamente habilitadas en los municipios.

PARÁGRAFO 4. La Superintendencia Nacional de Salud, para la actualización del ámbito territorial de autorización de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, utilizara los resultados de la aplicación de los mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional desarrollados y entregados por el Ministerio de Salud y Protección Social, los cuales serán publicados en la página web de esta entidad.

ARTÍCULO 2.5.2. 7.5. REGLAS PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LOS AFILIADOS EN EL MARCO DE LA APLICACIÓN DE LOS MECANISMOS DIFERENCIALES: Una vez la Superintendencia Nacional de Salud expida los actos administrativos que actualizan el ámbito territorial de autorización de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, de que trata el presente Decreto, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), realizara la asignación

especial de afiliados a las EPS receptoras que continúen operando en el respectivo ámbito territorial autorizado, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que la Superintendencia Nacional de Salud notifique al Ministerio de Salud y Protección Social de los actos administrativos, atendiendo las siguientes reglas:

a) Esta asignación especial se realizará con independencia del régimen de afiliación originalmente autorizado a la EPS receptora, con base en la información registrada en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA). Ninguna EPS o quien haga sus veces podrá negarse a recibir los afiliados asignados.

b) La asignación especial de afiliados quedara efectiva a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha en que el Ministerio de Salud y Protección Social entregue a las Entidades Promotoras de Salud receptoras o quien haga sus veces, los afiliados que le fueron asignados. Las Entidades Promotoras de Salud receptoras o quien haga sus veces, tendrán como mínima quince (15) días calendario previos a la efectividad de la asignación especial, para adelantar las acciones necesarias, que garanticen la continuidad del aseguramiento a la población asignada a partir de la fecha de efectividad de la asignación especial. Estas últimas deberán dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 2.1.11. 6 del

Decreto 780 de 2016, o la norma que la modifique o sustituya.

c) La asignación especial de afiliados se realizará teniendo en cuenta los siguientes criterios, manteniendo integrados los grupos familiares previamente conformados en ' la BDUA:

- No se asignarán afiliados a la Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces, que quede operando en un municipio, con el mayor porcentaje de participación, siempre y cuando exista otra Entidad Promotora de Salud receptora o quien haga sus veces en funcionamiento en el territorio a la cual se le puedan asignar afiliados.

- Los afiliados se asignarán a cada Entidad Promotora de Salud receptora o quien haga sus veces, en proporción inversa a su participación de afiliados en el municipio correspondiente. Para la aplicación de la proporción inversa se tendrá en cuenta la siguiente fórmula que se empleará en cada municipio donde se recibió la actualización del ámbito territorial de autorización:

$$PI_i = \frac{100}{PP_i \cdot \sum_{j=1}^n \frac{1}{PP_j}}$$

Variables y Parámetros:

- PP_i = Parámetro de proporción para la entidad i
- PI_i = Proporción inversa final para la entidad i (en porcentaje)
- n = Número total de entidades

d) Los afiliados pertenecientes a grupos familiares que tengan pacientes con patologías de alto costo y mujeres gestantes se clasificarán en forma independiente de las demás grupos familiares y se distribuirán aleatoriamente por patología entre las EPS receptoras en forma proporcional a su número de afiliados, incluidos los asignados con base en el numeral anterior, en el respectivo municipio.

e) Transcurridos sesenta (60) días calendario, contados a partir de la fecha de efectividad de la asignación especial a las EPS receptoras, los afiliados asignados podrán ejercer su derecho a la libre escogencia y trasladarse a cualquier otra EPS que opere en el municipio donde se encuentra autorizada. Este traslado será efectivo a partir del primer día calendario del mes siguiente. Se exceptúan de este plaza las siguientes casos:

Cuando algún miembro del grupo familiar quede asignado en una Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces distinta a la del cotizante o cabeza de familia, podrá solicitar el traslado de forma inmediata a la Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces en la cual se haya asignado el cotizante o cabeza de familia, en cuyo caso la Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces, deberá tramitar de forma inmediata la respectiva novedad.

Cuando las comunidades indígenas soliciten el traslado de EPS o EPSI, una vez agotado el proceso señalado en el artículo 17 de Ley 691 de 2001. En este caso, la EPS receptora deberá tramitar de manera inmediata esta novedad según los procedimientos vigentes, y será efectiva a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha del registro de la solicitud de traslado.

f) La ADRES, previo al cumplimiento del plaza para que se haga efectiva la asignación especial, actualizará la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) con los resultados de esta, según establece la Resolución 762 de 2023 de dicha entidad o la norma que la modifique o sustituya. '

g) La ADRES entregará a las Entidades Promotoras de Salud receptoras o quien haga sus veces, los resultados de las auditorías realizadas a la información actualizada y registrada en la BDUA, la cual será revisada y ajustada por estas entidades dentro de las noventa (90) días calendario siguientes a la fecha de entrega. Finalizado este término, los registros que no se actualicen en la BDUA por las Entidades Promotoras de Salud receptoras o quien haga sus veces, no podrán ser incluidos en los procesos de reconocimiento y pago de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

PARÁGRAFO 1. Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, que sigan operando en algún municipio, continuarán siendo responsables del aseguramiento de la totalidad de sus afiliados en dicho ámbito territorial.

PARÁGRAFO 2. Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, que no continúen operando en algún municipio, serán responsables del aseguramiento hasta el día anterior a la fecha en que se haga efectiva la asignación especial de afiliados a las EPS receptoras, por lo que también serán responsables de las obligaciones derivadas de la prestación de servicios en salud hasta esa fecha. Las Entidades Promotoras de Salud receptoras o quien haga sus veces asumirán el aseguramiento y garantizarán la continuidad y el acceso a la prestación de servicios y tecnologías en salud de los afiliados, a partir del día en que se haga efectiva la asignación.

PARÁGRAFO 3. Las Entidades Promotoras de Salud indígenas (EPSI) serán receptoras de la población que esté registrada en la Base de Datos Única de Afiliados (BOUA) como indígena. En caso de existir más de una EPSI en el mismo municipio, la asignación de afiliados se realizará de manera proporcional al número de afiliados que tenga cada una.

ARTÍCULO 2.5.2. 7.6. SOLICITUD Y TRÁMITE DEL RETIRO DE UNO O VARIOS MUNICIPIOS, POR PARTE DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD O QUIEN HAGA SUS VECES. Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, autorizadas para operar en uno o varios municipios, podrán solicitar ante la Superintendencia Nacional de Salud, el retiro del municipio que consideren, dentro del término de un (1) año contado desde la expedición de la actualización del ámbito territorial de autorización de que trata el presente Decreto, teniendo en cuenta que el retiro no podrá generar ventajas competitivas indebidas, ni afectar la continuidad de la operación del aseguramiento en salud. Dicha solicitud será resuelta por la Superintendencia Nacional de Salud en un plazo no mayor a tres (3) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos mínimos que se enuncian a continuación:

1 Documento de solicitud, suscrito por el representante legal o la persona autorizada para el efecto, donde se explique la motivación y causas de la no continuidad en el municipio.

2 Acta de la asamblea general de accionistas, socios, asociados o el órgano social competente de la entidad de acuerdo con sus estatutos sociales, en la que se evidencie la aprobación de la solicitud.

3 Estatutos vigentes de la entidad.

4 La relación por municipio del número total de afiliados, de acuerdo con la estructura que establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

5 Plan de pagos de las obligaciones generadas por la prestación de servicios de salud, indicando la fuente de los recursos y las plazas según los acuerdos de pagos establecidos con los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud.

6 Copia de los acuerdos de pago suscritos con la red de prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, los cuales deben estar alineados con el plan de pagos.

7 Soportes de haber informado su intención de retiro del municipio a las Entidades Territoriales respectivas (departamentales, distritales y municipales) y, a sus afiliados, indicando a estos últimos que se garantizara la continuidad, oportunidad, integralidad y el acceso a la prestación de servicios y tecnologías en salud, hasta el día anterior en que se realice la asignación efectiva de afiliados a la correspondiente EPS receptora

y, aclarando que el retiro está sujeto a la decisión de la Superintendencia Nacional de Salud.

PARÁGRAFO 1. La Superintendencia Nacional de Salud podrá requerir la información adicional que estime necesaria para resolver la solicitud.

PARÁGRAFO 2. Las disposiciones previstas en el presente artículo, rigen únicamente en el marco de la implementación de los mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional. Vencido el término señalado en el presente artículo, se continuará aplicando lo dispuesto en el artículo 2.5.2.3.5.5 del presente Decreto.

PARÁGRAFO 3. En caso de que la Superintendencia Nacional de Salud acepte el retiro de que trata el presente artículo, el Ministerio de Salud y Protección Social junto con la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), adelantaran el proceso de asignación de afiliados conforme a las reglas señaladas en los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2 y 2.1.11.3 del presente acto administrativo.

PARÁGRAFO 4. Para efectos del trámite de solicitudes de retiro por parte de las Entidades Promotoras de Salud indígenas (EPSI), se aplicarán las disposiciones de que trata el presente artículo.

ARTÍCULO 2.5.2. 7. 7. NOVEDADES A LA CAPACIDAD DE AFILIACIÓN GEOGRÁFICA. Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, que pretendan realizar modificaciones a su capacidad de afiliación geográfica, deberán obtener autorización previa de la Superintendencia Nacional de Salud, siempre y cuando dichas modificaciones no excedan el número máximo de EPS permitido por municipio y/o distrito, establecidos en el literal iii) del artículo 2.5.2.7.3. del presente acto administrativo. Esta autorización estará sujeta al cumplimiento de los requisitos establecidos por la Superintendencia para la aplicación del régimen de autorización previa.

ARTÍCULO 2.5.2.7.8. LEVANTAMIENTO DE LA LIMITACION DE AFILIACIÓN A LAS EPS CON AUTORIZACION ESPECIAL. La limitación para realizar la afiliación de nuevos usuarios y aceptar traslados en el régimen subsidiado de las Entidades Promotoras de Salud con autorización especial o quien haga sus veces, de que trata el Parágrafo 2 del artículo 2.5.2.3.5.6. de este Decreto, no será aplicable a partir de la expedición del presente acto administrativo; sin embargo, se mantendrá la limitación para recibir afiliados del régimen subsidiado en el proceso de asignación de afiliados, referido en el Parágrafo anteriormente citado."

ARTÍCULO 2. Modificar el artículo 2.1.11.1 del Decreto 780 de 2016, modificado por el artículo 1 del Decreto 719 de 2024, el cual quedara así:

"ARTÍCULO 2.1.11.1 OBJETO Y ALCANCE. El presente Título tiene por objeto establecer las condiciones de asignación de afiliadas para garantizar la continuidad del aseguramiento y la prestación del servicio público de salud a los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces, incluidas las Entidades Adaptadas en Salud, que se encuentren apercando el aseguramiento, cualquiera sea su naturaleza jurídica, cuando dichas entidades se retiren o liquiden voluntariamente, ocurra la revocatoria de la autorización de funcionamiento o de la certificación de habilitación, o sean sujeto de intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

La asignación de afiliados de que trata el presente Título se realizara a las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces que no cuenten con medidas administrativas o especiales adaptadas por la Superintendencia Nacional de Salud y que se encuentren habilitadas en el régimen al cual pertenecen las afiliados que le serán asignados, previa verificación del cumplimiento del capital mínima y del patrimonio adecuado establecidos en las artículo 2.5.2.2.1.5 y 2.5.2.2.1. 7, salvo las excepciones establecidas en el numeral 3 del artículo 2.1.11.3 del presente Decreto".

ARTÍCULO 3. Modificar el artículo 2.1.11.2 del Decreto 780 de 2016, modificado por el artículo 2 del Decreto 719 de 2024, el cual quedara así:

"ARTÍCULO 2.1.11.2 Asignación DE AFILIADOS. Es el mecanismo excepcional y obligatorio de asignación y traslado de los afiliados de las EPS que se encuentren en alguna de las situaciones previstas en el primer inciso del artículo 2.1.11.1, a las EPS receptoras de que trata el inciso segundo

del mismo artículo del presente Decreto. Ninguna EPS podrá negarse a recibir los afiliados asignados.

Los procedimientos de asignación de afiliados establecidos en el presente Título se adelantarán bajo los principios señalados en el artículo 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, con la participación de las EPS, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social (ADRES).

PARÁGRAFO. La autorización de la capacidad de afiliación referente al aumento poblacional que se requiera en el marco de los procesos de asignación seguirá las reglas del régimen de autorización general de que trata el artículo 2.1.13.8 de este Decreto. En todo caso la verificación de la capacidad de afiliación se realizará con posterioridad a la asignación."

ARTÍCULO 4. Modificar el artículo 2.1.11.3 del Decreto 780 de 2016, modificado por el artículo 3 del Decreto 719 de 2024, el cual quedara así:

"ARTÍCULO 2.1.11.3 PROCEDIMIENTO DE Asignación DE AFILIADOS. En el acto administrativo a través del cual se acepta el retiro o liquidación voluntaria, se ordena la revocatoria de autorización de funcionamiento o, de la certificación de habilitación o, la intervención forzosa administrativa para liquidar, la Superintendencia Nacional de Salud ordenara a la EPS objeto de la medida, la entrega inmediata de las bases

de datos a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y al Ministerio de Salud y Protección Social, la cual deberá contener la información de los afiliados y sus grupos familiares, que se requieran para realizar el proceso de asignación, en la estructura definida por la

Para adelantar el procedimiento de asignación de afiliados, al día hábil siguiente a la notificación del acto administrativo correspondiente, la Superintendencia Nacional de Salud remitirá al Ministerio de Salud y Protección Social, la relación de las EPS receptoras a que hace referencia el artículo 2.1.11.1 y que se encuentren autorizadas operando el aseguramiento en el municipio, distrito, departamento donde operaba la entidad a que alude el inciso anterior.

Se entiende que las EPS receptoras se encuentran operando el aseguramiento cuando tienen población afiliada en un territorio, excluyendo aquellos afiliados que ostenten la garantía de portabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo

2.1.12.4 de este Decreto.

El Ministerio de Salud y Protección Social y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), con base en la información que reporte la Superintendencia Nacional de Salud, la que entregue la EPS objeto de la medida y la que se encuentre disponible en las bases de datos de las entidades públicas, realizarán la asignación y determinarán el número y la distribución de los afiliados a asignar.

La asignación de afiliados se realizará dentro de las cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que la Superintendencia Nacional de Salud remita al Ministerio de Salud y Protección Social la relación de las EPS receptoras en los términos del inciso segundo de este artículo, y se hará efectiva a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha en que el Ministerio de Salud y Protección Social informe a las EPS receptoras los afiliados que le fueron asignados. En todo caso las EPS receptoras deberán tener como mínima cinco (5) días calendario previos a la efectividad de la asignación, para adelantar las acciones necesarias con el ánimo de garantizar la continuidad del aseguramiento a la población asignada.

La asignación de los afiliados se realizará teniendo en cuenta los siguientes criterios, manteniendo integrados los grupos familiares:

1 En los municipios y distritos donde exista una EPS receptora autorizada que cumpla las condiciones establecidas en el inciso segundo del artículo 2.1.11.1 del presente Decreto, se asignará el cien por ciento (100%) de la población del respectivo régimen.

2 En aquellos municipios y distritos donde exista más de una EPS receptora autorizada que cumpla las condiciones establecidas en el inciso segundo del artículo 2.1.11.1 del presente decreto, se realizara en proporción inversa al número total de afiliados en el respectivo régimen y territorio.

3 En aquellos municipios y distritos donde no exista EPS que cumpla las condiciones establecidas en el inciso segundo del artículo 2.1.11.1 del presente Decreto, la asignación se realizara a estas EPS en proporción inversa al número total de afiliados en el respectivo régimen y territorio.

4 La atención del recién nacido, que no haya sido objeto de asignación, será asumida por la entidad objeto de retiro o medida, hasta la fecha de efectividad de la asignación. A partir de esta fecha, la EPS receptora de la madre deberá incluir al recién nacido de manera inmediata en su grupo familiar.

Transcurridos sesenta (60) días calendario, contados a partir de la fecha de asignación a la EPS receptora, los afiliados asignados podrán escoger libremente y trasladarse a cualquier otra entidad habilitada en el mismo régimen y que opere en el municipio o distrito de su residencia; este traslado será efectivo a partir del primer día calendario del mes siguiente. Se exceptúa de este plaza los siguientes casos:

Cuando algún miembro del grupo familiar se encuentre en una EPS distinta a la del cotizante o cabeza de familia asignado, evento en el cual se podrá solicitar el traslado de forma inmediata a la EPS en la cual se haya asignado el cotizante o cabeza de familia. La entidad deberá tramitar de forma inmediata la respectiva novedad.

Cuando las miembros de las comunidades indígenas, una vez agotado el proceso señalado en el artículo 17 de Ley 691 de 2001, soliciten el traslado de entidad, la EPS receptora deberá tramitar de manera inmediata esta novedad según las procedimientos vigentes y será efectiva a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha del registro de la solicitud de traslado.

La ADRES, previo al cumplimiento del plaza para que se haga efectiva la asignación, actualizara la Base de Datos Única de Afiliados (BOUA) con los resultados de esta, así mismo entregara a las EPS receptoras los resultados de las auditorías realizadas a la información actualizada y registrada en la BDUA, la cual será revisada y ajustada por las EPS receptoras dentro de las noventa (90) días calendario siguientes a la fecha de entrega. Finalizado este término, los registros que no se actualicen en la BOUA por las EPS receptoras, no podrán ser incluidos en los procesos de reconocimiento y pago de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

PARÁGRAFO 1. Las entidades objeto de las medidas previstas en el artículo 2.1.11.1 de este Decreto, serán responsables del aseguramiento hasta el día anterior a la fecha en que se haga efectiva la asignación, por lo que también serán responsables de las obligaciones derivadas de la prestación de servicios en salud hasta esa fecha. Las EPS receptoras asumirán el aseguramiento y garantizarán el acceso a la prestación de servicios de salud de los afiliados, a partir del día en que se haga efectiva la asignación.

PARÁGRAFO 2. El giro de la UPC a las entidades será realizado por la ADRES en proporción al número de días en que tuvieron a su cargo los afiliados durante el respectivo mes.

PARÁGRAFO 3. Notificados los actos administrativos que revocan la autorización de funcionamiento o el certificado de habilitación, ordenan la intervención forzosa administrativa para liquidar o autorizan el retiro voluntario por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, quedaran suspendidos los traslados de los afiliados en la BDUA y en el Sistema de Afiliación Transaccional (SAT), así como las novedades de las entidades territoriales en la BDUA, hasta la efectividad de la asignación, de conformidad con lo establecido en el artículo 17 de la Ley 1966 de 2019 y el artículo 2.5.5.1.9 del presente Decreto.

PARÁGRAFO 4. Durante el tiempo en que una entidad se encuentre bajo una medida administrativa y/o especial adoptada por la Superintendencia Nacional de Salud, dicha entidad deberá remitir a esta la información de los pacientes de alto costo, mujeres gestantes, tuteladas y los datos de contacto actualizados de sus afiliados, en los términos y condiciones que establezca la Superintendencia Nacional de

Salud.

PARÁGRAFO 5. Las EPS indígenas (EPSI) serán receptoras de afiliados, para la población que se encuentre registrada en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) como población indígena, dando prelación a las EPSI autorizadas en el respectivo territorio."

ARTÍCULO 5. Modificar el artículo 2.1.11.11 del Decreto 780 de 2016, modificado por el artículo 6 del Decreto 719 de 2024, el cual quedara así:

"ARTÍCULO 2.1.11.11 DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD QUE RECIBEN AFILIADOS. La asignación de afiliados de que trata al presente Título se realizara a las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, según las artículos 2.1.11.1 y 2.1.11.3 del presente Decreto.

Las entidades promotoras de salud que hayan recibido afiliados hasta la fecha de publicación del presente Decreto modificatorio con ocasión de la asignación de que trata el presente Título, se les aplicara la disminución temporal en el porcentaje que trata el literal a) del numeral 2 del artículo 2.5.2.2.1.7, el cual se incrementara en 0,5 puntos porcentuales cada año a partir de la efectividad de la asignación, hasta lograr el tape establecido, según la siguiente tabla:

Variación anual de afiliados a 31 de diciembre	Disminución en puntos porcentuales (P.P.) en el patrimonio adecuado
<i>Menor a 10%</i>	<i>0.5 P.P.</i>
<i>Mayor o igual al 10% y menor al 20%</i>	<i>1.0 P.P.</i>
<i>Mayor o igual al 20% y menor al 35%</i>	<i>1.5 P.P.</i>
<i>Mayor o igual al 35% y menor al 50%</i>	<i>2.0 P.P.</i>
<i>Mayor o igual 50%</i>	<i>2.5 P.P.</i>

Para el cálculo de los indicadores de proceso o resultado que hacen parte de los mecanismos de redistribución de recursos ex post por patologías de alto costo, no será tenida en cuenta la información de las afiliados asignados a las EPS receptoras en el primer año.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. Con el fin de considerar el impacto en las condiciones financieras de las asignaciones de usuarios realizadas durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2019 y 31 de Julio de 2022, las entidades receptoras de afiliados, por una única vez, tendrán una disminución en el porcentaje de que trata el literal a) del numeral 2 del artículo 2.5.2. 2.1. 7, de acuerdo con la siguiente tabla que sustituye los porcentajes previamente definidos. El porcentaje resultante se incrementará en 1,0 punto porcentual cada dos años, hasta lograr el tape establecido.

Variación total asignaciones respecto a la población afiliada a diciembre 31 de 2018	Disminución en puntos porcentuales (PP.) en patrimonio adecuado	en el	Fechas para el incremento
Mayor a 0% y Menor al 17%	1,5PP		1,0 P.P- 1 de agosto de 2024 0,5 PP - 1 de agosto de 2025
Mayor o igual al 17% y menor al 40%	2,0 PP		1,0 PP- 1 de agosto de 2024 1,0 P.P - 1 de agosto de 2026
Mayor o igual al 40%	2,5 PP		1,0 PP- 1 de agosto de 2024 1,0 P.P - 1 de agosto de 2026 0,5 P.P - 1 de agosto de 2027

Para efectos de la aplicación de las condiciones previstas en el presente artículo, a las entidades que recibieron afiliados con posterioridad al 31 de Julio de 2022 y hasta la fecha de publicación del presente decreto modificatorio y que hubieren recibido afiliados entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de Julio de 2022, se tendrá en cuenta la sumatoria de los porcentajes definidos en este Parágrafo transitorio más los determinados en el inciso segundo del presente Artículo.

PARÁGRAFO 1. A las entidades promotoras de salud que reciban afiliados a partir de la fecha de publicación del presente decreto modificatorio, no se les aplicara la disminución del porcentaje referente al patrimonio adecuado de que trata el presente Artículo.

PARÁGRAFO 2. Las entidades promotoras de salud que hayan recibido afiliados hasta la fecha de publicación del presente decreto modificatorio, se le aplicara las disposiciones respecto a la disminución del porcentaje referente al patrimonio adecuado"

ARTÍCULO 6. Modificar el artículo 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, el cual quedara así:

"ARTÍCULO 2.5.2.3.5.2. SEGUIMIENTO DE LA OPERACIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD. El Ministerio de Salud y Protección Social, con el propósito de consolidar el sistema de seguimiento de la operación del aseguramiento en salud, desarrollara y articulara los procesos, mecanismos y herramientas disponibles en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, necesarios para monitorear la gestión de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y evaluar el cumplimiento de sus funciones indelegables.

El sistema se implementará de acuerdo con la actualización del ámbito territorial definido por el Ministerio de Salud y Protección Social y pondrá énfasis en el seguimiento de la operación de las EPS en el marco de las redes de prestadores de servicios de salud, con el fin de garantizar la articulación entre el aseguramiento, la gestión del riesgo y la prestación de servicios de salud en los territorios.

El Ministerio establecerá las estrategias de reporte, la periodicidad de la información y los estándares de calidad de los datos requeridos para el monitoreo, así como los mecanismos de retroalimentación y mejora continua orientados a fortalecer la gestión territorial de la operación del aseguramiento en salud.

PARÁGRAFO. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá y actualizará los indicadores de experiencia ciudadana que permitan evaluar, de forma clara y accesible, aspectos como la satisfacción de los usuarios, la continuidad del cuidado integral de la salud, la accesibilidad efectiva y la calidad percibida. Estos indicadores deberán ser implementados y reportados por los actores del SGSSS responsables en el sistema de información para la calidad."

ARTÍCULO 7. TRANSICIÓN. Las disposiciones previstas en los artículos 2.5.2.7.3, 2.5.2.7.4 y 2.5.2.7.5, adicionados en este acto administrativo, serán aplicables por única vez, a partir de la publicación del presente Decreto, para la implementación de los mecanismos diferenciales, con excepción de lo establecido en el literal iii) del artículo 2.5.2.7.3.

En lo referente al artículo 2.5.2.7.6. adicionado en este Decreto, las disposiciones allí contenidas, aplicaran únicamente dentro del término de un (1) año, contado desde la expedición de la actualización del ámbito territorial de autorización por parte de la

Continuación del decreto: "Par el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican los artículos [2.1.11.1](#), [2.1.11.2](#), [2.1.11.3](#), [2.1.11.11](#) y [2.5.2.3.5.2](#) del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, y se dieran otras disposiciones"

Superintendencia Nacional de Salud.

ARTÍCULO 8. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. El presente decreto rige a partir de su publicación, adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2, modifica los artículos [2.1.11.1](#), [2.1.11.2](#), [2.1.11.3](#), [2.1.11.11](#) y [2.5.2.3.5.2](#) del Decreto 780 de 2016 y, deroga las normas que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá, D.C., a los 25 días del mes de Febrero del año 2026

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ

Fecha y hora de creación: 2026-05-28 03:13:15