

MINISTERIO DEL INTERIOR

DECRETOS

DECRETO NÚMERO 1038 DE 2017

(junio 13)

por el cual cesan los efectos de un decreto en cumplimiento de una sentencia judicial.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades constitucionales, legales y reglamentarias, en particular las conferidas por los artículos 314 de la Constitución Política, 10 de la Ley 768 de 2002, 32 de la Ley 1617 de 2013, en concordancia con el artículo 66 de la Ley 4ª de 1913, y

CONSIDERANDO:

Que el señor Manuel Vicente Duque Vásquez, identificado con la cédula de ciudadanía número 73128526 de Cartagena, fue elegido en las elecciones de 25 de octubre de 2015 como alcalde del Distrito Especial, Turístico y Cultural de Cartagena, departamento de Bolívar, para el período 2016-2019, inscrito por el Grupo Significativo de Ciudadanos "Primero La Gente Movimiento Ciudadano", según consta en el Formulario E - 6 AL.

Que mediante comunicación radicada en la Presidencia de la República bajo EXT17-00057114 de 19 de mayo de 2017, la señora Estefany Carolina Romero Cárdenas, funcionaria de Secretaría de la Procuraduría General de la Nación, remitió el auto de 17 de mayo de 2017 de la Procuraduría Segunda Delegada para la Vigilancia Administrativa, el cual en el numeral 7, ordenó la suspensión provisional de "(...) Manuel Vicente Duque Vásquez, identificado con la cédula de ciudadanía número 73128526, en su condición de Alcalde Mayor de Cartagena de Indias (...) por el término de tres (3) meses a partir de la fecha, sin derecho a remuneración durante el término que dure la misma. Advirtiéndoles que no podrán ejercer cargos públicos, o contratar con el Estado durante ese lapso".

Que mediante auto del 19 de mayo de 2017, el Procurador Segundo Delegado para la Vigilancia Administrativa de la Procuraduría General de la Nación aclaró el numeral 8 del auto del 17 de mayo de 2017, en el sentido de oficiar al señor Presidente de la República, para que dé cumplimiento a la orden de suspensión provisional del señor Manuel Vicente Duque Vásquez, en su calidad de Alcalde Mayor de Cartagena de Indias.

Que el Gobierno Nacional mediante Decreto número 862 del 23 de mayo de 2017 dio cumplimiento a la decisión adoptada por el Procurador Segundo Delegado para la Vigilancia Administrativa de la Procuraduría General de la Nación, haciendo efectiva la suspensión del señor Manuel Vicente Duque Vásquez en su condición de Alcalde del Distrito Especial, Turístico y Cultural de Cartagena de Indias, departamento de Bolívar, y encargó al señor Sergio Alfonso Londoño Zurek, con el fin de evitar vacíos de poder o de autoridad, mientras se conformaba una terna para proceder a realizar la designación en los términos de la Ley Estatutaria 1475 de 2011.

Que la Sala Jurisdiccional Disciplinaria del Consejo Seccional de la Judicatura de Bolívar mediante fallo del 9 de junio de 2017, al resolver la acción de tutela interpuesta por un lado por el señor Moisés Mattos Salgado y, por otro, por la señora Ketty Cabarcas Licon, a la que se integró solicitud de coadyuvancia presentada por el señor Alcalde Mayor del Distrito de Cartagena de Indias, señor Manuel Vicente Duque Vásquez contra la Procuraduría General de la Nación y la Procuraduría Segunda Delegada para la Vigilancia Administrativa, resolvió tutelar los derechos fundamentales al debido proceso y a elegir y ser elegido de la señora Ketty Cabarcas Licon y Manuel Vicente Duque Vásquez.

Que así mismo en el citado fallo la Sala Jurisdiccional Disciplinaria del Consejo Seccional de la Judicatura de Bolívar, resolvió: "**Segundo:** Dejar sin efectos, la medida cautelar de suspensión provisional por tres meses, decretada en contra del señor Manuel Vicente Duque Vásquez", y "**Tercero:** Ordenar al señor Presidente de la República, doctor Juan Manuel Santos Calderón, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de este fallo, deje sin efectos el Decreto número 862 del 23 de mayo de 2017, "por el cual se suspende un alcalde y se designa alcalde encargado del Distrito Especial, Turístico y Cultural de Cartagena de Indias" y se notifique de la decisión al señor Manuel Vicente Duque Vásquez, para que una vez notificado reasuma el ejercicio de la Alcaldía Mayor de Cartagena, previo cumplimiento de los Requisitos de ley para el efecto".

Que el artículo 31 del Decreto número 2591 de 1991 establece que, no obstante que el fallo de tutela podrá ser impugnado por el defensor del pueblo, el solicitante, la autoridad pública o el representante del órgano correspondiente, ello procederá sin perjuicio de su cumplimiento inmediato.

Que con el fin de dar cumplimiento al citado fallo, el cual fue notificado el día 12 de junio de 2017, se hace necesario cesar los efectos del Decreto número 862 del 23 de mayo de 2017.

Que en mérito de lo expuesto,

DECRETA:

Artículo 1°. *Cesación de efectos.* En cumplimiento del fallo de tutela del 9 de junio de 2017 proferido por la Sala Jurisdiccional Disciplinaria del Consejo Seccional de la Judicatura de Bolívar, cesar los efectos del Decreto número 862 del 23 de mayo de 2017, mediante el cual se dio cumplimiento a la decisión adoptada por la Procuraduría Segunda Delegada para la Vigilancia Administrativa, haciendo efectiva la suspensión al señor Manuel Vicente Duque Vásquez, en su calidad de alcalde del Distrito Especial, Turístico y Cultural de Cartagena de Indias, departamento de Bolívar, y se designó como alcalde encargado al señor Sergio Alfonso Londoño Zurek, mientras se designa alcalde por el procedimiento de terna.

Artículo 2°. *Comunicación.* Comunicar el contenido del presente decreto al señor Manuel Vicente Duque Vásquez, alcalde electo para que proceda en los términos que señala el referido fallo del 9 de junio de 2017, a la Sala Jurisdiccional Disciplinaria del Consejo Seccional de la Judicatura de Bolívar, a la Procuraduría Segunda Delegada para la Vigilancia Administrativa, al señor Sergio Alfonso Londoño Zurek, alcalde encargado, y a la Alcaldía del Distrito Especial, Turístico y Cultural de Cartagena.

Artículo 3°. *Vigencia.* El presente decreto rige a partir de su publicación.

Publíquese, comuníquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 13 de junio de 2017.

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN

El Ministro del Interior,

Guillermo Rivera Flórez.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

Dirección Ejecutiva de la Justicia Penal Militar

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 000291 DE 2017

(junio 1°)

por la cual se deroga la Resolución número 000209 de 8 de abril de 2016, se disponen repartos, se cambian y fijan sedes y se asignan unidades policiales y militares a los despachos judiciales de la Justicia Penal Militar y Policial de la Primera Instancia adscritos a la Policía Nacional y se dictan otras disposiciones.

La Directora Ejecutiva de la Justicia Penal Militar, en uso de las facultades que rigen la función administrativa, en especial la conferida por el artículo 209 de la Constitución Política, el numeral 5 del artículo 1° de la Resolución Ministerial N° 1295 de 2004, y

LA IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

Informa que como lo dispone el Decreto número 53 de enero 13 de 2012, artículo 3°, del Departamento Nacional de Planeación, a partir del 1° de junio de 2012 los contratos estatales no requieren publicación ante la desaparición del Diario Único de Contratación Pública.

DIARIO OFICIAL

Fundado el 30 de abril de 1864
Por el Presidente **Manuel Murillo Toro**
Tarifa postal reducida No. 56

DIRECTOR: JAIME OSWALDO NEIRA LA TORRE

MINISTERIO DEL INTERIOR

IMPRESA NACIONAL DE COLOMBIA

JAIME OSWALDO NEIRA LA TORRE

Gerente General

Carrera 66 N° 24-09 (Av. Esperanza-Av. 68) Bogotá, D. C. Colombia
Conmutador: PBX 4578000.

e-mail: correspondencia@imprensa.gov.co

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con lo previsto en el artículo 44 de la Ley 1765 de 2015, la Dirección Ejecutiva de la Justicia Penal Militar del Ministerio de Defensa Nacional se transforma en Unidad Administrativa Especial de la Justicia Penal Militar y Policial, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio propio adscrita al Ministerio de Defensa Nacional.

Que los numerales 2 y 9 del artículo 54 de la Ley 1765 de 2015 establecen dentro de las funciones de la Unidad Administrativa Especial, adoptar y proponer según su competencia, las decisiones necesarias para que la Justicia Penal Militar y Policial se imparta oportuna y eficazmente y determinar la distribución, ubicación territorial y lugar de funcionamiento de los despachos judiciales de acuerdo con las necesidades del servicio.

Que de conformidad con el párrafo transitorio del artículo 59 de la Ley 1765 de 2015, hasta tanto entre en funcionamiento la Unidad Administrativa Especial de la Justicia Penal Militar y Policial, la Dirección Ejecutiva de la Justicia Penal Militar como dependencia interna del Ministerio de Defensa Nacional, continuará con la administración y dirección de la Justicia Penal Militar.

Que el numeral 5 del artículo 1° de la Resolución Ministerial número 1295 de 11 de noviembre de 2004, delega en el Director Ejecutivo de la Justicia Penal Militar la asignación de sedes, nomenclaturas y Unidades Militares de los Despachos Judiciales de la Justicia Penal Militar y Policial.

Que el Código Penal Militar (Ley 522 de 1999) establece en el artículo 255 la competencia del Juzgado de la Dirección General de la Policía Nacional; en el artículo 256 del Juzgado de Inspección General de la Policía Nacional; en el artículo 257 de los Juzgados de Policías Metropolitanas, y en el artículo 258 de los Juzgados de Departamento de Policía, quienes conocen en primera instancia de los procesos penales que se adelantan contra suboficiales, personal del nivel ejecutivo, agentes de la Policía Nacional y personal que preste el servicio militar en las diversas unidades que se les asigne territorialmente; así mismo, en su artículo 260 señala la competencia de los Fiscales Penales Militares y en el artículo 264 la de los Jueces de Instrucción Penal Militar quienes tienen competencia para investigar todos los delitos de conocimiento de la Justicia Penal Militar cualquiera que sea el lugar donde se cometan.

Que mediante Resolución 000209 de 8 de abril de 2016, se derogó la Resolución número 000064 de 29 de enero de 2016, se dispusieron repartos, se asignaron unidades policiales y militares a los Despachos Judiciales de la Justicia Penal Militar y Policial de Primera Instancia adscritos a la Policía Nacional y se dictaron otras disposiciones.

Que mediante Oficios número 2467 y número 0115/MD-DEJPMGDGJ-J171IPM de 30 de diciembre de 2016 y de 19 de enero de 2017, respectivamente, el titular del Juzgado 171 de Instrucción Penal Militar con sede en Cúcuta, Norte de Santander, solicita apoyo para la descongestión del despacho.

Que mediante Oficio número 0442/ MD-JUZ191-DEBOY de 26 de abril de 2017 y el correo electrónico de 27 de abril de 2017, se informó a la Dirección Ejecutiva que, por motivos de restauración del Comando de Policía Metropolitana de Tunja, el Juzgado de Departamento de Policía de Boyacá y el Juzgado 191 de Instrucción Penal Militar, serán reubicados en la sede de la Policía Metropolitana de Tunja.

Que analizada la carga laboral de los despachos judiciales que integran la Justicia Penal Militar y Policial por parte del Grupo de Desarrollo y Gestión, recomendó a la Dirección Ejecutiva realizar algunos cambios de sedes de despachos y repartos en aras de garantizar la pronta y efectiva administración de la Justicia Penal Militar y Policial, así:

- Realizar por parte del Juzgado de Policía Metropolitana Valle de Aburrá con sede en Medellín, la entrega de los procesos activos, inactivos y causas en ejecución, así como su archivo al Juzgado de Policía Metropolitana Bogotá con sede Bogotá D.C.

- Asignar al Juzgado de Policía Metropolitana Bogotá con sede en Bogotá D.C., las unidades que actualmente tiene a cargo el Juzgado de Policía Metropolitana Valle de Aburrá; para que de esa manera, de conformidad al artículo 257 de la Ley 522 de 1999, el Juzgado de Policía Metropolitana Bogotá con sede en Bogotá, D. C., conozca en primera instancia de los procesos penales contra suboficiales, personal del nivel ejecutivo, agentes de la Policía Nacional y personal que preste el servicio militar en las unidades de Policía Metropolitana de Bogotá, Tunja, Bucaramanga, Cúcuta, Ibagué, Villavicencio, Valle de Aburrá, Manizales, Montería, Cartagena, Barranquilla y Santa Marta.

- Realizar por parte de los Juzgados de Departamento de Policía Antioquia con sede en Medellín y del Departamento de Policía Magdalena con sede en Santa Marta, la entrega de los procesos activos, inactivos y causas en ejecución, así como sus archivos al Juzgado de Departamento de Policía Atlántico con sede Barranquilla.

- Asignar al Juzgado de Departamento de Policía de Atlántico con sede en Barranquilla, las unidades policiales que actualmente tienen a cargo los Juzgados de Departamento de Policía Antioquia con sede en Medellín y de Departamento de Policía Magdalena con sede en Santa Marta; para de esa manera, de conformidad al artículo 257 de la Ley 522 de 1999, el Juzgado de Departamento de Policía de Atlántico con sede en Barranquilla conozca en primera instancia de los procesos penales, contra suboficiales, personal de nivel ejecutivo, agentes de la Policía Nacional y personal que preste el servicio militar en los Departamentos de Policía Atlántico, Bolívar, Sucre, Cesar, Antioquia, Córdoba, Chocó, Urabá, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Magdalena y Guajira, así como de las escuelas y centros de instrucción que se encuentren en la jurisdicción.

- Realizar por parte del Juzgado de Departamento de Policía de Boyacá con sede en Tunja, la entrega de los procesos activos, inactivos y causas en ejecución, así como su archivo al Juzgado de Policía Santander con sede en Bucaramanga.

- Asignar al Juzgado de Departamento de Policía Santander con sede en Bucaramanga, las unidades policiales que actualmente tiene a cargo los Juzgados de Departamento de Policía de Boyacá con sede en Tunja; para de esa manera, de conformidad al artículo 257 de la Ley 522 de 1999, el Juzgado de Departamento de Policía Santander con sede en Bucaramanga, conozca en primera instancia de los procesos penales, contra suboficiales, personal de nivel ejecutivo, agentes de la Policía Nacional y personal que preste el servicio militar en los Departamentos de Policía de Santander, Magdalena Medio (DEMM), Boyacá y Casanare y las escuelas y centros de instrucción que se encuentren en la jurisdicción.

- Realizar por parte del Juzgado de Departamento de Policía Cundinamarca 2 con sede en Bogotá, D. C., la entrega de los procesos activos, inactivos y causas en ejecución, así como su archivo al Juzgado de Departamento de Policía Cundinamarca 1 y, por ende, suspender el reparto entre los citados despachos.

- Realizar por parte de la Fiscalía 147 ante Juzgado de Policía Metropolitana de Bogotá con sede en Bogotá D.C., la entrega de los procesos activos e inactivos, así como su archivo a la Fiscalía 146 ante Juzgado de Policía Metropolitana de Bogotá con sede en Bogotá, D. C. y, por ende, suspender el reparto entre ambos despachos.

- Realizar por parte de la Fiscalía 163 ante Juzgado de Departamento de Policía con sede en Ibagué, la entrega de los procesos activos e inactivos, así como su archivo a la Fiscalía 164 ante Juzgado de Departamento de Policía con sede en Ibagué y, por ende, suspender el reparto entre ambos despachos.

- Cambiar la sede al Juzgado de Departamento de Policía Boyacá y al Juzgado 191 de Instrucción Penal Militar, ubicados en el Departamento de Policía Boyacá (Deboy) en la ciudad de Tunja, a las instalaciones de la Policía Metropolitana de Tunja (Metun).

- Cambiar de Sede y estructura al Juzgado 168 de Instrucción Penal Militar con sede en Bucaramanga, Santander, a la ciudad de Cúcuta - Norte de Santander y realizar un reparto equitativo de las investigaciones que están siendo adelantadas por el Juzgado 171 de Instrucción Penal Militar con sede en Cúcuta - Norte de Santander con dicho Juzgado.

- Realizar por parte del Juzgado 168 de Instrucción Penal Militar, que tendrá como sede Cúcuta - Norte de Santander, la entrega de las investigaciones en curso al Juzgado 190 de Instrucción Penal Militar con sede en Bucaramanga - Santander, quien las conocerá en el estado en que se encuentren, así como de su archivo.

- Realizar a partir de la entrada en vigencia de la presente Resolución, un reparto equitativo de los procesos activos e inactivos, así como del archivo del Juzgado 157 de Instrucción Penal Militar con sede en Cali, Valle, entre los Juzgados 156, 158, 145 y 194 de Instrucción Penal Militar con sede en Cali y Buga, Valle, quienes las conocerán en el estado en que se encuentren.

- Suspender el reparto del Juzgado 157 de Instrucción Penal Militar con sede en Cali, Valle a partir de la entrada en vigencia de la presente Resolución.

Que de acuerdo con la organización, estructura y asignación de unidades policiales y militares en la Fuerza Pública y verificados los antecedentes y requerimientos recibidos sobre la necesidad de precisar las mismas, y las sedes asignadas a despachos judiciales de la Justicia Penal Militar, adscritos a la Policía Nacional, se hace necesario adoptar algunas decisiones que contribuyan al mejoramiento de la prestación del servicio de la administración de Justicia Penal Militar y Policial.

Que, por lo anteriormente expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. Derogar la Resolución número 000209 de 8 de abril de 2016.

Artículo 2°. Cambiar la sede de tres despachos judiciales de primera instancia adscritos a la Policía Nacional, a partir del 15 de junio de 2017, así:

SIGLA	SEDE ACTUAL	CIUDAD	NOMENCLATURA	NUEVA SEDE	CIUDAD
JIBOY	DEBOY	TUNJA	Juzgado de Departamento de Policía Boyacá	METUN	TUNJA
J191IPM	DEBOY	TUNJA	Juzgado 191 de Instrucción Penal Militar	METUN	TUNJA
J168IPM	DESAN	BUCARAMANGA	Juzgado 168 de Instrucción Penal Militar	DENOR	CÚCUTA

Artículo 3°. Asignar unidades policiales y militares a los despachos judiciales de la Justicia Penal Militar de la Primera Instancia adscritos a la Policía Nacional, así:

POLICIA NACIONAL				
SIGLA	NOMENCLATURA	SEDE	CIUDAD	UNIDADES ASIGNADAS
JIDIG	Juzgado de Dirección General de la Policía Nacional	DIPON	BOGOTÁ	CONOCE EN PRIMERA INSTANCIA, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 265 DE LA LEY 522 DE 1999, DE LOS PROCESOS QUE SE ADELANTEN CONTRA COMANDANTES DE DEPARTAMENTO DE POLICIA, COMANDANTES DE POLICIA METROPOLITANAS, DIRECTORES DE ESCUELAS DE FORMACION, CAPACITACION Y TECNICAS Y CONTRA OFICIALES SUPERIORES DE LA POLICIA NACIONAL
FDG141	Fiscalía 141 ante Juzgado de Dirección General de la Policía Nacional	DIPON	BOGOTÁ	CALIFICAR Y ACUSAR SI A ELLO HUBIERE LUGAR, DE CONFORMIDAD CON LAS COMPETENCIAS ESTABLECIDAS EN EL ARTICULO 260 DE LA LEY 522 DE 1999.
JING	Juzgado de Inspección General de la Policía Nacional	INSGE	BOGOTÁ	CONOCE EN PRIMERA INSTANCIA LOS PROCESOS CONTRA EL PERSONAL DE QUE TRATA EL ARTICULO 259 DE LA LEY 522 DE 1999.
FIG142	Fiscalía 142 ante Juzgado de Inspección General de la Policía Nacional	INSGE	BOGOTÁ	POR REPARTO CALIFICAR Y ACUSAR SI A ELLO HUBIERE LUGAR, LOS PROCESOS PENALES DE CONFORMIDAD CON LAS COMPETENCIAS ESTABLECIDAS EN EL ARTICULO 260 DE LA LEY 522 DE 1999.
FIG143	Fiscalía 143 ante Juzgado de Inspección General	INSGE	BOGOTÁ	POR REPARTO CALIFICAR Y ACUSAR SI A ELLO HUBIERE LUGAR, LOS PROCESOS PENALES DE CONFORMIDAD CON LAS COMPETENCIAS ESTABLECIDAS EN EL ARTICULO 260 DE LA LEY 522 DE 1999.
FIG144	Fiscalía 144 ante Juzgado de Inspección General	INSGE	BOGOTÁ	POR REPARTO CALIFICAR Y ACUSAR SI A ELLO HUBIERE LUGAR, LOS PROCESOS PENALES DE CONFORMIDAD CON LAS COMPETENCIAS ESTABLECIDAS EN EL ARTICULO 260 DE LA LEY 522 DE 1999.
FIG145	Fiscalía 145 ante Juzgado de Inspección General	INSGE	BOGOTÁ	POR REPARTO CALIFICAR Y ACUSAR SI A ELLO HUBIERE LUGAR, LOS PROCESOS PENALES DE CONFORMIDAD CON LAS COMPETENCIAS ESTABLECIDAS EN EL ARTICULO 260 DE LA LEY 522 DE 1999.
J141IPM	Juzgado 141 de Instrucción Penal Militar	INSGE	BOGOTÁ	POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CODIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DE BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA.
J142IPM	Juzgado 142 de Instrucción Penal Militar	INSGE	BOGOTÁ	POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CODIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DE BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA.

J143IPM	Juzgado 143 de Instrucción Penal Militar	INSGE	BOGOTÁ	POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CODIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DE BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA.
J144IPM	Juzgado 144 de Instrucción Penal Militar	INSGE	BOGOTÁ	POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CODIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DE BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA.
JIMBO	Juzgado de Policía Metropolitana de Bogotá	MEBOG	BOGOTÁ	DE CONFORMIDAD AL ARTICULO 257 DE LA LEY 522 DE 1999, CONOCE EN PRIMERA INSTANCIA DE LOS PROCESOS PENALES CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LAS UNIDADES DE POLICIA METROPOLITANA DE BOGOTÁ, TUNJA, BUCARAMANGA, CUCUTA, IBAGUÉ, VILLAVICENCIO, VALLE DE ABURRÁ, MANIZALES, MONTERÍA, CARTAGENA, BARRANQUILLA Y SANTA MARTA.
FM146	Fiscalía 146 ante Juzgado de Policía Metropolitana de Bogotá	MEBOG	BOGOTÁ	CALIFICAR Y ACUSAR SI A ELLO HUBIERE LUGAR, EN LOS PROCESOS PENALES CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LAS METROPOLITANAS DE BOGOTÁ, TUNJA, BUCARAMANGA, CUCUTA, IBAGUÉ, VILLAVICENCIO, DE CONOCIMIENTO DEL JUEZ DE POLICIA METROPOLITANA DE BOGOTÁ.
FM147	Fiscalía 147 ante Juzgado de Policía Metropolitana de Bogotá	MEBOG	BOGOTÁ	CALIFICAR Y ACUSAR SI A ELLO HUBIERE LUGAR, EN LOS PROCESOS PENALES CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LAS METROPOLITANAS BOGOTÁ, TUNJA, BUCARAMANGA, CUCUTA, IBAGUÉ, VILLAVICENCIO, DE CONOCIMIENTO DEL JUEZ DE POLICIA METROPOLITANA DE BOGOTÁ, SIN EMBARGO, HASTA NUEVA DISPOSICION NO RECIBIRÁ REPARTO Y EL CONOCIMIENTO DE LOS PROCESOS LO HARÁ LA FM146.
J147IPM	Juzgado 147 de Instrucción Penal Militar	MEBOG	BOGOTÁ	POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CODIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DE BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA.
J148IPM	Juzgado 148 de Instrucción Penal Militar	MEBOG	BOGOTÁ	POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CODIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DE BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA.

J185IPM	Juzgado 185 de Instrucción Penal Militar	MESOG	BOGOTÁ	<p>POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICÍA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCIÓN TERRITORIAL DE BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA.</p>
J186IPM	Juzgado 186 de Instrucción Penal Militar	MEBOG	BOGOTÁ	<p>POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICÍA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCIÓN TERRITORIAL DE BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA.</p>
J188IPM	Juzgado 188 de Instrucción Penal Militar	MESOG	BOGOTÁ	<p>POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICÍA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCIÓN TERRITORIAL DE BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA.</p>
JICUN1	Juzgado de Reparto de Policía Cundinamarca 1	DECUN	BOGOTÁ	<p>DE CONFORMIDAD AL ARTÍCULO 258 DE LA LEY 522 DE 1999, CONOCE EN PRIMERA INSTANCIA DE LOS PROCESOS PENALES CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICÍA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICÍA DE CUNDINAMARCA, AMAZONAS Y EN LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCIÓN QUE SE ENCUENTREN EN DICHA JURISDICCIÓN.</p>
JICUN2	Juzgado de Reparto de Policía de Cundinamarca 2	DECUN	BOGOTÁ	<p>DE CONFORMIDAD AL ARTÍCULO 258 DE LA LEY 522 DE 1999, CONOCE EN PRIMERA INSTANCIA DE LOS PROCESOS PENALES CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICÍA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICÍA DE CUNDINAMARCA, AMAZONAS, Y EN LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCIÓN QUE SE ENCUENTREN EN DICHA JURISDICCIÓN; SIN EMBARGO, HASTA NUEVA DISPOSICIÓN NO RECIBIRÁ REPARTO Y EL CONOCIMIENTO DE LOS PROCESOS LO HARÁ EL JGUR1.</p>
FD150	Fiscalía 150 ante Juzgado de Departamento de Policía	DECUN	BOGOTÁ	<p>POR REPARTO CALIFICAR Y ACUSAR SI A ELLO HUBIERE LUGAR, EN LOS PROCESOS PENALES CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICÍA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICÍA DE CUNDINAMARCA Y AMAZONAS, Y EN LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCIÓN, DE CONOCIMIENTO DEL JUEZ DE DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE CUNDINAMARCA 1.</p>
FD151	Fiscalía 151 ante Juzgado de Departamento de Policía	DECUN	BOGOTÁ	<p>POR REPARTO CALIFICAR Y ACUSAR SI A ELLO HUBIERE LUGAR, EN LOS PROCESOS PENALES CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICÍA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICÍA DE CUNDINAMARCA Y AMAZONAS, Y EN LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCIÓN QUE SE ENCUENTREN EN DICHA</p>

J146IPM	Juzgado 146 de Instrucción Penal Militar	DECUN	BOGOTÁ	<p>JURISDICCIÓN, DE CONOCIMIENTO DEL JUEZ DE DEPARTAMENTO DE POLICIA DE CUNDINAMARCA 1.</p> <p>POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICÍA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCIÓN TERRITORIAL DE BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA.</p>
J150IPM	Juzgado 150 de Instrucción Penal Militar	DECUN	BOGOTÁ	<p>POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICÍA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCIÓN TERRITORIAL DE BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA.</p>
JIBOY	Juzgado de Departamento Policía Boyacá	METUN	TUNJA	<p>DE CONFORMIDAD AL ARTÍCULO 258 DE LA LEY 522 DE 1999, CONOCE EN PRIMERA INSTANCIA DE LOS PROCESOS PENALES CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICÍA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICÍA BOYACÁ Y CASANARE, Y EN LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCIÓN QUE SE ENCUENTREN EN DICHA JURISDICCIÓN; SIN EMBARGO, HASTA NUEVA DISPOSICIÓN ESTAS UNIDADES POLICIALES SE ASIGNAN PARA EL CONOCIMIENTO DEL JUZGADO DE POLICIA DE SANTANDER.</p>
FD162	Fiscalía 162 ante Juzgado de Departamento de Policía Boyacá	DEBOY	TUNJA	<p>CALIFICAR Y ACUSAR SI A ELLO HUBIERE LUGAR, EN LOS PROCESOS PENALES CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICÍA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICÍA BOYACÁ Y CASANARE, Y EN LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCIÓN QUE SE ENCUENTREN EN DICHA JURISDICCIÓN, DE CONOCIMIENTO DEL JUEZ DE DEPARTAMENTO DE POLICIA SANTANDER.</p>
J152IPM	Juzgado 152 de Instrucción Penal Militar	DECAS	YOPAL	<p>EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICÍA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCIÓN TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.</p>
J191IPM	Juzgado 191 de Instrucción Penal Militar	METUN	TUNJA	<p>EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICÍA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCIÓN TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.</p>
JITOL	Juzgado de Departamento de Policía Tolima	DETOL	IBAGUÉ	<p>DE CONFORMIDAD AL ARTÍCULO 258 DE LA LEY 522 DE 1999, CONOCE EN PRIMERA INSTANCIA DE LOS PROCESOS PENALES CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICÍA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICÍA TOLIMA, HUILA, CAQUETA, Y EN LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCIÓN QUE SE ENCUENTREN EN DICHA JURISDICCIÓN.</p>
FD163	Fiscalía 163 ante Juzgado de Departamento de Policía	DETOL	IBAGUÉ	<p>CALIFICAR Y ACUSAR SI A ELLO HUBIERE LUGAR, EN LOS PROCESOS CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICÍA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICÍA TOLIMA, HUILA, CAQUETA, Y EN LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCIÓN QUE SE ENCUENTREN EN DICHA</p>

FD164	Fiscalía 164 ante Juzgado de Departamento de Policía	DETOL	IBAGUÉ	JURISDICCIÓN, DE CONOCIMIENTO DEL JUEZ DE DEPARTAMENTO DE POLICIA DE TOLIMA. SIN EMBARGO, HASTA NUEVA DISPOSICION NO RECIBIRA REPARTO Y EL CONOCIMIENTO DE LOS PROCESOS LO HARÁ LA FD164.
J151IPM	Juzgado 151 de Instrucción Penal Militar	DEUIL	NEIVA	CALIFICAR Y ACUSAR SI A ELLO HUBIERE LUGAR, EN LOS PROCESOS CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICIA TOLIMA, HUILA, CAQUETA, Y EN LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCION QUE SE ENCUENTREN EN DICHA JURISDICCIÓN, DE CONOCIMIENTO DEL JUEZ DE DEPARTAMENTO DE POLICIA DE TOLIMA.
J179IPM	Juzgado 179 de Instrucción Penal Militar	DETOL	IBAGUÉ	POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCIÓN TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.
J180IPM	Juzgado 180 de Instrucción Penal Militar	DEUIL	NEIVA	POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCIÓN TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.
J181IPM	Juzgado 181 de Instrucción Penal Militar	DECAQ	FLORENCIA	EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCIÓN TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.
J188IPM	Juzgado 188 de Instrucción Penal Militar	DETOL	IBAGUÉ	POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCIÓN TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.
J192IPM	Juzgado 192 de Instrucción Penal Militar	DETOL	IBAGUÉ	POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCIÓN TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.

J193	Juzgado de Departamento de Policía Risaralda	DERIS	PEREIRA	DE CONFORMIDAD AL ARTICULO 258 DE LA LEY 522 DE 1999, CONOCE EN PRIMERA INSTANCIA DE LOS PROCESOS PENALES CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICIA QUINDIO, CALDAS, RISARALDA Y EN LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCION QUE SE ENCUENTREN EN DICHA JURISDICCIÓN.
FD153	Fiscalía 153 ante Juzgado de Departamento de Policía	DERIS	PEREIRA	CALIFICAR Y ACUSAR SI A ELLO HUBIERE LUGAR, EN LOS PROCESOS CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICIA QUINDIO, CALDAS, RISARALDA Y EN LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCION QUE SE ENCUENTREN EN DICHA JURISDICCIÓN, DE CONOCIMIENTO DEL JUEZ DE DEPARTAMENTO DE POLICIA RISARALDA.
J155IPM	Juzgado 155 de Instrucción Penal Militar	DERIS	PEREIRA	EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCIÓN TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.
J160IPM	Juzgado 160 de Instrucción Penal Militar	DECAL	MANIZALES	EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCIÓN TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.
J161IPM	Juzgado 161 de Instrucción Penal Militar	DEQUI	ARMENIA	EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCIÓN TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.
J164	Juzgado de Policía Metropolitana de Santiago de Cali	MECAL	CALI	DE CONFORMIDAD AL ARTICULO 257 DE LA LEY 522 DE 1999, CONOCE EN PRIMERA INSTANCIA DE LOS PROCESOS PENALES CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LAS UNIDADES DE POLICIA METROPOLITANA DE SANTIAGO DE CALI, NEIVA, POPAYAN, PEREIRA Y SAN JUAN DE PASTO.
FM149	Fiscalía 149 ante Juzgado de Policía Metropolitana de Santiago de Cali	MECAL	CALI	CALIFICAR Y ACUSAR SI A ELLO HUBIERE LUGAR, EN LOS PROCESOS CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LAS UNIDADES DE POLICIA METROPOLITANA DE SANTIAGO DE CALI, NEIVA, POPAYAN, PEREIRA Y SAN JUAN DE PASTO, DE CONOCIMIENTO DEL JUEZ DE POLICIA METROPOLITANA SANTIAGO DE CALI.

J145IPM	Juzgado 145 de Instrucción Penal Militar	MECAL	CALI	POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DE LA UNIDAD POLICIAL A LA QUE SE ENCUENTRE ASIGNADO EL DESPACHO.
J158IPM	Juzgado 158 de Instrucción Penal Militar	MECAL	CALI	POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DE LA UNIDAD POLICIAL A LA QUE SE ENCUENTRE ASIGNADO EL DESPACHO.
J157IPM	Juzgado 157 de Instrucción Penal Militar	MECAL	CALI	EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL A LA QUE SE ENCUENTRE ASIGNADO EL DESPACHO. SIN EMBARGO, HASTA NUEVA DISPOSICION NO RECIBIRA REPARTO.
JIVAL	Juzgado de Departamento de Policía Valle	DEVAL	CALI	DE CONFORMIDAD AL ARTICULO 258 DE LA LEY 522 DE 1999, CONOCE EN PRIMERA INSTANCIA DE LOS PROCESOS PENALES CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICIA VALLE, CAUCA, EL COMANDO OPERATIVO ESPECIAL DE BUENAVENTURA Y EN LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCION QUE SE ENCUENTREN EN DICHA JURISDICCION.
FD155	Fiscalía 155 ante Juzgado de Departamento de Policía	DEVAL	CALI	POR REPARTO CALIFICAR Y ACUSAR SI A ELLO HUBIERE LUGAR, EN LOS PROCESOS CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICIA VALLE, CAUCA, EL COMANDO OPERATIVO ESPECIAL DE BUENAVENTURA Y EN LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCION QUE SE ENCUENTREN EN DICHA JURISDICCION, DE CONOCIMIENTO DEL JUEZ DE DEPARTAMENTO DE POLICIA VALLE.
FD156	Fiscalía 156 ante Juzgado de Departamento de Policía	DEVAL	CALI	POR REPARTO CALIFICAR Y ACUSAR SI A ELLO HUBIERE LUGAR, EN LOS PROCESOS CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICIA VALLE, CAUCA, EL COMANDO OPERATIVO ESPECIAL DE BUENAVENTURA Y EN LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCION QUE SE ENCUENTREN EN DICHA JURISDICCION, DE CONOCIMIENTO DEL JUEZ DE DEPARTAMENTO DE POLICIA VALLE.
J158IPM	Juzgado 158 de Instrucción Penal Militar	DEVAL	CALI	POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DE LA UNIDAD POLICIAL A LA QUE SE ENCUENTRE ASIGNADO EL DESPACHO.

J183IPM	Juzgado 183 de Instrucción Penal Militar	DECAU	POPAYÁN	EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.
J194IPM	Juzgado 194 de Instrucción Penal Militar	DEVAL	TULUÁ	POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DE LA UNIDAD POLICIAL A LA QUE SE ENCUENTRE ASIGNADO EL DESPACHO.
JINAR	Juzgado de Departamento de Policía Nariño	DENAR	PASTO	DE CONFORMIDAD AL ARTICULO 258 DE LA LEY 522 DE 1999, CONOCE EN PRIMERA INSTANCIA DE LOS PROCESOS PENALES CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICIA NARIÑO Y PUTUMAYO Y EN LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCION QUE SE ENCUENTREN EN DICHA JURISDICCION.
FD155	Fiscalía 155 ante Juzgado de Departamento de Policía	DENAR	PASTO	CALIFICAR Y ACUSAR SI A ELLO HUBIERE LUGAR, EN LOS PROCESOS CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICIA NARIÑO Y PUTUMAYO, DE CONOCIMIENTO DEL JUEZ DE DEPARTAMENTO DE POLICIA NARIÑO.
J169IPM	Juzgado 169 de Instrucción Penal Militar	DENAR	PASTO	POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.
J182IPM	Juzgado 182 de Instrucción Penal Militar	DENAR	PASTO	POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.
J164IPM	Juzgado 184 de Instrucción Penal Militar	DEPUY	MOCOA	EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.
JINOR	Juzgado de Departamento de Policía Norte Santander	DENOR	CÚCUTA	DE CONFORMIDAD AL ARTICULO 258 DE LA LEY 522 DE 1999, CONOCE EN PRIMERA INSTANCIA DE LOS PROCESOS PENALES CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICIA NORTE SANTANDER Y ARAUCA Y EN LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCION QUE SE ENCUENTREN EN DICHA JURISDICCION.
FD160	Fiscalía 160 ante Juzgado de Departamento de Policía	DENOR	CÚCUTA	CALIFICAR Y ACUSAR SI A ELLO HUBIERE LUGAR, EN LOS PROCESOS CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICIA NORTE SANTANDER Y ARAUCA Y EN LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCION QUE SE ENCUENTREN EN DICHA JURISDICCION.

J168IPM	Juzgado 168 de Instrucción Penal Militar	DENOR	CUCUTA	DICHA JURISDICCION, DE CONOCIMIENTO DEL JUEZ DE DEPARTAMENTO DE POLICIA NORTE DE SANTANDER. POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CODIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.
J171IPM	Juzgado 171 de Instrucción Penal Militar	DENOR	CUCUTA	POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CODIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.
J172IPM	Juzgado 172 de Instrucción Penal Militar	DEARA	ARAUCA	EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CODIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.
JISAN	Juzgado de Departamento de Policía Santander	DESAN	BUCARAMANGA	DE CONFORMIDAD AL ARTICULO 258 DE LA LEY 522 DE 1999, CONOCE EN PRIMERA INSTANCIA DE LOS PROCESOS PENALES CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICIA SANTANDER, MAGDALENA MEDIO (DEMAM), BOYACA Y CASANARE Y EN LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCION QUE SE ENCUENTREN EN DICHA JURISDICCION.
FD159	Fiscalía 159 ante Juzgado de Departamento de Policía	DESAN	BUCARAMANGA	CALIFICAR Y ACUSAR SI A ELLO HUBIERE LUGAR, EN LOS PROCESOS CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICIA SANTANDER, MAGDALENA MEDIO (DEMAM) Y EN LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCION QUE SE ENCUENTREN EN DICHA JURISDICCION, DE CONOCIMIENTO DEL JUEZ DE DEPARTAMENTO DE POLICIA SANTANDER
J190IPM	Juzgado 190 de Instrucción Penal Militar	DESAN	BUCARAMANGA	EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CODIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO Y DE LA UNIDAD POLICIAL DEL MAGDALENA MEDIO (DEMAM).
JIMVA	Juzgado de Policía Metropolitana del Valle de Aburrá	MEVAL	MEDELLIN	DE CONFORMIDAD AL ARTICULO 257 DE LA LEY 522 DE 1999, CONOCE EN PRIMERA INSTANCIA DE LOS PROCESOS PENALES CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LAS UNIDADES DE POLICIA METROPOLITANA DE VALLE DE ABURRA, MANIZALES, MONTERIA, CARTAGENA, BARRANQUILLA Y SANTA MARTA. SIN EMBARGO, HASTA NUEVA DISPOSICION ESTAS UNIDADES POLICIALES SE ASIGNAN PARA EL CONOCIMIENTO DEL JUZGADO DE POLICIA METROPOLITANA DE BOGOTÁ.
FM148	Fiscalía 148 ante Juzgado de Policía Metropolitana del Valle de Aburrá	MEVAL	MEDELLIN	CALIFICAR Y ACUSAR SI A ELLO HUBIERE LUGAR, EN LOS PROCESOS CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO

J153IPM	Juzgado 153 de Instrucción Penal Militar	MEVAL	MEDELLIN	MILITAR EN LAS UNIDADES DE POLICIA METROPOLITANA DE VALLE DE ABURRA, MANIZALES, MONTERIA, CARTAGENA, BARRANQUILLA Y SANTA MARTA, DE CONOCIMIENTO DEL JUEZ DE POLICIA METROPOLITANA DE BOGOTÁ.
J154IPM	Juzgado 154 de Instrucción Penal Militar	MEVAL	MEDELLIN	POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CODIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DE LA UNIDAD POLICIAL A LA QUE SE ENCUENTRE ASIGNADO EL DESPACHO.
J155IPM	Juzgado 155 de Instrucción Penal Militar	MEVAL	MEDELLIN	POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CODIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DE LA UNIDAD POLICIAL A LA QUE SE ENCUENTRE ASIGNADO EL DESPACHO.
J187IPM	Juzgado 187 de Instrucción Penal Militar	MEVAL	MEDELLIN	POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CODIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DE LA UNIDAD POLICIAL A LA QUE SE ENCUENTRE ASIGNADO EL DESPACHO.
JIANI	Juzgado de Departamento de Policía Antioquia	DEANT	MEDELLIN	DE CONFORMIDAD AL ARTICULO 258 DE LA LEY 522 DE 1999, CONOCE EN PRIMERA INSTANCIA DE LOS PROCESOS PENALES CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICIA DE ANTIOQUIA, CÓRDOBA, CHOCO Y URABÁ Y EN LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCION QUE SE ENCUENTREN EN DICHA JURISDICCION; SIN EMBARGO, HASTA NUEVA DISPOSICION ESTAS UNIDADES POLICIALES SE ASIGNAN PARA EL CONOCIMIENTO DEL JUZGADO DE DEPARTAMENTO DE POLICIA ATLANTICO.
FD157	Fiscalía 157 ante Juzgado de Departamento de Policía	DEANT	MEDELLIN	POR REPARTO, CALIFICAR Y ACUSAR SI A ELLO HUBIERE LUGAR, EN LOS PROCESOS CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICIA ANTIOQUIA, CÓRDOBA, CHOCO, URABÁ; DE CONOCIMIENTO DEL JUEZ DE DEPARTAMENTO DE POLICIA DE ATLANTICO.
FD158	Fiscalía 158 ante Juzgado de Departamento de Policía	DEANT	MEDELLIN	POR REPARTO, CALIFICAR Y ACUSAR SI A ELLO HUBIERE LUGAR, EN LOS PROCESOS CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICIA ANTIOQUIA, CÓRDOBA, CHOCO, URABÁ; DE CONOCIMIENTO DEL JUEZ DE DEPARTAMENTO DE POLICIA DE ATLANTICO.

J162IPM	Juzgado 162 de Instrucción Penal Militar	DEANT	MEDELLÍN	<p>POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DE LA UNIDAD POLICIAL A LA QUE SE ENCUENTRE ASIGNADO EL DESPACHO.</p> <p>POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DE LA UNIDAD POLICIAL A LA QUE SE ENCUENTRE ASIGNADO EL DESPACHO.</p>
J163IPM	Juzgado 163 de Instrucción Penal Militar	DEANT	MEDELLÍN	<p>EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.</p>
J164IPM	Juzgado 164 de Instrucción Penal Militar	DECOR	MONTERÍA	<p>EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.</p>
J165IPM	Juzgado 165 de Instrucción Penal Militar	DECHO	QUIBDO	<p>EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.</p>
J167IPM	Juzgado 167 de Instrucción Penal Militar	DEURA	APARTADO	<p>EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO. POR REPARTO DE LAS INVESTIGACIONES DE LEY 1058 DE 2006 SOBRE LAS SIGUIENTES UNIDADES MILITARES: CBR17 - BIVOL - BIBEM - BAS17 - BIVEL - CPMET9 - PERSONAL ORGANICO BITER17 - BASBA - CEBB17 - BRIM11 - BACOT79 - BACOT80 - BACOT81 - BACOT82 - CPS33 - DIM25.</p>
J193IPM	Juzgado 193 de Instrucción Penal Militar	DEANT	MEDELLÍN	<p>POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DE LA UNIDAD POLICIAL A LA QUE SE ENCUENTRE ASIGNADO.</p>
JIMET	Juzgado de Departamento de Policia Meta	DEMET	VILLAVICENCIO	<p>DE CONFORMIDAD AL ARTICULO 258 DE LA LEY 522 DE 1999, CONOCE EN PRIMERA INSTANCIA DE LOS PROCESOS PENALES CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICIA DE META, GUAVIARE, VAUPÉS, GUAINIA, VICHADA, Y EN LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCION QUE SE ENCUENTREN EN DICHA JURISDICCION</p>

FD154	Fiscalia 154 ante Juzgado de Departamento de Policia	DEMÉT	VILLAVICENCIO	<p>CALIFICAR Y ACUSAR SI A ELLO HUBIERE LUGAR, EN LOS PROCESOS CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DE NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICIA META, GUAVIARE, VAUPÉS, GUAINIA, VICHADA, Y LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCION QUE SE ENCUENTREN EN LA JURISDICCION; DE CONOCIMIENTO DEL JUEZ DE DEPARTAMENTO DE POLICIA META.</p>
J149IPM	Juzgado 149 de Instrucción Penal Militar	DEGUV	SAN JOSÉ DEL GUAVIARE	<p>EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO Y DE LA UNIDAD POLICIAL DEL VICHADA.</p>
J178IPM	Juzgado 178 de Instrucción Penal Militar	DEMÉT	VILLAVICENCIO	<p>EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.</p>
J195IPM	Juzgado 195 de Instrucción Penal Militar	DEVAU	MITÚ	<p>EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO. DE LA UNIDAD POLICIAL DE GUAINIA Y LAS SIGUIENTES UNIDADES DEL EJÉRCITO NACIONAL: CBR31 - BIAYA - BASDO - USA31- DETAP31 - CEBB31.</p>
J1ATA	Juzgado de Departamento de Policia Atlántico	DEATA	BARRANQUILLA	<p>DE CONFORMIDAD AL ARTICULO 258 DE LA LEY 522 DE 1999, CONOCE EN PRIMERA INSTANCIA DE LOS PROCESOS PENALES CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICIA ATLANTICO, BOLIVAR, SUCRE, CESAR, ANTOQUIA, CORDOBA, CHICCO, URABÁ, SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA, MAGDALENA Y GUAJIRA Y EN LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCION QUE SE ENCUENTREN EN DICHA JURISDICCION.</p>
FD161	Fiscalia 161 ante Juzgado de Departamento de Policia	DEATA	BARRANQUILLA	<p>CALIFICAR Y ACUSAR SI A ELLO HUBIERE LUGAR, EN LOS PROCESOS CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE POLICIA ATLANTICO, BOLIVAR, SUCRE, CESAR Y EN LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCION QUE SE ENCUENTREN EN DICHA JURISDICCION; DE CONOCIMIENTO DEL JUEZ DE DEPARTAMENTO DE POLICIA ATLANTICO.</p>
J163IPM	Juzgado 166 de Instrucción Penal Militar	DESUC	SINCELEJO	<p>EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.</p>
J170IPM	Juzgado 170 de Instrucción Penal Militar	DECES	VALLEDUPAR	<p>EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 264 DEL CÓDIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS</p>

J173IPM	Juzgado 173 de Instrucción Penal Militar	DEATA	BARRANQUILLA	CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO. POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CODIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.
J174IPM	Juzgado 174 de Instrucción Penal Militar	DEATA	BARRANQUILLA	POR REPARTO EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CODIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.
J175IPM	Juzgado 175 de Instrucción Penal Militar	DEBOL	CARTAGENA	EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CODIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.
JIMAG	Juzgado de Departamento de Policía Magdalena	DEMAG	SANTA MARTA	DE CONFORMIDAD AL ARTICULO 258 DE LA LEY 522 DE 1989, CONOCE EN PRIMERA INSTANCIA DE LOS PROCESOS PENALES CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE CATALINA, MAGDALENA Y GUAJIRA, Y EN LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCION QUE SE ENCUENTREN EN DICHA JURISDICCION; SIN EMBARGO, HASTA NUEVA DISPOSICION ESTAS UNIDADES POLICIALES SE ASIGNAN PARA EL CONOCIMIENTO DEL JUZGADO DE DEPARTAMENTO DE POLICIA ATLANTICO. CALIFICAR Y ACUSAR SI A ELLO HUBIERE LUGAR, EN LOS PROCESOS CONTRA SUBOFICIALES, PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO, AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL Y PERSONAL QUE PRESTE EL SERVICIO MILITAR EN LOS DEPARTAMENTOS DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA, MAGDALENA Y GUAJIRA, Y EN LAS ESCUELAS Y CENTROS DE INSTRUCCION QUE SE ENCUENTREN EN DICHA JURISDICCION DE CONOCIMIENTO DEL JUEZ DE DEPARTAMENTO DE POLICIA ATLANTICO.
FD152	Fiscalía 152 ante Juzgado de Departamento de Policía	DEMAG	SANTA MARTA	EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CODIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.
J175IPM	Juzgado 175 de Instrucción Penal Militar	DEMAG	SANTA MARTA	EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CODIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO.
J177IPM	Juzgado 177 de Instrucción Penal Militar	DEGUA	RIOHACHA	EJERCE SU COMPETENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 264 DEL CODIGO PENAL MILITAR Y EN ESPECIAL SOBRE LAS CONDUCTAS COMETIDAS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POLICIA NACIONAL DENTRO DE LA JURISDICCION TERRITORIAL DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ENCUENTRE UBICADO EL DESPACHO Y DE LA UNIDAD POLICIAL DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA.

VISITE

EL MUSEO DE ARTES *Gráficas*

MaG 50
Museo de Artes Gráficas AÑOS 1964-2014

La Imprenta Nacional de Colombia fundó el Museo de Artes Gráficas (MaG) el 30 de abril de 1964, con motivo de la conmemoración de los **100** años del *Diario Oficial*.

Visítenos. Carrera 66 N° 24-09, Ciudad Salitre, Bogotá. **Entrada gratuita.**



@MuseoArtesGrfcs



museodeartesgraficasmag

www.imprenta.gov.co



Artículo 4°. *Otras disposiciones.* A partir de la fecha de expedición del presente acto administrativo, suspender el reparto al Juzgado de Departamento de Policía de Cundinamarca 2, a la Fiscalía 147 ante Juzgado de Policía Metropolitana con sede en Bogotá, D. C., a la Fiscalía 163 ante juzgado de Departamento de Policía con sede en Ibagué y al Juzgado 157 de instrucción Penal Militar con sede en Cali.

Así mismo, a partir de la expedición del presente Acto Administrativo realizar los siguientes repartos:

Realizar la entrega de los procesos activos, inactivos y causas en ejecución, que cursan en el Juzgado de Policía Metropolitana Valle de Aburrá con sede en Medellín - Antioquia al Juzgado de Policía Metropolitana Bogotá con sede Bogotá, D. C., quien las conocerá en el estado en que se encuentren, así como su archivo.

Realizar la entrega de los procesos activos, inactivos y causas en ejecución, que cursan en los Juzgados de Departamento de Policía Antioquia con sede en Medellín y del Departamento de Policía Magdalena con sede en Santa Marta al Juzgado de Departamento de Policía Atlántico con sede Barranquilla, quien las conocerá en el estado en que se encuentren, así como su archivo.

Realizar la entrega de los procesos activos, inactivos y causas en ejecución, que cursan en el Juzgado de Departamento de Policía de Boyacá con sede en Tunja al Juzgado de Policía Santander con sede Bucaramanga, quien las conocerá en el estado en que se encuentren, así como su archivo.

Realizar la entrega de los procesos activos, inactivos y causas en ejecución, que cursan en el Juzgado de Departamento de Policía Cundinamarca 2 con sede en Bogotá, D. C., al Juzgado de Departamento de Policía Cundinamarca 1, quien las conocerá en el estado en que se encuentren, así como su archivo.

Realizar la entrega de las investigaciones en curso en la Fiscalía 147 ante Juzgado de Policía Metropolitana de Bogotá con sede en Bogotá, D. C., a la Fiscalía 146 ante Juzgado de Policía Metropolitana de Bogotá, quien las conocerá en el estado en que se encuentren, así como de su archivo.

Realizar la entrega de las Investigaciones en curso en la Fiscalía 163 ante Juzgado de Departamento de Policía con sede en Ibagué, a la Fiscalía 164 ante Juzgado de Departamento de Policía con sede en Ibagué, quien las conocerá en el estado en que se encuentren, así como de su archivo.

Realizar la entrega de las investigaciones en curso en el Juzgado 168 de Instrucción Penal Militar con sede en Bucaramanga - Santander al Juzgado 190 de Instrucción Penal Militar, quien las conocerá en el estado en que se encuentren, así como su archivo.

Realizar un reparto equitativo de las investigaciones que están siendo adelantadas por el Juzgado 171 de Instrucción Penal Militar con sede en Cúcuta - Norte de Santander, con el Juzgado 168 de Instrucción Penal Militar, quien las conocerá en el estado en que se encuentren.

Realizar un reparto extraordinario por una sola vez de las investigaciones que cursan en el Juzgado 157 de Instrucción Penal Militar con sede en Cali - Valle con los Juzgados 145, 153, 158 y 194 de Instrucción Penal Militar, así:

DESPACHO QUE ENTREGA	CARGA DE PRELIMINARES	CARGA DE SUMARIOS	DESPACHO QUE RECIBE	NÚMERO DE PRELIMINARES QUE RECIBE	NÚMERO DE SUMARIOS QUE RECIBE
Juzgado 157 de Instrucción Penal Militar	32	112	Juzgado 145 de Instrucción Penal Militar	5	15
			Juzgado 156 de Instrucción Penal Militar	5	15
			Juzgado 158 de Instrucción Penal Militar	11	41
			Juzgado 194 de Instrucción Penal Militar	11	41

Parágrafo. Para la entrega de las investigaciones y la recepción de los correspondientes archivos, los Juzgados de Instancia y Fiscalías Penales Militares respectivos deberán levantar y suscribir un acta que refleje la distribución de la carga laboral, la cual deberán remitir a la Dirección Ejecutiva de la Justicia Penal Militar.

Artículo 5°. Para el caso de los Auxiliares Bachilleres que presten su servicio militar obligatorio en comisión en el Inpec, la instrucción de las investigaciones corresponderá al Juez de Instrucción más cercano o ubicado en la sede del lugar del Centro de Reclusión del Inpec donde se encuentren prestando su servicio. En caso de existir más de un despacho de la Policía Nacional se realizará el reparto entre los mismos.

Artículo 6°. Para el caso de las Unidades Policiales que operan a nivel nacional, los Jueces de Instrucción de la respectiva jurisdicción asumirán la investigación de los procesos penales donde se presenten los hechos. En caso de existir más de un despacho de la Policía Nacional se realizará el reparto entre los mismos.

Artículo 7°. En caso de creación y/o activación de unidades policiales, la instrucción de sus investigaciones penales estará a cargo de los Jueces de instrucción Penal Militar radicados en la Unidad Policial más cercana.

Artículo 8°. *Títulos - Cuenta judicial.* Los Despachos Judiciales que cambien de estructura o nomenclatura, deberán adelantar los trámites de cancelación, apertura o registro de firmas, según sea pertinente, respecto de la cuenta judicial ante la oficina del Banco Agrario del lugar de ubicación del despacho para efectos de diligenciar los Títulos de Depósito Judicial.

Artículo 9°. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Comuníquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 1° de junio de 2017.

La Directora Ejecutiva de la Justicia Penal Militar,

Clara C. Mosquera Paz.

(C. F.).

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 001904 DE 2017

(mayo 31)

por medio de la cual se adopta el reglamento en cumplimiento de lo ordenado en la orden décima primera de la Sentencia T-573 de 2016 de la Corte Constitucional y se dictan otras disposiciones.

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el numeral 30 del artículo 2° del Decreto-ley 4107 de 2011, y en cumplimiento de la orden décimo primera de la Sentencia T-573 de 2016 de la Corte Constitucional, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 13 de la Constitución Política consagra el derecho a la igualdad en los siguientes términos “*todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación (...)*” y señala que “*el Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados*” y “*protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta (...)*”.

Que el Estado colombiano ha ratificado diferentes instrumentos internacionales relacionados con la protección de derechos a las personas con discapacidad, los cuales hacen parte del bloque de constitucionalidad, entre los que se encuentran la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), el Pacto de Naciones Unidas sobre Derechos Sociales, Económicos y Culturales, la Convención contra la Tortura, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.

Que la CDPD en el artículo 12, al regular lo correspondiente al “*igual reconocimiento como persona ante la ley*”, de las personas con discapacidad, dispuso que “*(...) 2. Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás, en todos los aspectos de la vida. 3. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica. 4. Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos (...)*”.

Que en el artículo 23 ibídem se establece que “*los Estados Partes tomarán medidas efectivas y pertinentes para poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, y lograr que las personas con discapacidad estén en igualdad de condiciones con las demás, a fin de asegurar que: (...) b) Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos; c) Las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás. (...)*”.

Que las Leyes Estatutarias 1618 de 2013 y 1751 de 2015, bajo la misma orientación de protección especial por parte del Estado respecto de las personas con discapacidad, prevén el deber de este de asegurar que los programas de salud sexual y salud reproductiva sean accesibles para dicha población y de propender por la eliminación de restricciones administrativas o económicas que puedan llegar a limitar su atención en salud.

Que bajo el contexto normativo precedentemente reseñado, este Ministerio en la implementación de la política en materia de salud y protección social, ha venido generando acciones basadas en el principio de enfoque diferencial, el cual reconoce la existencia de poblaciones con características particulares, en razón de aspectos como la condición de discapacidad.

Que es así como en la Política de Atención Integral en Salud - país, adoptada mediante la Resolución 429 de 2016, expedida por este Ministerio, cuyo marco estratégico se fundamenta en la Atención Primaria en Salud (APS), se prevé como eje de estas atenciones el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones.

Que igualmente, la Resolución 2003 de 2014 de este Ministerio, mediante la que se dictan disposiciones en materia de habilitación de servicios de salud, contempla condicionamientos especiales en aspectos como infraestructura, encaminados a facilitar el acceso a dichos servicios por parte de las personas con discapacidad.

Que la Corte Constitucional, a través de la Sentencia T-573 de 2016, confirmó parcialmente la decisión del 12 de noviembre de 2015, proferida por el respectivo juzgado de conocimiento, que denegó la práctica de un procedimiento de esterilización solicitado por el representante legal de la persona con discapacidad allí vinculada.

Que la citada Corporación, el día 30 del mes de enero de 2017, comunicó a este Ministerio la mencionada sentencia, en cuyo numeral décimo primero, dispuso:

“Ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social que, dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la fecha de la comunicación de esta providencia, expida la reglamentación que garantice que las personas con discapacidad accedan a información adecuada y suficiente sobre sus derechos y sobre las obligaciones correlativas que surgen para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud respecto de la provisión de apoyos, ajustes y salvaguardias que les permitan adoptar decisiones informadas en esa materia y, en especial, frente a los asuntos que involucran el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. (...)”.

Que una vez comunicada la referida decisión, este Ministerio convocó a las diferentes organizaciones sociales de personas con discapacidad, así como a aquellas dedicadas a la defensa de sus derechos, en pro de asegurar la participación de estas en el proceso de reglamentación ordenado por la Corte Constitucional, paralelo con lo cual remitió a la mencionada Corporación el cronograma de trabajo para el cumplimiento del fallo en lo que a esta Cartera refiere.

Que en respuesta a dicha convocatoria y realizado el proceso de selección, participaron en las mesas de trabajo las organizaciones de personas con discapacidad física, discapacidad visual, discapacidad auditiva, discapacidad intelectual, discapacidad psicosocial, discapacidad múltiple, y de personas con Sordoceguera, así mismo como las organizaciones que trabajan por los derechos de las personas con discapacidad.

Que la mesa técnica incluyó entre otros, la participación de representantes del Consejo Nacional de Discapacidad, de la Academia, de la Defensoría del Pueblo, Procuraduría General de la Nación, de la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia), de la Red Universitaria para el Reconocimiento y la Defensa de las Personas con Discapacidad del Ministerio de Justicia y del Derecho (Rundis), del Programa de Acción para la Igualdad y la Inclusión Social de la Universidad de los Andes (Paiis), del Instituto Nacional para Ciegos (INCI), del Instituto Nacional para Sordos (Insor) y de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

Que conforme con lo expuesto y sobre la base de la participación de los diferentes colectivos y organizaciones sociales dedicados a la defensa de los derechos de las personas con discapacidad, se procederá a expedir la reglamentación a que refiere la orden décimo primera de la Sentencia T-573 de 2016, proferida por la Corte Constitucional.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

CAPÍTULO I

Objeto y ámbito de aplicación

Artículo 1°. *Objeto.* La presente resolución tiene por objeto adoptar el reglamento encaminado a garantizar que las personas con discapacidad, sobre la base de un enfoque diferencial, accedan a información adecuada y suficiente sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos y señalar las obligaciones correlativas que surjan para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) respecto de la provisión de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias que les permita tomar decisiones informadas en esta materia para el acceso a los respectivos servicios. Adicionalmente, a través de este acto administrativo se adopta el anexo técnico que forma parte integral del mismo.

Parágrafo. Las disposiciones contenidas en la presente resolución y en su anexo técnico, podrán ser adoptadas por la institucionalidad de los regímenes especiales y exceptuados.

Artículo 2°. *Ámbito de aplicación.* Las disposiciones contenidas en la presente resolución se aplicarán a todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y especialmente, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud en los regímenes contributivo y subsidiado dentro del SGSSS, a los prestadores de servicios de salud, a las Entidades Territoriales y a la Superintendencia Nacional de Salud.

CAPÍTULO II

Principios, enfoques, definiciones y derechos

Artículo 3°. *Principios.* Son principios que deben ser tenidos en cuenta en el proceso de toma de decisión por parte de la persona con discapacidad sobre sus derechos sexuales y reproductivos, los siguientes:

3.1. Principio de dignidad humana. Este principio garantiza las condiciones intrínsecas del ser humano y se materializa con el respeto por la integridad, el proyecto de vida de cada persona y el reconocimiento de la autonomía y la voluntad, incluida la libertad de tomar decisiones y la independencia de las personas, sin distinción y libre de discriminación. Todas las actuaciones del Estado y los particulares deben tener el horizonte de la dignidad humana que garantice el ejercicio y goce de derechos humanos y fundamentales.

3.2. Principio pro homine. Este principio persigue el bienestar íntegro de todas las personas con discapacidad y se aplica cuando exista duda en la interpretación normativa, entendiéndose que se dará prioridad a la interpretación más favorable para las personas, haciendo énfasis en su autonomía y voluntad, el proyecto de vida, el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, y el respeto a la dignidad humana de la persona con discapacidad, sin que reduzca la autonomía y la voluntad, el proyecto de vida, el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos y el respeto a la dignidad.

3.3. Principio de progresividad. El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de la capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del

talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

3.4. Principio de igualdad y no discriminación. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, orientación sexual o identidad de género, pertenencia étnica, nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica o discapacidad.

Para el caso de las personas con discapacidad existen diferencias relevantes para generar acciones afirmativas, adoptadas por el Estado a fin de proporcionar los recursos, y ajustes razonables que promuevan la igualdad, la inclusión social y el desarrollo individual. Las acciones afirmativas no constituyen discriminación siempre que la distinción o preferencia no limite en sí misma el derecho a la igualdad de las personas con discapacidad y que los individuos con discapacidad no se vean obligados a aceptar tal distinción o preferencia.

3.5. Principio de Oportunidad. Se debe garantizar la actuación pronta, adecuada y responsable de la prestación de los servicios de salud, eliminando barreras, trámites y actividades administrativas que limiten la garantía y eficacia del derecho a la salud, incluyendo la salud sexual y salud reproductiva.

3.6. Principio de Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.

Artículo 4°. *Enfoques.* Son enfoques que deben ser tenidos en cuenta para la aplicación de la presente resolución, los siguientes:

4.1. Enfoque de derechos. Parte del reconocimiento de las personas como sujetos de derechos, incorporando la necesidad de evitar cualquier forma de estigma o discriminación y el respeto por la diversidad. Este enfoque permite que la política cree mecanismos para que las personas conozcan, ejerzan y exijan sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos en un marco de igualdad, dignidad, libertad y autonomía.

Para efectos de esta resolución, las disposiciones en ella contenida están enfocadas a garantizar los derechos de las personas con discapacidad, respecto al acceso al derecho a la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en igualdad de condiciones frente a los demás, así como generar, facilitar y proporcionar los apoyos, ajustes y salvaguardias necesarios, un marco de respeto de la autonomía y sin interferencia de las autoridades en el goce efectivo de sus derechos.

4.2. Enfoque de Género. Permite comprender la manera cómo la construcción social-cultural de lo femenino y lo masculino, así como los lugares y roles que han sido asignados a hombres y mujeres históricamente, tienen efectos en los procesos de salud y enfermedad de las personas. Así mismo, requiere reconocer la existencia de diferencias en el estado de salud de las mujeres y hombres, que trascienden las diferencias biológicas y que son construidas socialmente.

La incorporación del enfoque de género en salud, implica la búsqueda de la equidad en el goce efectivo del derecho a la salud y de los derechos sexuales y derechos reproductivos de mujeres, hombres, niños, niñas y adolescentes y personas con identidades de género u orientaciones sexuales no normativas, para que tengan las mismas oportunidades que requieran en el goce efectivo del derecho a la salud y de sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

4.3. Enfoque diferencial. Reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, etnia, discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación. En el caso de los grupos étnicos se reconocerán, protegerán y respetarán sus usos y costumbres.

4.4. Enfoque de curso de vida. Este enfoque hace referencia al abordaje de las personas, familias y comunidades durante el continuo vital, que permite entender la relación dinámica de factores que ocurren más temprano en la vida y sus consecuencias posteriores en la salud y cómo las experiencias acumulativas pueden definir las trayectorias para el desarrollo humano y social, así como el impacto en los resultados en salud.

Para efectos de esta resolución, desde este enfoque se deben reconocer las trayectorias y los roles que las personas, familias, comunidades y los distintos entornos que se presentan a lo largo de la vida, las transiciones y momentos significativos, los apoyos, los ajustes razonables y las salvaguardias, que influyen en el reconocimiento y garantía de los derechos de las personas con discapacidad, con especial énfasis en la garantía del derecho a la salud, los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Artículo 5°. *Definiciones.* Para efectos de la presente resolución, adóptense las siguientes definiciones:

5.1. Ajustes razonables: son las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas encaminadas a garantizar que en la prestación del servicio se atiendan los requerimientos específicos que aseguren efectivamente a las personas con discapacidad el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos y particularmente, la toma de decisiones informadas en esta materia y que no impongan una carga desproporcionada o indebida sobre los servicios de salud. Los ajustes razonables se orientarán a eliminar las barreras actitudinales, comunicacionales y/o físicas.

5.2. Apoyos para la toma de decisiones: son las estrategias, medios, métodos y recursos a nivel de información, comunicación, tecnológicos, de accesibilidad, redes de apoyo, entre otros, de los que disponga la persona con discapacidad o que deban ser provistos por los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para que dichas personas puedan tomar decisiones de manera libre, autónoma e informada en ejercicio de su capacidad jurídica en el proceso de atención en salud y especialmente en cuanto a sus derechos sexuales y reproductivos.

5.3. Capacidad Jurídica: es el derecho que tienen las personas con discapacidad y que las faculta, en igualdad de condiciones con los demás, a decidir de manera libre, autónoma e informada sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos. Dicha capacidad se reconocerá aún con el uso de apoyos y ajustes razonables.

5.4. Consentimiento informado de personas con discapacidad para el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos: es la manifestación libre e informada de la voluntad emitida por las personas con discapacidad en ejercicio de su capacidad jurídica y en igualdad de condiciones con los demás, utilizando para ello los apoyos, ajustes razonables y salvaguardias cuando sean necesarios.

5.5. Declaración anticipada: son instrucciones precisas que en ejercicio de su capacidad jurídica, imparten las personas con discapacidad, mayores de edad, respecto de sus derechos sexuales y derechos reproductivos en lo referente a la atención en salud.

5.6. Diseño Universal: se entiende como el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. El “diseño universal” no excluirá las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se necesiten.

5.7. Salvaguardias: son aquellas medidas que debe adoptar el prestador de salud, tendientes a proteger la voluntad y preferencias de la persona con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, libre de conflicto de intereses o influencia indebida. Las salvaguardias deben ser proporcionales al grado en que dichas medidas afecten derechos e intereses de la persona con discapacidad en la toma de decisiones en salud.

Artículo 6°. *Derechos de las personas con discapacidad.* A todas las personas con discapacidad les deben ser garantizados sus derechos fundamentales en un marco de dignidad humana, igualdad y no discriminación, libertad, autonomía, privacidad e intimidad y de libre desarrollo de la personalidad. De igual modo, les deben ser garantizados los siguientes derechos:

6.1 Derechos sexuales. Están encaminados a garantizar el ejercicio y desarrollo libre, informado, saludable y satisfactorio de la sexualidad. Se fundamentan en el disfrute de la sexualidad y el erotismo, sin coacción y libre de toda forma de violencia. Implican explorar y disfrutar una vida sexual placentera, sin miedos, vergüenza, temores, inhibiciones, culpa, creencias infundadas, prejuicios, que limiten la expresión de estos derechos.

Para su ejercicio en lo relacionado con la atención en salud sexual, se deben adoptar medidas para la prevención y atención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), y enfermedades y dolencias que afecten el ejercicio placentero de la sexualidad.

6.2 Derechos reproductivos. Los derechos reproductivos se sustentan en la facultad que tienen todas las personas a tomar decisiones libres y sin discriminación, sobre la posibilidad de procrear o no, de regular su fecundidad y de la posibilidad de conformar una familia y disponer de la información y medios para ello.

Incluye el derecho a tener acceso a servicios de salud reproductiva que garanticen una maternidad segura, el derecho de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo, a la prevención de embarazos no deseados y la prevención y tratamiento de dolencias del aparato reproductor como el cáncer de útero, mama y próstata.

6.3 Derechos de las mujeres y niñas con discapacidad a una vida libre de violencias. Al estar sujetas a múltiples formas de discriminación, violencia, vulneración, abandono, negligencia y explotación, ameritan un trato especial por parte del Estado y los particulares, las mujeres y niñas con discapacidad, están sujetas a una doble protección constitucional, siguiendo lo establecido por los artículos 43 y 44 de la Constitución Política y los Tratados Internacionales de Derechos Humanos, aprobados y ratificados por el Estado colombiano.

6.4 Derechos de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad. Los niños, niñas y adolescentes con discapacidad son sujetos de doble protección constitucional y siguiendo lo establecido por el artículo 44 de la Constitución Política y los Tratados Internacionales de Derechos Humanos en el caso de menores de edad los servicios de salud de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad deben ser brindados de forma prioritaria en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud y demás normas vigentes.

6.5 Derecho a la privacidad e intimidad. Se protegerá la privacidad de la información personal y las decisiones relativas a la salud, incluida la salud sexual y la salud reproductiva, en igualdad de condiciones con las demás personas, incluida la obligación por parte de las personas que presten apoyo en la toma de decisiones de respetar la privacidad de dicha información personal.

6.6 Derecho a la información. Se entiende como el derecho a obtener información veraz y accesible, clara, apropiada y suficiente por parte de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que le permita a la persona con discapacidad tomar decisiones libres, autónomas, conscientes e informadas, respecto a las atenciones en derechos sexuales y derechos reproductivos, los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos.

CAPÍTULO III

Capacidad jurídica y consentimiento informado

Artículo 7°. *Capacidad jurídica para la toma de decisiones en salud, en el ejercicio de derechos sexuales y derechos reproductivos.* Para efectos de la toma de decisiones relacionadas con los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad y de acuerdo con la CDPD, adoptada mediante la Ley 1346 de 2009, se reconoce la capacidad jurídica de dichas personas, en igualdad de condiciones con los demás.

Parágrafo. Bajo ninguna circunstancia se podrá asumir que la sentencia de interdicción judicial se constituye en el mecanismo para sustituir la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, durante la prestación de servicios de salud.

Artículo 8°. *Necesidad de consentimiento informado.* La realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que requieran las personas con discapacidad, incluyendo los niños, niñas y adolescentes con discapacidad para la atención en salud sexual y salud reproductiva, deberá contar previamente con la autorización de dichas personas, materializada a través del

consentimiento libre e informado, según lo definido en el numeral 5.4 del artículo 5° de la presente resolución, salvo en aquellos casos en que corra riesgo su vida o integridad física.

Parágrafo 1°. En aquellos casos en los que pese a la provisión de apoyos y/o ajustes razonables no sea posible conocer la voluntad de la persona con discapacidad frente al procedimiento diagnóstico y terapéutico que requiera, el referido consentimiento será asistido por las personas que demuestren relación de confianza y tomando en consideración las recomendaciones provistas por el profesional de salud, a efectos de hacer la mejor interpretación de la voluntad y preferencias de la persona con discapacidad.

Parágrafo 2°. El consentimiento informado respecto de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que requieran los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, procederá en las mismas condiciones en que se otorga el consentimiento de los niños, niñas y adolescentes en general y en todo caso, brindándoles a aquellos los apoyos y ajustes razonables a que alude esta resolución, para el evento en que sea necesario.

Artículo 9. *Consentimiento informado en el caso de violencia sexual contra menores.* Cuando los procedimientos diagnósticos y terapéuticos deban realizarse como consecuencia de casos de violencia sexual cometida en contra de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad por parte de sus representantes legales, familiares, cuidadores o aquellas personas que hagan parte de su entorno protector, se activará por parte del prestador de servicios de salud, la ruta intersectorial contemplada en el Protocolo de Atención Integral en Salud, adoptado mediante Resolución 0459 de 2012, expedida por este Ministerio o la norma que lo modifique o sustituya.

En consecuencia, el consentimiento informado para la realización de dicho procedimiento, estará a cargo de las autoridades administrativas de protección y restablecimiento de derechos o de las autoridades judiciales competentes, según corresponda.

Para la emisión del referido consentimiento se deberá contar con la provisión de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias, que sean necesarias para considerar la voluntad del niño, niña o adolescente respecto de su salud sexual y salud reproductiva, de acuerdo con las particularidades del caso.

Parágrafo. En los casos de interrupción voluntaria del embarazo, se tendrá en cuenta la decisión de las niñas y adolescentes con discapacidad sobre continuar o interrumpir el embarazo, previa asesoría a través del uso de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias con la finalidad de garantizar que esta decisión haya sido libre e informada.

Artículo 10. *Procedimientos de esterilización.* El procedimiento de esterilización, deberá contar con el consentimiento informado de la persona con discapacidad, según lo definido en el numeral 5.4, del artículo 5° de la presente resolución, en consonancia con el artículo 8°.

En los casos en que el procedimiento de esterilización no sea solicitado directamente por la persona con discapacidad o cuando, pese a los apoyos y ajustes razonables correspondientes, no pueda reconocerse su voluntad y preferencia para tomar una decisión al respecto, se deberá hacer uso de las salvaguardias para proteger la voluntad de la persona con discapacidad. De igual manera, se procederá en los casos en donde el personal médico tenga sospechas fundadas de coerción, influencias indebidas o similares, frente a dicha solicitud.

Así mismo, se deberá informar a las personas con discapacidad y en los casos que corresponda a las personas de apoyo, de otros procedimientos de anticoncepción no definitivos, como alternativa a los procesos de esterilización definitiva.

Parágrafo. La prohibición a la anticoncepción quirúrgica de que trata el artículo 7° de la Ley 1412 de 2010, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, se extenderá a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, por lo que este procedimiento no podrá realizarse respecto de dicha población, pese a que medie consentimiento informado.

Artículo 11. *Declaratorias Anticipadas.* Las personas con discapacidad, mayores de edad, podrán emitir declaratorias anticipadas frente a las atenciones que en materia de salud sexual y salud reproductiva desean o no recibir cuando no puedan tomar decisiones o expresar su voluntad. Estas declaratorias deberán ser tenidas en cuenta durante la atención en salud y ser registradas en la historia clínica. Las declaratorias anticipadas solo podrán ser revocadas por quien las emite.

CAPÍTULO IV

Apoyos para la toma de decisiones en salud, en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos por parte de las personas con discapacidad

Artículo 12. *Apoyos para la toma de decisiones.* Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y demás entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud en los regímenes contributivo y subsidiado dentro del SGSSS y los prestadores de servicios de salud, en el marco de sus competencias, reconocerán como apoyos para la toma de decisiones que en ejercicio de su capacidad jurídica deban adoptar las personas con discapacidad en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos, los que dichas personas dispongan.

En caso de que la persona con discapacidad no disponga de apoyos o cuando estos se tornen insuficientes, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y demás entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud en los regímenes contributivo y subsidiado dentro del SGSSS y los prestadores de servicios de salud, en el marco de sus competencias, deberán determinar y proveer de común acuerdo con la persona con discapacidad dichos apoyos, de forma tal que la citada población pueda adoptar decisiones informadas sobre sus derechos en salud y especialmente, en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos.

Artículo 13. *Tipos de apoyo.* Los diferentes tipos de apoyo a reconocer o proveer, según sea el caso, se encuentran descritos en el anexo técnico. Se consideran tipos de apoyos los medios, modos, formas y formatos utilizados para que la persona con discapacidad sea informada, consulte y/o exprese su voluntad durante la atención en salud y, en general, tome decisiones relacionadas con la atención en salud. Se reconocerán como tipos de apoyos, entre otros, los siguientes:

1. Los relacionados con el apoyo a la comunicación como los dispositivos de asistencia de comunicación y acceso a la información, lengua de señas colombiana y sistemas de comunicación, lenguaje verbal oral, lenguaje verbal escrito, símbolos gráficos, lenguaje

de signos, expresión facial y corporal, gesticulación, emisión de sonidos y sistemas de comunicación aumentativa y/o alternativa.

2. Los brindados por personas como la persona de confianza, elegida por la persona con discapacidad, o las que hagan parte de su red familiar, comunitaria o institucionales. Estas últimas incluyen los suministrados por los prestadores de servicios de salud, como los profesionales de medicina, psicología, enfermería o trabajo social que intervienen en la atención de la persona con discapacidad.

Artículo 14. *Apoyos proporcionados por personas.* El apoyo de las personas con discapacidad proporcionado a través de alguna de las personas a que refiere el numeral 2 del artículo anterior, se orientará a brindarles asistencia, respetando siempre su voluntad y preferencias en la toma de decisiones informadas, sin que en ningún momento se pretenda sustituirlas en su voluntad.

Artículo 15. *Modificación o terminación de la relación con personas de apoyo para la toma de decisiones.* Las personas con discapacidad, una vez provisto el apoyo, tienen el derecho a continuar, rechazar y poner fin a la relación de apoyo e incluso solicitar su remoción y/o cambio en cualquier momento si este no cumple su finalidad.

Artículo 16. *Obligaciones de las personas de apoyo en la toma de decisiones.* Las personas de apoyo que orienten en la toma de decisiones tienen las siguientes obligaciones:

1. Guiar sus actuaciones como apoyo conforme a la voluntad y preferencias de la persona con discapacidad durante la atención en salud.

2. Mantener y conservar una relación de confianza y escucha activa con la persona con discapacidad a quien presta apoyo.

3. Mantener la confidencialidad de la información durante el proceso de atención en salud de la persona con discapacidad a quien presta apoyo.

4. Abstenerse de sustituir en la toma de decisiones la voluntad de la persona con discapacidad, a través de cualquier actuación, omisión o influenciar de alguna manera la decisión.

5. Las demás que acuerden con la persona con discapacidad en el marco del apoyo para la atención en salud y, especialmente, en lo referente a las decisiones relacionadas con los derechos sexuales y derechos reproductivos que aquellas deban tomar.

CAPÍTULO V

De las obligaciones de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en relación con la provisión de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias

Artículo 17. *Responsabilidades de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la provisión de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias.* Para efectos de la adopción e implementación de los apoyos, ajustes razonables y salvaguardias que permitan el acceso a la información para la toma de decisiones en salud respecto de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad, los integrantes del SGSSS, tendrán las siguientes responsabilidades específicas, en el marco de las directrices de carácter técnico, contenidas en el anexo técnico, sin perjuicio de las que por la normatividad vigente les correspondan.

17.1. Las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales, deben:

17.1.1. Propender por que la información destinada a la población con discapacidad de su jurisdicción, relacionada con procesos de aseguramiento para la atención en salud, especialmente, frente a sus derechos sexuales y derechos reproductivos, que se brinde a través de sus plataformas institucionales, sitios web, publicaciones, piezas comunicativas, estrategias y metodologías sean accesibles a dicha población, haciendo uso según sea el caso, de la comunicación alternativa y aumentativa, braille, macrotipos, libro hablado, transcripción en video a lengua de señas, audiodescripción, pictogramas, intérpretes de lengua de señas, guías intérpretes, entre otras.

Cuando en la correspondiente entidad territorial el Gobierno nacional disponga de servicios de conectividad, se podrá hacer uso de apoyos tecnológicos como el servicio de interpretación en línea, software lector de pantalla y magnificador de pantalla y los demás que se vayan incorporando por parte del Gobierno nacional, para garantizar la accesibilidad a la información y comunicación de las personas con discapacidad.

17.1.2. Incorporar en los procesos de capacitación, entrenamiento, inducción y reinducción del personal que desarrolle acciones relacionadas con la atención en salud, temáticas relacionadas tanto con el reconocimiento de la persona con discapacidad como sujeto de derechos, como con los mecanismos para el acceso a la información y la comunicación, requeridos para interactuar con dicha población.

17.1.3. Velar por que en la red prestadora de servicios de salud que opera en su jurisdicción se incorporen procesos de capacitación, entrenamiento, inducción y reinducción del talento humano en salud, con miras a que en su interacción con las personas con discapacidad se les reconozca como sujetos de derechos, con intereses particulares, a partir de las cuales, se provean los ajustes razonables y/o los apoyos para la toma de decisiones informadas en salud, en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos.

17.1.4. Disponer de procedimientos para la eliminación de barreras actitudinales en el trato y suministro de la información que el personal de la entidad territorial a cuyo cargo se encuentren las acciones relacionadas con la atención en salud, brinde a las personas con discapacidad.

17.1.5. Efectuar los ajustes razonables para la accesibilidad del entorno físico en los espacios de atención al ciudadano, áreas administrativas y las áreas comunes en las que se brinde atención y orientación a las personas con discapacidad, frente a lo regulado en la presente resolución.

17.1.6. Efectuar los ajustes razonables para la asignación de turnos e información sobre ubicación de las áreas administrativas, para que sean comprendidos por las personas con discapacidad, con mayor énfasis en discapacidad sensorial (personas sordas, personas ciegas, personas sordociegas) y discapacidad intelectual, como se explicita en el anexo técnico.

17.2. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y demás entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud en los regímenes contributivo y subsidiado dentro del SGSSS, deben:

17.2.1. Identificar dentro de su población asegurada las personas con discapacidad con el objeto de orientar el suministro de apoyos y la provisión de ajustes razonables, descritos en el anexo técnico que requiera esta población para la toma de decisiones informadas en la materia.

En el evento en que en la correspondiente jurisdicción el Gobierno nacional disponga de servicios de conectividad, se podrá hacer uso de apoyos tecnológicos como el Servicio de Interpretación en Línea, Software lector de pantalla y magnificador de pantalla y los demás que se vayan incorporando por parte del Gobierno nacional, para garantizar la accesibilidad a la información y comunicación de las personas con discapacidad.

17.2.2. Propender para que la red de prestadores de servicios de salud contratada, que atienda la salud sexual y salud reproductiva de la población objeto de aseguramiento, incluya de forma progresiva los apoyos y ajustes razonables requeridos por las personas con discapacidad, especialmente en lo relacionado con el acceso a la información y toma de decisiones en salud, respecto de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las citadas personas.

17.2.3. Verificar que en los acuerdos de voluntades que suscriban con los prestadores de servicios de salud, se incluya los procesos de consentimiento informado en los términos dispuestos en el numeral 5.4 del artículo 5° de la presente resolución y, en concordancia, con lo definido en el artículo 8°.

17.2.4. Propender por que en los acuerdos de voluntades que suscriban con los prestadores de servicios de salud, con miras a salvaguardar la toma de decisiones informadas por parte de la persona con discapacidad, en lo referente a sus derechos sexuales y derechos reproductivos, se contemplen para los casos en que sea necesario, bien sea por pertinencia médica o por la necesidad específica de la citada persona, la asignación de citas adicionales, encaminadas a determinar, identificar y proveer los apoyos y ajustes razonables que esta requiera durante la prestación del servicio.

17.2.5. Incorporar en los procesos de capacitación, entrenamiento, inducción y reinducción de su personal, temáticas relacionadas con el reconocimiento de la persona con discapacidad como sujeto de derechos.

17.2.6. Incorporar en sus procesos los apoyos y ajustes razonables para el acceso a la información y la comunicación, requeridos para interactuar con las personas con discapacidad.

17.2.7. Disponer de procedimientos para la eliminación de barreras actitudinales en el trato y suministro de información que el personal de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y demás entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud en los regímenes contributivo y subsidiado dentro del SGSSS, que brinde a las personas con discapacidad, en cualquier etapa o momento del proceso de su atención en salud y, especialmente, lo relacionado con sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

17.2.8. Desarrollar acciones encaminadas a garantizar que sus plataformas institucionales, sitios web y la información suministrada a través de publicaciones, piezas comunicativas, estrategias y metodologías relacionadas con la información, educación y comunicación para la salud en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos, se desarrollen en formatos y lenguajes accesibles para las personas con discapacidad, incluyendo el uso de la comunicación alternativa y aumentativa, braille, macrotipos, libro hablado, transcripción en video a lengua de señas, audiodescripción, pictogramas, intérpretes de lengua de señas, guías intérpretes, entre otras, según lo establecido en el anexo técnico. Lo anterior, con el objeto de que dichas personas accedan a esta información y participen activamente de estos procesos.

17.2.9. Disponer de los ajustes razonables para la accesibilidad del medio físico en los espacios de atención al ciudadano, áreas administrativas, las áreas comunes y de procesos grupales, relacionados con la atención en salud.

17.2.10. Efectuar los ajustes razonables para la asignación de turnos e información sobre ubicación de las áreas administrativas, para que sean comprendidos por las personas con discapacidad, con mayor énfasis en discapacidad sensorial (personas sordas, personas ciegas, personas sordociegas) y discapacidad intelectual, como se explicita en el anexo técnico.

17.2.11. Velar por que en las acciones de promoción y prevención en salud que desarrollen en materia de salud sexual y salud reproductiva respecto de la población con discapacidad y demás contenidas en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), a que refiere la Resolución 3202 de 2016, expedida por este Ministerio o la que la modifique, adicione o sustituya, se consideren las potencialidades y capacidades de dicha población, al igual que su autonomía y autodeterminación, con el fin de que las atenciones permitan fomentar estilos y modos de vida saludables, en aras de la garantía de sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

17.3 Los Prestadores de servicios de salud, deben:

17.3.1. Incluir de manera progresiva dentro de los procedimientos relacionados con atenciones individuales en salud sexual y salud reproductiva, cuando se trate de personas con discapacidad, la determinación y provisión de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias para que tomen decisiones libres e informadas en lo referente a sus derechos sexuales y derechos reproductivos. Así mismo, deberán incluir en dichos procedimientos el consentimiento informado en los términos dispuestos en el numeral 5.4 del artículo 5° de la presente resolución y en concordancia con lo definido en el artículo 8°.

17.3.2. Contemplar la programación y asignación de citas adicionales encaminadas a la determinación, identificación y provisión de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias, para la toma de decisiones libres e informadas por parte de la persona con discapacidad que solicite atención en salud, respecto de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, según se requiera.

17.3.3. Incluir en los procesos de capacitación, entrenamiento, inducción y reinducción de los profesionales de salud, personal de salud y administrativo, temáticas relacionadas con el reconocimiento de la persona con discapacidad como sujeto de derechos y sobre mecanismos para el acceso a la información y la comunicación, requeridos para interactuar con dicha población. Adicionalmente, respecto de los profesionales de salud y personal de salud, la capacitación y entrenamiento deberá cubrir temáticas orientadas a la manera en que deben ser determinados, identificados y provistos los apoyos, ajustes razonables y salvaguardias que lleguen a requerir la persona con discapacidad en las atenciones individuales relacionadas con sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

17.3.4. Establecer estrategias para identificar y eliminar las barreras actitudinales en el trato a las personas con discapacidad, en cualquier etapa o momento de la atención en salud, por parte de los profesionales de salud, personal de salud y administrativo del prestador.

17.3.5. Desarrollar acciones que propendan por que sus plataformas institucionales, sitios web y la información suministrada a través de publicaciones, piezas comunicativas, estrategias y metodologías relacionadas con la información, educación y comunicación para la salud en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos, se presenten en formatos y lenguajes accesibles para las personas con discapacidad, incluyendo el uso de la comunicación alternativa y aumentativa, braille, macrotipos, libro hablado, transcripción en video a lengua de señas, audiodescripción, pictogramas, intérpretes de lengua de señas, guías intérpretes, entre otras, según lo establecido en el anexo técnico. Lo anterior, con el objeto de que dichas personas accedan a esta información y participen activamente de estos procesos.

17.3.6. Disponer de los ajustes razonables para la accesibilidad del entorno físico en los espacios de atención al ciudadano, áreas administrativas, de servicios de salud y comunes, para la atención en salud sexual y salud reproductiva de las personas con discapacidad.

17.3.7. Efectuar los ajustes razonables para la asignación de turnos e información sobre ubicación de las áreas administrativas y de los servicios de salud, para que sean comprendidos por las personas con discapacidad, con mayor énfasis en discapacidad sensorial (personas sordas, personas ciegas, personas sordociegas), y discapacidad intelectual, como se explicita en el anexo técnico.

17.3.8. Propender por que en las acciones de promoción y prevención en salud que desarrollen en materia de salud sexual y salud reproductiva respecto de la población con discapacidad y demás contenidas en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), a que refiere la Resolución 3202 de 2016, expedida por este Ministerio o la que la modifique, adicione o sustituya, se consideren las potencialidades y capacidades de dicha población, al igual que su autonomía y autodeterminación, con el fin de que las atenciones permitan fomentar estilos y modos de vida saludables, en aras de la garantía de sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

17.3.9. Propender por la inclusión de los ajustes razonables a que refiere el anexo técnico, para que las personas con discapacidad, en la etapa más temprana posible de la atención en salud puedan ser orientadas a la Ruta de Atención Integral en Salud (RIAS), en lo que respecta a la salud sexual y salud reproductiva.

17.3.10. En el evento en que el prestador cuente con el servicio de conectividad, podrá hacer uso de los apoyos tecnológicos dispuestos por el Gobierno nacional tales como el servicio de Interpretación en Línea, el Software lector de pantalla, el magnificador de pantalla y otros que se vayan incorporando, para facilitar la accesibilidad a la información y comunicación de las personas con discapacidad.

17.3.11. Los prestadores de servicios de salud, tomando como referente lo establecido en el anexo técnico, deberán implementar las acciones que a título de salvaguardias se encaminen a proteger la voluntad y preferencias de la persona con discapacidad, en relación con la toma de decisiones, respecto a la atención en salud sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos, para evitar abusos, conflictos de intereses e influencia indebida en el ejercicio de la capacidad jurídica de dichas personas.

CAPÍTULO VI

Disposiciones finales

Artículo 18. *Inspección, vigilancia y control.* Las Entidades Territoriales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, vigilarán y controlarán el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente resolución.

Artículo 19. *Transitoriedad.* Los destinatarios de las disposiciones contenidas en la presente resolución, a que refiere el artículo 2° de la misma, implementarán lo aquí dispuesto dentro de los ocho (8) meses siguientes a la publicación de este acto administrativo.

Artículo 20. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación. Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 31 de mayo de 2017.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Alejandro Gaviria Uribe.

ANEXO TÉCNICO

1. PREMISAS

2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1 Derechos sexuales y derechos reproductivos

2.2 Barreras Físicas, Actitudinales y Comunicacionales

2.2.1 Barreras físicas

2.2.2 Barreras actitudinales

2.2.3 Barreras comunicacionales

2.3 Ajustes razonables

2.4 Apoyo para la toma de decisiones

3. ESTRATEGIAS DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SALUD, INCLUYENTES Y ACCESIBLES

3.1 Estrategias inclusivas de información, educación y comunicación en salud

3.2 Estrategias accesibles de información, educación y comunicación en salud.

4. DE LOS PROFESIONALES Y PERSONAL DE SALUD

4.1 Recomendaciones generales para los profesionales y personal de salud en el proceso de toma de decisiones con apoyo

4.2 Formación de los profesionales y personal de salud

5. EL ESCENARIO PARA LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LO REFERENTE A LA ATENCIÓN EN SALUD

6. ACCIONES INDIVIDUALES PARA LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN EN SALUD

6.1 Antes de la atención en salud

6.2 Durante la atención en salud

6.3 Después de la atención en salud

El presente anexo técnico orienta sobre los mecanismos de acceso a la información adecuada y suficiente que permite a las personas con discapacidad ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos y las obligaciones correlativas que surjan para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, respecto de la provisión de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias para tomar decisiones informadas en esta materia.

1. PREMISAS

a) La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

b) Las personas con discapacidad son sujetos de derechos, capaces de tomar sus propias decisiones. En todos los casos se presume la capacidad jurídica de la persona con discapacidad.

c) Las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a información adecuada y suficiente para tomar sus propias decisiones sobre la salud, en especial lo relacionado con los derechos sexuales y derechos reproductivos, aun cuando para ello, sea necesaria la provisión de apoyos y ajustes razonables.

d) Los apoyos para la toma de decisiones en ningún caso buscarán sustituir la voluntad, deseos y preferencias de la persona con discapacidad en lo relacionado con sus derechos sexuales y derechos reproductivos, durante la atención en salud.

e) La provisión de apoyos y ajustes razonables debe darse a la medida de cada persona con discapacidad. Dependen de la situación, contexto, entorno, historia de vida, decisiones, intenciones y voluntad de la persona.

2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1 Derechos sexuales y derechos reproductivos

La garantía y goce efectivo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, parte del reconocimiento de un núcleo esencial de derechos que los integran, como son el derecho a la vida, la salud, la igualdad y no discriminación, la libertad, la autodeterminación y libre desarrollo de la personalidad, la integridad personal, una vida libre de violencias y/o la intimidad.

Así mismo, es necesario diferenciar los derechos sexuales de los derechos reproductivos, en tanto que "...sexualidad y reproducción son dos ámbitos diferentes en la vida del ser humano, ya que la primera no debe ser entendida solamente como un medio para lograr la segunda", tal como lo dejó establecido la Corte Constitucional a través de la Sentencia T- 274 de 2015, sin desconocer que ambos derechos están directamente relacionados.

Son derechos sexuales, entre otros:

- Derecho al goce, la satisfacción y la gratificación sexual.
- Derecho a conocer y valorar el propio cuerpo.
- Derecho a decidir si se tienen o no relaciones sexuales.
- Derecho a expresar la orientación sexual o identidad de género.
- Derecho a una vida libre de violencias.

Son derechos reproductivos, entre otros:

- Derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos.
- Derecho a decidir a ser padres o madres.
- Derecho a conformar una familia.
- Derecho a iniciar o postergar el proceso reproductivo.
- Derecho de las mujeres a no ser discriminadas en razón del embarazo o la maternidad.
- Derecho a una maternidad segura.
- Derecho a la interrupción voluntaria del embarazo.

2.2 Barreras físicas, actitudinales y comunicacionales

En el numeral 5 del artículo 2° de la Ley 1618 de 2013 se definen las barreras como: "... cualquier tipo de obstáculo que impida el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con algún tipo de discapacidad...". Así mismo, dicha ley reconoce que las barreras pueden ser de tipo físico, actitudinal y comunicacional.

2.2.1 Barreras físicas

Hace referencia a la disposición y diseño de los espacios y/o elementos físicos que puede limitar el uso, acceso y/o movilización de la persona con discapacidad durante la atención en salud. Por ejemplo, una persona que tenga restricción en la movilidad y que hace uso de

algún producto de apoyo (silla de ruedas, bastón, caminador, entre otros), tendrá dificultad para ingresar por puertas con umbrales restringidos, subir y bajar escalones, o subir y bajar de las camillas; así mismo, el uso de instrumentación médico-quirúrgica estandarizada, la altura y disposición de los equipos no siempre se ajustan a las medidas antropométricas de algunas personas con discapacidad, lo que dificulta la realización del procedimiento en salud requerido, a su vez que puede generar un riesgo para la persona.

2.2.2 Barreras actitudinales

Están relacionadas con aquellas actitudes que conllevan a prejuicios, discriminaciones, puntos de vista, ideas y expectativas que pueda tener el personal del ámbito de la salud, frente a las personas y el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, lo que puede interferir durante la atención en salud. Pueden comprenderse como barreras actitudinales, por ejemplo, el considerar la discapacidad como una tragedia personal, que las personas con discapacidad no pueden tomar decisiones, que son personas asexuadas, entre otras ideas.

2.2.3 Barreras comunicacionales

Hace referencia a aquellos obstáculos que impiden o dificultan a la persona con discapacidad y a los profesionales o personal de salud, hacer un adecuado uso de los canales de recepción, emisión y comprensión para informar y ser informados. Cabe precisar que las barreras comunicacionales no se limitan únicamente a la interacción con las personas con discapacidad sensorial (visual y auditiva), dado que estas barreras también son comunes en la forma de brindar la información para que sea comprendida por las personas con discapacidad intelectual y/o psicosocial. Por ejemplo, la entrega de información para la promoción y prevención en formato escrito no accesible; así mismo, el uso de lenguaje técnico para la entrega de información previa a la realización de procedimientos.

2.3 Ajustes razonables

Para la provisión de los ajustes razonables, los integrantes del Sistema deberán tener en cuenta la transformación del entorno dirigida a adaptar y corresponder a los intereses específicos de las personas con discapacidad, que no signifiquen una carga desproporcionada con el objetivo de facilitar la accesibilidad o la participación de las personas con discapacidad en los procesos de toma de decisiones y atención en salud, especialmente los relacionados en salud sexual y salud reproductiva.

De manera específica, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y demás entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud en los regímenes contributivo y subsidiado dentro del SGSSS y las entidades territoriales deberán tener en cuenta los ajustes razonables para los momentos en los que brinden atención al ciudadano en el marco de sus competencias relacionadas con entrega de información y atención a las personas con discapacidad. Los prestadores de servicios de salud deberán tener en cuenta los ajustes razonables para los diferentes momentos de la atención en salud:

1. Alistamiento para la atención (asignación de citas).
2. Ingreso, recepción y orientación al servicio de consulta.
3. Prestación del servicio por parte del personal de salud.
4. Egreso del servicio con las respectivas recomendaciones. Así mismo, los ajustes razonables serán tenidos en cuenta para aquellos casos en que sean requeridos para la toma de decisiones informadas de la persona con discapacidad, durante la prestación del servicio.

2.4 Apoyo para la toma de decisiones

El reconocimiento y provisión de apoyos para la toma de decisiones parte de proporcionar información clara, apropiada y suficiente, sobre la cual la persona con discapacidad da a conocer y/o hacer, para los casos que aplique, la mejor interpretación de su voluntad, deseos y preferencias, en lo relacionado con los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Los apoyos pueden ser provistos por la persona con discapacidad y/o por el prestador en salud. Cuando los apoyos son facilitados por la persona con discapacidad, es competencia del prestador en salud reconocerlos y hacer uso de los mismos, durante la prestación de los servicios. Por otro lado, los apoyos que son provistos por el prestador de salud, hacen referencia a aquellos que sean considerados luego del proceso de determinación de apoyos, en los términos que se describirán en el Apartado 6.2.1 de este anexo técnico posteriormente.

2.4.1 Tipos de apoyos para la toma de decisiones

Los apoyos para la toma de decisiones, no solo hacen referencia a los apoyos provistos por la persona con discapacidad y/o el prestador de servicios de salud, sino que estos a su vez, se tipifican para su reconocimiento y provisión en las categorías relacionadas a continuación.

1.4.2 Apoyos para la comunicación

Son aquellas estrategias, medios, modos, formas y formatos relacionados con el lenguaje verbal oral y lenguaje verbal escrito, símbolos gráficos, lengua de señas, expresión facial y corporal, gesticulación, emisión de sonidos, entre otros, que son utilizados por la persona con discapacidad. Los apoyos para la comunicación facilitan que la persona pueda recibir información clara, apropiada y suficiente, así como comprenderla y analizarla para tomar una decisión durante la atención en salud, en lo que corresponde, especialmente a la salud sexual y salud reproductiva. En el numeral 3.2.3, se especifica los posibles medios, modos, formas y formatos que podrán apoyar la comunicación de la persona con discapacidad.

2.4.3 Personas de apoyo para la toma de decisiones

Las personas de apoyo son aquellas que brindan algún tipo de asistencia a la persona con discapacidad, para facilitar el ejercicio de la toma de decisiones informadas durante la atención en salud, en los casos que se haya identificado dicha necesidad. La asistencia puede estar relacionada con la comunicación, comprensión de la información y sus consecuencias y/o manifestación de la voluntad y preferencias personales. Cabe precisar que para todos los casos, la persona de apoyo deberá garantizar la confidencialidad de la información y los efectos que puedan surtir de la atención en salud.

Se consideran como personas de apoyo, las reconocidas por la persona con discapacidad como personas de confianza y que pueden pertenecer a su grupo familiar, redes de apoyo

comunitarias y/o institucionales. Es importante precisar que la persona de apoyo definida por la persona con discapacidad, para la toma de decisiones y atención en salud sexual y salud reproductiva no necesariamente puede ser la misma que le apoye en otros ámbitos

3. ESTRATEGIAS DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SALUD, INCLUYENTES Y ACCESIBLES

Por definición, las estrategias de comunicación en salud están dirigidas a amplios segmentos poblacionales, en los cuales está presente la población con discapacidad, para la cual las estrategias de información, educación y comunicación en salud deben ser inclusivas y accesibles.

En este contexto, se entienden como inclusivas aquellas estrategias de información, educación y comunicación en salud que promueven la igualdad y que están diseñadas para alcanzar una audiencia lo más amplia y diversa posible, lo cual implica que la información sea accesible.

Así, al hablar de una estrategia accesible de información, educación y comunicación en salud se alude a aquella que asegura que la información que transmite esté libre de barreras para el acceso de las personas con discapacidad. Hacer que una estrategia de comunicación sea accesible significa ofrecer medios alternativos para que las personas con discapacidad puedan acceder a la misma información que se presenta en formato estándar (English Federation of Disability Sport et al., 2014).

En síntesis, al hablar de comunicación inclusiva se hace referencia a la forma como son presentados los contenidos y hablar de comunicación accesible se alude a que el formato en que son presentados dichos contenidos permita que las personas con discapacidad accedan a ellos.

Es importante señalar que el desarrollo de estrategias de información, educación y comunicación es correlativo a las competencias de los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, razón por la cual cada uno de ellos debe considerar las recomendaciones y orientaciones que al respecto se definen en el presente acto administrativo.

3.1 Estrategias inclusivas de información, educación y comunicación en salud

Para lograr que una estrategia de información, educación y comunicación en salud sea inclusiva, poniendo el énfasis en la inclusión de las personas con discapacidad, es necesario tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Las estrategias de información, educación y comunicación dirigidas a promover la salud sexual y salud reproductiva, deben visibilizar a los hombres y mujeres con discapacidad.
- La imagen de las personas con discapacidad no debe estar subrepresentada ni presentada en segundo plano.
- La imagen que proyecte de las personas con discapacidad debe estar libre de prejuicios (imagen conmovedora, desamparada) y estereotipos (niños eternos, ángeles, santos o personas asexuadas, o como personas peligrosas o hipersexuadas).
- Las personas con discapacidad no son ni héroes ni villanos. Por ello evite que sus piezas de información, educación y comunicación en salud demuestren una sobreestimación o subestimación generalizada de las personas con discapacidad.
- Presente la imagen de las personas con discapacidad como personas del común, en sus contextos cotidianos, además de mostrar la interacción entre personas con discapacidad y sin discapacidad en la vida cotidiana y en diversos entornos sociales, lo cual contribuye a romper barreras y a mostrar una imagen participativa.

Los mensajes que los integrantes del Sistema General de Seguridad en Salud emitan en torno a la discapacidad, deben incluir el uso adecuado del lenguaje y las actitudes de respeto y valoración de la diversidad presente en este colectivo.

Tabla 1. Uso correcto del lenguaje para hacer referencia a las personas con discapacidad

DIGA	NO DIGA
Persona con discapacidad	Discapacitado
Discapacidad congénita	Defecto de nacimiento
Persona con discapacidad congénita	Deforme
Persona de talla baja	Enano
Persona ciega	(el) Ciego
Persona con discapacidad visual	
Persona con baja visión	Semividente
Persona sorda	(el) Sordo - Mudo - Sordomudo
Persona con discapacidad auditiva	
Persona con hipoacusia o baja audición.	Hipoacúsico
Persona con limitación auditiva	
Persona con discapacidad física	Inválido - minusválido - tullido - lisiado - paralítico
Persona usuaria de silla de ruedas	Confinado a una silla de ruedas
Persona con amputación	Mutilado
Persona con movilidad reducida	Cojo
Persona con discapacidad del habla	Mudo
Persona con discapacidad cognitiva	Retardado mental, enfermo mental, bobo, tonto, mongólico
Persona con discapacidad psicosocial	Psicótico
Persona con neurosis	Neurótico
Persona con esquizofrenia	Esquizofrénico
Persona con epilepsia	Epiléptico
Persona que experimentó o que tiene...	Víctima de...
Persona que tiene...	Aquejado por...

Fuente: Guía para periodistas, Discapacidad: claves para verla, oírla y comprenderla. Fundación Saldarriaga Concha (2013).

3.2. Estrategias accesibles de información, educación y comunicación en salud.

A continuación se presentan algunas recomendaciones generales que pueden orientar el diseño de sus estrategias de información, educación y comunicación en salud, desde la perspectiva del diseño universal y la accesibilidad. Se abordan recomendaciones para la estructuración de contenidos mediante el uso de lenguaje sencillo y recomendaciones para el diseño de documentos impresos, videos y sitios web.

3.2.1 Lenguaje sencillo.

En las estrategias de comunicación, educación y comunicación simplifique la información utilizando frases simples y relativamente cortas, escriba los contenidos utilizando estilo coloquial y voz activa. Sea directo, específico y concreto. Evite el lenguaje abstracto al dar instrucciones para las acciones.

3.2.2 Diseño de piezas de comunicación.

a) Piezas impresas: todo documento impreso debe contar con versión digital accesible, la imagen por sí sola no debe ser el núcleo del mensaje que se quiere transmitir, no use papel brillante, use formatos como braille y macrotipo opciones adicionales para presentar esta información.

b) Diseño de videos: todos los videos deben incluir subtítulo con descripción de los sonidos contextuales, haga uso de interpretación en lengua de señas realizando una construcción pedagógica del contenido para que el mensaje sea adecuado a las formas gramaticales y a la semántica utilizadas por la comunidad sorda. Si el video no tiene subtítulo disponga de un archivo digital con los diálogos.

c) Diseño de páginas web: Los requisitos de accesibilidad aplicables a las páginas web están establecidos en la Norma Técnica Colombiana NTC 5854, y su cumplimiento debe ser guiarse por los parámetros allí establecidos, los cuales son aplicables a otros contenidos digitales.

d) Diseño de piezas comunicativas en espacios presenciales: la información que disponga en carteleras, pósters, pantallas y otros formatos de exhibición, debe tener un fuerte contenido gráfico y textos de lectura fácil; deben estar ubicados en áreas que faciliten la visibilidad a todas las personas.

3.2.3 Uso de medios, modos, formas y formatos para el acceso a la información y comunicación.

Las estrategias accesibles de información y comunicación en salud, requieren el uso de medios, modos, formas y formatos, que pueden estar relacionados con personas o tecnologías de asistencia de uso personal o estar dispuestas en los espacios públicos, con el fin de potenciar la comunicación y el acceso a la información para promover la participación de la persona con discapacidad.

Es necesario comprender que algunos de los medios, modos, formas o formatos que se relacionan a continuación pueden cumplir doble función: como apoyo de la persona o como aquellos ajustes razonables que puedan ser provistos en los entornos para acceder a la información y permitir la comunicación.

• **Dispositivos de asistencia para la comunicación.** Hacen referencia a los dispositivos o tecnologías especializados en aumentar:

- **Audición:** audífonos, implante coclear, sistema FM, entre otros.

- **Visión:** dispositivos para apoyar el acceso al computador (software lector de pantalla y magnificador de pantalla), a la lectura (reproductores de audio, lupas electrónicas, lectores autónomos), a los teléfonos, entre otros.

- **Capacidades de comunicación:** subtítulos, dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa (comunicadores, software de comunicación), entre otros.

• **Comunicación aumentativa y alternativa.** Estos sistemas permiten que personas con dificultades de comunicación puedan relacionarse e interactuar con los demás, manifestando sus opiniones, sentimientos y la toma de decisiones personales para afrontar y controlar su propia vida. Se precisa además que:

- Los sistemas **aumentativos** de comunicación, complementan el lenguaje oral con imágenes, pictogramas y/o señas.

- Los sistemas **alternativos** de comunicación, sustituyen o apoyan al lenguaje oral cuando este no es comprensible o está ausente.

• **Braille.** Es un sistema de lectura y escritura táctil.

• **Macrotipo.** Hace referencia a la impresión ampliada en tamaño de textos, imágenes, gráficos, entre otros, para el acceso a la información para personas con baja visión o adultos mayores. Para la entrega de información en formato de macrotipos, deben considerarse las siguientes especificaciones: letra Arial o Verdana, tamaño de la letra entre 12 a 36 puntos, alineado a la izquierda, interlineado 1.5 a doble y uso de sangría para facilitar la identificación del inicio del párrafo.

• **Audiodescripción.** Es un sistema que complementa el contenido visual de materiales audiovisuales con descripciones sonoras complementarias, buscando proporcionar información sobre situación espacial, gestos, actitudes, paisajes, vestuario, entre otros.

• **Subtitulación.** Es la técnica utilizada para transmitir información con subtítulos textuales, que acompaña a los diálogos y elementos sonoros relevantes en material audiovisual.

• **Lengua de señas colombiana.** Hace referencia a la lengua natural de carácter visogestual, cuyo canal de expresión son las manos, los ojos, el rostro, la boca y el cuerpo, y su

canal de recepción es visual. Esta lengua de señas es propia de la población con discapacidad auditiva colombiana.

• **Intérprete de lengua de señas.** Persona que realiza una actividad de mediación lingüística, que consiste en transmitir un discurso de tipo oral a lengua de señas o de lengua de señas a discurso oral, facilitando la comunicación y los procesos de participación de esta población.

• **Guía intérprete.** Es la persona que realiza una interpretación lingüística, contextualización y guía a la persona sordociega, a través de la transmisión de los distintos elementos que la componen, de forma que la persona sordociega comprenda el contexto y se encuentre en igualdad de condiciones con respecto al resto de los interlocutores a la hora de participar, actuar o tomar decisiones. A continuación se encuentran enunciados los posibles sistemas de comunicación usados a través del apoyo de guía intérprete:

Sistema	Tipos
Sistemas alfabéticos	Sistema dactilológico, visual o en el aire, visual-táctil, táctil o en palma, escritura en letras mayúsculas, el dedo como lápiz, alfabeto Lorm, braille manual, Malossi, Morse
Sistemas basados en la lengua oral	Lengua oral adaptada, lectura labial, Tadoma
Sistemas basados en códigos de escritura	Escritura en caracteres ordinarios, en papel, a través de medios técnicos, escritura en braille, en papel, a través de medios técnicos
Recursos de apoyo a la comunicación	Tablillas de comunicación, tarjetas de comunicación, mensajes breves en caracteres ordinarios, mensajes breves en braille, dibujos
Otros	Dactyls, bimodal

Tomado de: La guía-interpretación con personas sordociegas. Pag. 3. ONCE (s.f). http://cvc.cervantes.es/lengua/esletra/pdf/04/019_garcia.pdf

Plataformas y sitios web usables y accesibles. El término usable, hace referencia a eficacia, eficiencia y satisfacción de la persona cuando accede a la información por este tipo de medios. El término accesible hace alusión a la posibilidad de acceso a todos los posibles usuarios que ingresen a las plataformas en formas convencionales o con algún dispositivo adicional.

4. DE LOS PROFESIONALES Y PERSONAL DE SALUD

4.1. Recomendaciones generales para los profesionales y personal de salud en el proceso de toma de decisiones con apoyo.

• Conozca la forma(s) de comunicación de la persona.

• Cuando se dirija a la persona, utilice un lenguaje sencillo, pero no infantil.

• No debe presuponer que la persona no va a entender lo que se le va a informar y a explicar. Confírmelo con preguntas como: ¿Me hago entender? ¿Algo no es claro? ¿Tiene alguna duda?

• Diríjase a la persona, no solo a su acompañante, sin usar una actitud paternalista ni maternalista.

• La persona puede tener un lenguaje oral, pero puede presentar dificultades de articulación que hacen que una persona extraña tenga dificultades para entenderla. En estos casos puede ayudar, solicitarle que hable más despacio y usar imágenes para complementar lo que se dice y lo que se explica.

• Reconozca que toda forma de comunicación es válida y que la manera de comunicación no limita la capacidad de una persona para tomar decisiones. Una persona puede no tener lenguaje oral o presentar dificultades para la comprensión de información compleja.

• Haga uso de material gráfico como herramienta de apoyo para la comprensión, evitando el uso de términos médicos difíciles de entender o explicándolos en un lenguaje sencillo; puesto que el vocabulario relacionado con el tema de salud sexual y salud reproductiva puede resultar muy técnico, dificultando que la persona entienda la información recibida, en especial si nunca ha tenido contacto con estos temas. Lo anterior no implica que no pueda comunicarse y expresar su voluntad en esos casos.

• Apoye el lenguaje oral con las imágenes teniendo en cuenta el método comunicativo preferido por la persona.

• Hable despacio, use frases cortas vocalizando adecuadamente. Evite incluir muchas ideas en una sola frase y separe la información que desea transmitir de acuerdo a su complejidad.

• Las personas pueden expresar su voluntad sin recurrir al lenguaje oral. Preste atención a las reacciones cuando se le pregunta, se le pide que elija o se solicita su opinión. Las respuestas pueden incluir gestos, movimientos o conductas no verbales.

• Si tiene dudas pregunte siempre a la persona. Si no obtiene respuesta puede preguntar a su acompañante si el mismo responde a la persona de apoyo.

• Mantenga una actitud de escucha activa durante toda la consulta. Absténgase de realizar otras actividades mientras conversa con la persona.

• Cuando la persona quiera decir algo, dele el tiempo que requiera, respetando los momentos de silencio.

• Use la repetición, si es necesario para asegurar la comprensión de las ideas e información.

• De ser necesario, permita que elija entre varias opciones.

• Evite hacer un uso de preguntas cerradas y respuestas SÍ o NO. Prefiera el uso de preguntas abiertas o refuerzos empáticos.

- Emplee expresiones que involucren a la persona. Por ejemplo, en vez de decir: “Este procedimiento consiste en...”, diga “El procedimiento que vas a realizar es... y tiene estas consecuencias...”.

- No use un lenguaje figurado o metafórico. Evite el uso de conceptos abstractos para transmitir la información.

- Para confirmar que la persona comprendió y está entendiendo la información, pídale que exprese lo que usted le ha explicado en sus propias palabras.

- Recuerde que los entornos nuevos y nuevas situaciones pueden llegar a generar en algunas personas comportamientos y respuestas como movimientos repetitivos, acciones y actitudes que pueden ser una forma de comunicación o la respuesta al nuevo ambiente. Al respecto, es importante que el profesional o personal de salud indague cómo actúa la persona ante nuevos entornos y si quiere expresar algo con estos comportamientos. Además tenga en cuenta que la presencia de estos comportamientos no significa que las personas no estén atentas a la conversación.

- Tenga en cuenta el estado emocional de la persona que asiste a la consulta. Algunos estados emocionales pueden influir en cómo la persona toma las decisiones y evalúa la situación actual.

- Se recomienda indagar si la persona ya es padre o madre. Los participantes en la consulta y en especial el asesor deben aceptar y respetar la decisión tomada por la persona.

Tenga en cuenta que la toma de decisiones libre e informada no busca la toma de “buenas decisiones” sino de elecciones libres y expresión de voluntades, que incluyen el derecho a equivocarse.

4.2. Formación de los profesionales y personal de salud.

La formación de los profesionales y personal de salud es imprescindible en el proceso de garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad en lo referente a la atención en salud, por tanto en el presente capítulo se encuentran descritas las pautas necesarias, para el desarrollo de actividades en el marco de la inducción, reinducción, capacitación y entrenamiento, que el prestador formulará y desarrollará para lograr que los profesionales o el personal de salud que prestan servicios en el marco de la salud sexual y la salud reproductiva, comprendan y apropien la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad, además del procedimiento creado por cada prestador para fortalecer el adecuado uso de medios, modos, formas y formatos para el acceso a la información clara y suficiente, para la toma de decisiones en salud sexual y salud reproductiva.

Se entiende que la formación debe darse, tanto en los profesionales o personal de salud en ejercicio, como en quienes están en formación, aunque la presente resolución y anexo técnico no tienen alcance para modificar currículos de formación profesional, el Ministerio de Salud y Protección Social en el ejercicio de revisión y ajuste de perfiles y competencias de los profesionales de la salud dado por la ley 1438 de 2011, artículo 99, considerará la incorporación del enfoque diferencial en la formación y el desempeño de los profesionales o personal de salud.

Para lo anterior, se requiere que el talento humano en salud, ya sea técnico, tecnólogo, profesional o especializado, durante su formación debe desarrollar competencias en la atención de personas con discapacidad y sus familias, el reconocimiento y goce efectivo de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Lo anterior no requiere el desarrollo de otras condiciones diferentes a las establecidas para los convenios de docencia o servicio.

Respecto a la formación de los profesionales y/o personal de salud en ejercicio, el fortalecimiento de competencias en la atención en salud sexual y salud reproductiva de las personas con discapacidad se hará a través de los procesos de inducción, reinducción, capacitación y entrenamiento, y los certificados de formación en detección temprana y protección específica, en el marco de la atención de la salud sexual y salud reproductiva de personas con discapacidad. Los contenidos obligatorios se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Lineamientos para formación en derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.

Identificación del proceso de formación	Denominación: Contenidos a incluir en los procesos de inducción, reinducción, capacitación, entrenamiento y certificados de formación en detección temprana y protección específica, en el marco de la atención en salud sexual y salud reproductiva de personas con discapacidad.
	Perfil al que está dirigido: • Profesional en medicina • Profesional en enfermería • Profesional en psicología • Auxiliar en enfermería • Personal administrativo
	Intensidad horaria. Horas presenciales: 8 horas presenciales Horas autónomas: 8 horas autónomas

Contenidos académicos	Presentación proceso de formación. La atención en salud frente a los derechos sexuales y reproductivos ha presentado históricamente barreras actitudinales, comunicativas y físicas, generando impacto social en las personas con discapacidad y el goce efectivo de dichos derechos. Para abordar esta problemática, el Ministerio de Salud y Protección Social dando respuesta a la orden décimo primera de la Sentencia T-573 de 2016, formula la presente resolución con su anexo técnico, el cual orienta la generación de procesos de atención en salud sexual y salud reproductiva para las personas con discapacidad, evitando el impacto generado por las barreras actitudinales, comunicativas y físicas. Con el fin de lograr la implementación de esta resolución y lograr el goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, se dan las pautas para la generación de procesos de inducción, reinducción y capacitación del personal, logrando el uso adecuado de lo estipulado en la presente resolución. Considerando lo anterior, es claro que contar con personal de salud formado para la atención de las personas con discapacidad para el goce efectivo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, es una condición para una respuesta adecuada ante la problemática y una obligación legal de quienes prestan servicios de salud; asimismo, de la calidad y claridad de esa formación dependerá el que las personas con discapacidad participen en la atención en salud sexual y salud reproductiva acorde con sus particularidades.
	Resultado del proceso de aprendizaje: Brindar asesoría, información y acompañamiento en la toma de decisiones de las personas con discapacidad, en torno a la salud sexual y salud reproductiva, basados en el reconocimiento de sus derechos y mediante la aplicación de los lineamientos dados en el presente anexo técnico.
	Objetivos específicos: • Reconocer a la personas con discapacidad como sujetos de derechos. • Identificar los modos, medios, formas y formatos para el acceso a la información y la comunicación, requeridos para interactuar con las personas con discapacidad. • Ejecutar las acciones en salud sexual y salud reproductiva necesarias para la garantía del goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.
	Contenidos:

Unidad	Contenido	Temas
1	Personas con discapacidad como sujetos de derechos.	Derechos de las personas con discapacidad Respeto por la dignidad, autonomía, independencia, libertad, toma de decisiones de las personas con discapacidad.
2	Identificar los modos, medios, formas y formatos para el acceso a la información y la comunicación, requeridos para interactuar con las personas con discapacidad.	¿Qué son? ¿Cómo se usan? ¿Dónde los encuentro? Individualidad de los medios, modos, formas y formatos para las personas con discapacidad.
3	Procedimiento de atención individual, para la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos.	Determinación, identificación y provisión de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias establecidas para la atención individual de las personas con discapacidad.

Metodología de enseñanza Se considera que esta temática debe estar abordada desde la reflexión y el análisis crítico; por lo que se deben preferir metodologías con videos, lecturas, foros, talleres, sobre las clases magistrales.
--

5. EL ESCENARIO PARA LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LO REFERENTE A LA ATENCIÓN EN SALUD

Colombia cuenta con una Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR), además de instrumentos técnicos desarrollados posteriormente para la incidencia territorial de la política, la operatividad de los enfoques y el monitoreo de dicha política, orientando las acciones sectoriales (Entidades Territoriales, Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud en los regímenes contributivo y subsidiado dentro del SGSSS y los prestadores de servicios de salud) y transectoriales para la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Dicha garantía desde el sector salud se materializa mediante intervenciones o atenciones en salud, las cuales serán realizadas a través del Plan de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales y el Plan de Beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), responsabilidad de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios por medio de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas.

En el marco de los componentes de la atención previstos en las rutas integrales de atención, que requieren ajustes razonables para la atención de las personas con discapacidad, se incluyen:

a) Acciones de gestión de la salud pública. Hacen referencia a los procesos y acciones que impacten positivamente los determinantes sociales de la salud, para generar condiciones de bienestar para las personas, entre los cuales se encuentran:

i. Planeación integral en salud. El punto de partida para esta planeación integral en salud en virtud de la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos es la caracterización de las personas con discapacidad afiliada a cada Entidad Promotora de Salud (EPS) y demás entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud en los regímenes contributivo y subsidiado dentro del SGSSS.

ii. Coordinación intersectorial. Dando respuesta a los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los que inciden en la salud sexual y salud reproductiva de las personas con discapacidad.

iii. Desarrollo de capacidades. Todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán tener claros los principios, enfoques y derechos de las personas con discapacidad, para generar la atención de acuerdo con los atributos de acceso, oportunidad, integralidad, continuidad, resolutivez y calidad, en el marco de sus competencias especialmente en lo relacionado con la atención en salud sexual y salud reproductiva.

iv. Participación social. Los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán proveer los ajustes para permitir la participación de las personas con discapacidad, en los diferentes espacios dispuestos.

v. Gestión de la prestación de servicios individuales. Las entidades prestadoras de servicios de salud realizarán la gestión necesaria para la provisión de apoyos y ajustes razonables y salvaguardias requeridos por la persona con discapacidad en el acceso a la información para la toma de decisiones relacionada con la atención en salud sexual y salud reproductiva.

vi. Gestión del conocimiento. Durante los procesos relacionados con la generación de información y evidencia para la toma de decisiones en salud, si así lo amerita el proceso, se deberán identificar las necesidades en salud de las personas con discapacidad, barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, y determinantes asociados a estas.

vii. Gestión del talento humano en salud. En los procesos de planificación, formación, ejercicio y desempeño de los profesionales o el personal en salud, las Entidades Territoriales, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud en los regímenes contributivo y subsidiado dentro del SGSSS y los prestadores de servicios de salud, deberán incorporar acciones que desarrollen capacidades en un marco de derechos, género y diferencial, de manera tal que contribuyan a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

viii. Gestión de las intervenciones colectivas. Progresivamente, durante los procesos de planeación, implementación, monitoreo y evaluación de las intervenciones colectivas de promoción de la salud y gestión del riesgo, se deberán realizar los ajustes necesarios para garantizar que las personas con discapacidad puedan acceder a las intervenciones colectivas.

b) Intervenciones de promoción de la salud. Estas intervenciones deben fomentar cambios en el entorno que ayuden a promover y proteger la salud sexual y la salud reproductiva:

i. Asesoría, entrega y suministro de métodos anticonceptivos. Educación integral para la sexualidad.

ii. Participación y movilización social.

iii. Prevención y detección de la violencia sexual y de género.

iv. Prevención del aborto inseguro – acceso a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo.

En las intervenciones a realizar se deben considerar los apoyos, ajustes razonables y salvaguardias cuando sean requeridos por la persona con discapacidad.

c) Intervenciones de gestión integral del riesgo en salud. Se ha definido como grupo de riesgo a un conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten: i) La historia natural de la enfermedad, ii) Factores de riesgo relacionados, iii) Desenlaces clínicos y iv) Formas o estrategias eficientes de entrega de servicios (MSPS, 2014). En este sentido, dentro de la conformación de los grupos de riesgo se deben tener en cuenta particularidades propias de la persona como la discapacidad que puede incrementar aún más la exposición al riesgo. Derivado de esto, la importancia de tener caracterizada a la población con discapacidad en el territorio.

Dentro de los eventos en salud sexual y reproductiva que merecen incorporar acciones específicas para las personas con discapacidad en los grupos de riesgo se encuentra:

i. Embarazo en la adolescencia.

ii. Violencia de género y sexual.

iii. Aborto inseguro.

iv. Morbilidad y mortalidad materna.

v. Transmisión VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual.

vi. Sífilis materna y transmisión materno perinatal.

Dichos procesos de atención se enmarcan dentro de las rutas integrales de atención materno perinatal, VIH, violencias, entre otras desarrolladas por el MSPS que deben ser implementadas en el marco de las Resoluciones 3202 de 2016 y 1441 de 2016 y aquellas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

6. ACCIONES INDIVIDUALES PARA LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN EN SALUD

Se debe incluir el reconocimiento y provisión de ajustes razonables en las diferentes actividades relacionadas con la atención en salud en el antes, durante y después de la atención:

6.1 Antes de la atención en salud.

6.1.1 Asignación de citas.

Se deberán incluir estrategias que permitan el acceso a la información, dada en el proceso de asignación de citas teniendo en cuenta el tiempo de desarrollo de la solicitud, uso de herramientas como el centro de relevo, página de asignación de citas accesible para el uso de herramientas web, asignación de citas de forma presencial, entre otros.

En el momento de la solicitud de la cita, es importante consultarle a la persona si presenta discapacidad y en caso tal, cuáles son los apoyos y ajustes razonables que requiere para tomar decisiones y recibir la atención en salud, especialmente salud sexual y reproductiva que demanda la persona. Esto con el fin de disponer lo necesario al momento de la atención.

En la tabla 3, se presentan a manera de ilustración posibles situaciones y opciones que pueden tenerse en cuenta respecto a la asignación y programación de citas, para el momento en que el asegurador y/o prestador incluya los componentes diferenciales para la provisión de los servicios para la atención en salud sexual y salud reproductiva de las personas con discapacidad.

Tabla 3. Ajustes razonables para la asignación de citas para la persona con discapacidad

OPCIONES	PROCESO	TIEMPO
Opción uno	Determinación de apoyos Entrega de información Análisis y comprensión de la información entregada Toma de decisión	Una consulta
	Atención en salud sexual y salud reproductiva	Una consulta
Opción dos	Determinación de apoyos Entrega de información Análisis y comprensión de la información entregada Toma de decisión	Una consulta
	Atención en salud sexual y salud reproductiva	Una consulta
Opción tres	Entrega de información Análisis y comprensión de la información entregada Toma de decisión acompañado de la persona de apoyo	Una consulta
	Entrega de información Análisis y comprensión de la información entregada Toma de decisión Ingreso de la persona sola, para verificar la voluntariedad de la persona	Una consulta
	Atención en salud sexual y salud reproductiva	Una consulta

6.1.2. Ingreso, recepción y orientación al servicio de consulta.

Se deberán tener en cuenta dos aspectos: primero, la formación de personal no asistencial con estrategias de atención al público con discapacidad.

En el uso de elementos tecnológicos para procesos como la toma de turnos, se recomienda considerar señalización táctil y sonora, además de lenguaje sencillo favoreciendo el acceso de información a las personas con discapacidad.

6.2. Durante la atención en salud

6.2.1. Mecanismos, herramientas y/o instrumentos para la determinación de apoyos y ajustes razonables para la toma de decisiones de personas con discapacidad

La persona con discapacidad podrá acceder a cualquiera de las intervenciones en salud, a través de la ruta de promoción y mantenimiento, inducción a la demanda, servicios de urgencias, y/o demanda directa.

Por otro lado, tanto el asegurador como el prestador deben considerar como un ajuste razonable, dentro de la provisión de servicios respecto a la atención en salud sexual y salud reproductiva, ampliar los tiempos de consulta para las personas con discapacidad, acudir a la asignación de cita doble o solicitar una nueva cita en el caso que sea requerido.

El prestador de salud debe tener en cuenta para el diseño del procedimiento, herramienta, material y/o formatos para la determinación de apoyos y ajustes razonables, las siguientes consideraciones:

La determinación de apoyos y ajustes razonables se lleva a cabo a través de dos momentos: 1. El reconocimiento de apoyos para la toma de decisiones, y

2. La identificación de apoyos y ajustes razonables. Es necesario recordar que la determinación de apoyos y ajustes razonables, debe disponerse únicamente para los casos de personas con discapacidad que lo requieran.

Asimismo, es competencia del prestador de servicios, desarrollar el procedimiento en el que identifiquen los apoyos y los ajustes razonables para la toma de decisiones informadas en salud de las personas con discapacidad, dentro de sus servicios y disponerlos cuando corresponda para el momento o momentos de la atención.

Cabe precisar, que para la mayoría de intervenciones relacionadas con la atención en salud sexual y salud reproductiva están contemplados los profesionales o el personal de salud en medicina, enfermería o psicología, siendo ellos quienes deberán contar con el respectivo entrenamiento, en el procedimiento establecido por el prestador de servicios, para la identificación y determinación de apoyos y ajustes razonables y la provisión de los mismos, así como para el reconocimiento y uso de los apoyos con que cuenta la persona, contando siempre con la capacitación requerida para este caso.

• Reconocimiento de apoyos para la toma de decisiones

El reconocimiento de apoyos para la toma de decisiones hace referencia al primer momento para la determinación de apoyos y ajustes razonables en que el profesional o personal de salud, establece con la persona con discapacidad a través de un proceso de diálogo e interacción, aquellas formas en que la persona se comunica y toma decisiones, además de obtener y reconocer información respecto a:

- Identificación de los distintos medios, modos, formas y formatos mediante los cuales se comunica la persona.

- Identificación de características del contexto familiar, social, educativo, laboral, institucional entre otros aspectos, en los que se desempeña la persona.

- Aspectos que dan cuenta de la historia de vida de la persona, así como de sus intereses, deseos y preferencias.

- Aspectos relacionados con decisiones sobre salud, salud sexual y salud reproductiva.

- Identificación de la red de apoyo de la persona con discapacidad donde estén incluidas aquellas personas que hacen parte de su círculo de confianza y en cuales se puede apoyar para tomar diferentes decisiones en diferentes aspectos de su vida. Las redes de apoyo contemplan personas del círculo familiar, comunitario y/o institucional.

El prestador de salud y los profesionales o personal de salud que llevarán a cabo el reconocimiento o la determinación de apoyos y ajustes razonables, deben considerar un primer momento a solas durante la consulta, con la persona con discapacidad para hacer el proceso de reconocimiento de apoyos. Esto permitirá entre otras cosas, verificar que no exista influencia indebida por parte de quien acompaña a la persona, frente a la decisión sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

Posterior a ese momento y si el profesional o personal de salud lo identifica podrá acudir a la persona de apoyo, en aquellos casos que lo requiera, para poder contar con aquella información que se considere relevante en el proceso de reconocimiento de apoyos y ajustes razonables para la toma de decisiones.

Para la compilación de esta información se sugieren a continuación algunos aspectos orientadores que puede tener en cuenta el prestador de salud, para el diseño del procedimiento, mecanismo, herramienta o instrumento para llevar a cabo el reconocimiento de apoyos para la toma de decisiones de las personas con discapacidad. Los aspectos que se relacionan a continuación fueron tomados y adaptados del documento de “Valoración de necesidades de apoyos para tomar decisiones en salud sexual y salud reproductiva” de Profamilia.

¿Cómo se comunica la persona con discapacidad?

1. Preguntar los datos personales (nombre, edad, documento de identidad, nombre de quien lo acompaña, y demás datos personales que requiera la historia clínica).

2. Reconocer o indagar sobre los medios, modos, formas o formatos que usa la persona para comunicarse, según los siguientes aspectos:

a) Expresión y recepción del lenguaje de la persona con discapacidad: lenguaje verbal oral, lenguaje verbal escrito y/o lengua de señas colombiana, sistemas de comunicación para personas sordociegas, lenguaje no verbal (gestos, sonidos, movimientos corporales, señas no convencionales, gestos de agrado y desagrado).

b) Capacidades de comprensión: pregunta varias veces lo mismo, requiere que le repitan más de una vez, se toma tiempo para responder, requiere ayuda del acompañante para expresar ideas, necesidades y opiniones, permanece en silencio al hacerle preguntas, sonidos y movimientos que no responden comunicativamente a lo preguntado, muestra interés en la conversación.

c) Tratamiento farmacológico: se deberá indagar si se encuentra en algún tratamiento con medicamento que le produzca somnolencia, pérdida de la capacidad de comprensión, de atención, falta de interés, para determinar en qué horario es más prudente desarrollar el proceso de toma de decisiones.

¿Cómo toma decisiones la persona con discapacidad?

Indagar sobre la forma en que la persona con discapacidad toma decisiones en diferentes aspectos de la vida, le permite al profesional o personal de salud reconocer con qué habilidades cuenta para tomar decisiones, además de conocer aquellos factores de tipo personal, familiar, comunitario y/o social que pueden contribuir o limitar el ejercicio de la toma de decisiones frente a sus derechos sexuales y reproductivos. Es importante que durante dicho proceso se reconozca la forma como la persona toma decisiones en su vida diaria, las habilidades que implementa, qué apoyos usa y qué otras personas participan en sus decisiones. De allí, parte el análisis que pueda hacer el personal de salud frente a esa información y que surte efecto en la identificación de aquellos mecanismos con los que cuenta la persona para tomar decisiones, que pueden ser utilizados, fortalecidos o provistos para los casos en que no cuente con ellos, para que la persona pueda tomar decisiones libres e informadas.

Conforme a lo anterior, pueden considerarse los siguientes aspectos orientadores:

- **Ocupaciones.** Debe indagarse si permanece en casa, realiza actividades domésticas, deportivas, culturales, sociales, y aquellas relacionadas con el estudio, trabajo o la asistencia a instituciones de formación para el trabajo

- **Decisiones y elecciones relacionadas con actividades de la vida diaria.** Al respecto, debe preguntarse si la persona con discapacidad toma decisiones de manera independiente o son otras personas quienes deciden y opinan respecto a su autocuidado, a elegir con quién relacionarse, a dónde ir, a tener novio/novia/ pareja, a casarse, a quién pedir ayuda, o cómo manejar el dinero. Ayuda en el cuidado de otros, puede dirigirse a sitios distintos a su casa.

- **Decisiones y elecciones sobre su salud.** Puede indagarse si la persona con discapacidad es quien decide cuándo ir al médico, elige los profesionales o personal de la salud a los cuales quiere ir, elige si toma o no medicación, si toma decisiones sobre los procedimientos quirúrgicos, si ha tomado previamente decisiones en cuanto a salud sexual y salud reproductiva o debe contar con apoyo de otra persona para decidir sobre esos aspectos, o si son otras personas quienes deciden por ella.

- **Decisiones respecto a su salud sexual y salud reproductiva.** Es importante indagar opiniones respecto a si quiere o no tener hijos; elige con quién desea tener relaciones sexuales, manifiesta el deseo de no estar embarazada, ha escogido algún método de anticoncepción, tomado decisiones relacionadas con su fertilidad y reproducción o debe contar con apoyo de otra persona para decidir sobre esos aspectos, o si son otras personas quienes deciden por ella.

- **Identificación de las redes de apoyo para tomar decisiones.** Debe indagarse sobre aquellas personas consideradas como de confianza, por la persona con discapacidad, que hacen parte de su familia, amigos, vecinos, profesional o personal de salud. Puede preguntarse además, si los temas de sexualidad los aborda con una persona en especial, si alguien de su red le ha comentado sobre el procedimiento o ha influido en su decisión.

- **Motivos de consulta.** Es importante indagar si la persona con discapacidad quería ir a la cita o quién lo decidió, si está informada y conoce el procedimiento por el cual asiste a la cita, si manifiesta que no conoce las razones por las que asiste, si solicita que le proporcionen información sobre las razones por las cuales está en el servicio de salud, si manifiesta querer o no conversar sobre el tema, así como si quiere tener más información sobre el procedimiento por el cual asiste al servicio de salud. Así mismo preguntar si quiere el procedimiento de acuerdo con sus intereses personales y preferencias. Si tiene en cuenta las posibilidades que tiene antes de tomar una decisión y también tiene en cuenta las consecuencias de las decisiones que toma. Si manifiesta con argumentos las razones por las cuales toma la decisión del procedimiento o si la decisión es motivada por alguien.

- Identificación de apoyos y ajustes razonables

La compilación de la información proporcionada por la persona con discapacidad a través del reconocimiento de apoyos, requiere ser analizada por el profesional o personal de salud a cargo, para que pueda hacer la respectiva identificación de apoyo y ajustes razonables que deben ser provistos durante la atención en salud, para la toma de decisiones.

- Provisión de apoyos y ajustes razonables para la toma de decisiones

Después de determinar los apoyos que requiere la persona con discapacidad, el prestador deberá analizar los factores que influyen en dicha provisión, como por ejemplo: el tiempo de organización logística, los materiales disponibles, los espacios disponibles, entre otros, de tal manera que, al momento de usarlos se desarrollen de forma efectiva.

- Consentimiento informado para la toma de decisiones con apoyo

Para realizar el procedimiento de toma de decisiones basado en el uso del consentimiento informado escrito o el asentimiento, se deberán tener en cuenta los siguientes momentos de participación de la persona los cuales son continuos y escalados como se cita a continuación:

1. Entrega de información adecuada y suficiente

La entrega de información adecuada y suficiente, deberá partir del proceso de determinación de apoyos y/o ajustes razonables requeridos por la persona con discapacidad. De manera específica para este momento de participación de la persona con discapacidad, el prestador acudirá al uso de aquellos medios, modos, formas y/o formatos que le faciliten a la persona la recepción de dicha información.

La información deberá ser suministrada e incluir contenidos sobre:

- a) De qué se está pidiendo consentimiento (qué es lo que se va a hacer).

- b) Para qué se va a hacer el procedimiento o tratamiento (objetivos claros).

- c) Qué se espera obtener como resultado (beneficios esperados).

- d) Cuáles pueden ser los riesgos que se corren (riesgos más frecuentes y más graves).

- e) Qué alternativas existen a lo que se está proponiendo (alternativas disponibles).

- f) Qué ocurriría (clínicamente) si el paciente decide no acceder a lo que se le ofrece (riesgos de no tratarse o aceptar un procedimiento).

- g) Qué hacer si necesita más información (a quién preguntar, dónde y cómo, información completa y continuada), y

- h) Qué hacer si cambia de idea frente al consentimiento otorgado o rechazado (revocabilidad).

2. Comprensión de la información y análisis de las opciones y de sus posibles consecuencias.

El profesional o personal de salud, buscará que la persona comprenda la información y hará la respectiva verificación de que así haya sido, acudiendo a los apoyos y ajustes razonables necesarios para tal fin. Asimismo, deberá indagarse sobre la claridad que tenga respecto a las consecuencias de la decisión que vaya a tomar en relación con sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

Dicho análisis lo podrá desarrollar la persona sola o acompañada de la persona de apoyo que se haya determinado. Además, se deberá hacer uso de preguntas de verificación del entendimiento de la información que se ha suministrado.

3. Toma de decisión.

Después de verificar que la persona recibió, comprendió y analizó la información, emitirá su decisión y esta se materializará a través del asentimiento o el consentimiento informado por escrito, según sea el caso, dejando consignada dicha información en la historia clínica.

Cabe precisar que el consentimiento informado es la materialización del proceso de toma de decisiones con apoyo y puede darse a través del asentimiento o con consentimiento escrito. En la tabla que se encuentra al final del presente documento, se encuentran relacionadas las distintas prestaciones en salud sexual y salud reproductiva que se deben garantizar a todas las personas para el ejercicio y goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos y para cada una de ellas está determinado cuándo se requiere de un asentimiento o de un consentimiento informado escrito. Para cualquiera de los dos casos, debe quedar consignada esta información en la historia clínica de la persona con discapacidad.

Por otra parte, debe considerarse que la persona puede requerir apoyos y/o ajustes razonables para uno, alguno(s) o todos los momentos de participación en la toma de decisiones. En aquellos casos en que la persona con discapacidad le hayan provisto apoyos y ajustes razonables y aun así, no es posible conocer su voluntad y preferencias respecto a la información suministrada durante la atención en salud, se acudirá las personas que demuestran una relación de confianza con la persona con discapacidad y/o personal de salud disponible, para apoyar la toma de decisiones frente a sus derechos sexuales y reproductivos, en los términos establecidos en el artículo 12 de la presente resolución.

• *Provisión de salvaguardias*

Partiendo de la definición contenida en la presente resolución, el prestador de los servicios de salud, al momento de determinar los apoyos y efectuar los procedimientos para la toma de decisiones con apoyos, debe establecer en caso de que sea necesario (por posibles abusos, conflicto de intereses, influencia indebida o desconocimiento en la igualdad de la capacidad jurídica) el tipo de salvaguardia para el respeto de los derechos, la voluntad y las preferencias de las personas con discapacidad.

Cabe aclarar, que la provisión de la salvaguardia deberá responder a la intensidad del apoyo para la toma de decisiones, pues si este es tan simple como colaborar en la comprensión de las consecuencias de la decisión, no requerirá una salvaguardia o la misma no sea tan intensa; si por el contrario, el apoyo consiste en facilitar la decisión a través de la mejor interpretación de la voluntad y la preferencia de la persona con discapacidad, la salvaguardia deberá ser más estricta, asegurando que dicha decisión responda a la voluntad y preferencias de la persona con discapacidad; por esta razón, las salvaguardias deben considerarse como medidas tendientes a garantizar la correcta aplicación de los elementos que garantizan el ejercicio del derecho.

Se pueden establecer como salvaguardias, entre otras:

1. Proporcionar a través de apoyos y ajustes razonables toda la información sobre el ejercicio y goce de los derechos sexuales y reproductivos, que permita la toma de decisiones autónomas e informadas.

2. Evaluar el motivo e interés de consulta por parte de familiares y cuidadores, respecto a los derechos sexuales y derechos reproductivos de la persona con discapacidad.

3. Establecer espacio de consulta que debe sostener el personal médico con la persona con discapacidad, sin mediación de un tercero, en el que pueda verificar que la persona acude al servicio de salud sin ningún tipo injerencia, abuso o que no media un conflicto de intereses frente a su situación de salud sexual y salud reproductiva.

4. Informar a la persona de apoyo de confianza o el proporcionado por las redes comunitarias o institucionales sobre las obligaciones contenidas en el artículo 14 de la presente resolución derivadas de su servicio, y la suscripción de un formato que contenga estas obligaciones.

5. Declaratorias anticipadas emitidas por la persona con discapacidad en las que se prevean las situaciones complejas de tipo transitorio o permanente asociadas a su condición de salud.

Es importante tener en cuenta por parte del personal médico que las acciones desarrolladas que busquen la protección de la expresión de la voluntad de la persona con discapacidad sean consignadas tanto en la historia clínica de la persona, así como en el documento que respalde consentimiento informado de la persona con discapacidad.

6.3. Después de la atención en salud.

6.3.1 Egreso del servicio con las respectivas recomendaciones.

Al emitir las observaciones y recomendaciones que se derivan del proceso de atención en salud, especialmente en salud sexual y reproductiva, el profesional de salud debe verificar que las mismas han sido comprendidas por la persona con discapacidad o en su defecto, que con los apoyos y ajustes razonables, podrán ser acatadas por la persona luego del egreso del servicio.

Para tal efecto, puede utilizar ajustes relacionados con:

- Lectura de las recomendaciones utilizando lenguaje sencillo y recomendaciones citadas en el apartado 3.2. del presente anexo técnico.

- Elaboración de agendas de rutina para el seguimiento de las recomendaciones.

En todo caso, se dejará copia en el registro e historia clínica de la persona con discapacidad, de lo actuado y de los medios, modos, formas y formatos utilizados en la atención y en el suministro de recomendaciones.

(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 002063 DE 2017

(junio 9)

por la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud (PPSS).

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus facultades, en especial, de las contenidas por los numerales 42.11 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, 25 del artículo 2° del Decreto-ley 4107 de 2011 y en desarrollo de los artículos 3°, numeral 3.10, y 136 de la Ley 1438 de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política destaca, en su preámbulo, que las finalidades que se persiguen con el ordenamiento que se expide se deben realizar “dentro de un marco jurídico, democrático y participativo” y en sus artículos 1° y 2° resalta ese valor y principio como fundamental dentro de la organización del Estado;

Que la Ley 100 de 1993, en su artículo 153, modificado por el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011, establece como principio del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su numeral 3.10, la participación social, que es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del Sistema en conjunto;

Que la Ley 1438 de 2011 señala, en su artículo 136, que el hoy Ministerio de Salud y Protección Social definirá una política nacional de participación social, PPSS;

Que la Ley Estatutaria 1751 de 2015 dispone, en su artículo 12, que el derecho fundamental a la salud, comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan;

Que por su parte, la Ley Estatutaria 1757 de 2015 adopta una serie de disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación en especial en aspectos como la planeación, el control social a lo público y la financiación;

Que, la Resolución número 429 de 2016, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), señala en el numeral 6.3 del artículo 6°, que el Modelo Integral de Atención requiere procesos de retroalimentación de manera dinámica y constante para la mejora de su desempeño y de los resultados en salud, lo cual determina la necesidad de implementar planes que incorporen cambios de procesos en relación con la participación social, mecanismos de incentivos de financiamiento, mecanismos de difusión e información;

Que, en cumplimiento de lo anterior, el Ministerio adelantó la formulación de la Política de Participación Social en Salud, mediante un proceso participativo que pasa por un ejercicio sistemático de recolección de información que combinó análisis de fuentes secundarias y primarias, a través de un proceso deliberativo con ciudadanos y trabajadores del sector salud definidos como grupos de interés en la participación social en salud;

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. *Objeto y campo de aplicación.* La presente resolución tiene por objeto adoptar la Política de Participación Social en Salud (PPSS), incluida en el documento técnico, que hace parte integral de este acto administrativo y aplica a los integrantes del Sistema de Salud, en el marco de sus competencias y funciones.

Artículo 2°. *Principios.* La garantía de la participación social respecto del derecho fundamental a la salud que se desarrolla mediante la PPSS se fundamenta en los principios contenidos en las Leyes Estatutarias 1751 y 1757 ambas de 2015 y en la Ley 1438 de 2011.

Artículo 3°. *Coordinación y asistencia técnica.* Las funciones de coordinación y asistencia técnica de la PPSS, estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, a través del la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y Protección Social. Las entidades territoriales asumen la garantía y gestión sobre los procesos de participación social en salud, en cuanto a la operación de la PPSS y brindarán acompañamiento y apoyo a todas las instancias de participación, respetando su autonomía.

Artículo 4°. *Implementación.* La PPSS requiere el desarrollo gradual de instrumentos que permitan su implementación progresiva en los diferentes ámbitos territoriales e institucionales. En consecuencia, los integrantes del Sistema, en el marco de sus competencias, en el plazo de un (1) año a partir de la publicación de la presente resolución, deberán:

4.1. Disponer el alistamiento institucional que permita el desarrollo de la PPSS con los recursos humanos y logísticos que se requieran, y

4.2. Formular los planes de acción que garanticen, a través de la definición de las metas, líneas de acción, actividades y recursos financieros, el cumplimiento de los objetivos y el desarrollo de los ejes estratégicos de la PPSS.

A partir del segundo año de la publicación de la presente resolución, los integrantes del Sistema deberán evaluar el plan de acción y formular uno nuevo a partir de dicha evaluación de forma tal que al cuarto año sea posible identificar los alcances, logros y aprendizajes de la PPSS. Este ejercicio deberá realizarse anualmente.

Artículo 5°. *Seguimiento, monitoreo y evaluación.* Corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Grupo para la Gestión y el Fomento de la Participación Social en Salud, realizar el seguimiento, monitoreo y evaluación de la PPSS que permita identificar los alcances, logros y aprendizajes de la misma por parte de los integrantes del Sistema, a través del Sistema Integral de Información de la Protección Social (Sispro).

Artículo 6°. *Inspección, vigilancia y control.* La inspección, vigilancia y control estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 7°. *Vigencia.* El presente acto administrativo rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 9 de junio de 2017.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Alejandro Gaviria Uribe.

Política de Participación Social en Salud¹

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN

1. METODOLOGÍA DE FORMULACIÓN DE LA PPSS

1.2 DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS

2. ANTECEDENTES DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN COLOMBIA

3.2 LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

4. MARCO NORMATIVO – LOS DESARROLLOS DE LA CONSTITUCIÓN

5. MARCO SITUACIONAL

¹ Agradecemos especialmente la participación de los referentes territoriales por la colaboración y apoyo para la elaboración de este documento. Su compromiso y dedicación fue vital para este resultado.

5.1 SITUACIÓN DE LAS FORMAS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

- 5.1.1 Información básica
- 5.1.2 Estructura y organización
- 5.1.3 Nivel de desarrollo
- 5.1.4 Universo de estudio
- 5.1.5 Servicio de atención a la comunidad
- 5.1.6 Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS)
- 5.1.7 Comité de Participación Comunitaria en Salud (Copaco)
- 5.1.8 Veedurías ciudadanas

5.2 CATEGORIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN SALUD

- 5.2.1 Condiciones que debilitan la participación social en salud
- 5.2.2 Problemática planteada en el marco institucional

6. MARCO ESTRATÉGICO

6.1 PRINCIPIOS ORIENTADORES

6.2 ALCANCE DE LA POLÍTICA

6.3 OBJETIVO GENERAL

6.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

6.5 EJES ESTRATÉGICOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

- 6.5.1 Fortalecimiento institucional
- 6.5.2 Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en salud
- 6.5.3 Impulso a la cultura de la salud
- 6.5.4 Control social en salud
- 6.5.5 Gestión y garantía en salud con participación en el proceso de decisión

7. MECANISMOS Y ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN

8. COORDINACIÓN INTERSECTORIAL Y TERRITORIAL

9. GRADUALIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PPSS

10. DE LAS RESPONSABILIDADES QUE GENERA LA PPSS

10.1 GARANTÍA DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN EN SALUD

10.2 RESPECTO DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN EN SALUD

10.3 PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN EN SALUD

11. DE LOS DEBERES FRENTE A LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

11.1 DEFENSA DE LO PÚBLICO

11.2 RENDICIÓN DE CUENTAS A LOS ASOCIADOS

12. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Las políticas públicas se definen como: “(...) proyectos y actividades que un Estado diseña y gestiona a través de un gobierno y una administración pública, con fines de satisfacer las necesidades de una sociedad”². En tal sentido, son instrumentos que permiten la realización de respuestas a las necesidades de grupos y poblaciones.

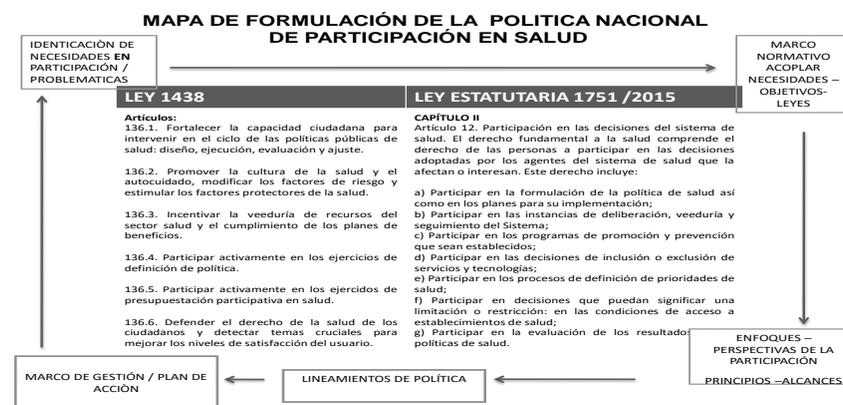
De esta manera, la Política Pública de Participación Social en Salud (PPSS) busca dar respuestas a las problemáticas, necesidades, dificultades, oportunidades, limitaciones y debilidades que afectan la participación social en salud, en la perspectiva de dar cumplimiento al marco legal vigente y, por ende, a la realización del derecho humano de la participación que se encuentra vinculado bajo una lógica de interdependencia con el derecho a la salud. (Artículo 12 de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, Capítulo II, que retoma en buena medida la Observación General 14 de 2000, y artículo 136 de la Ley 1438 de 2011).

La metodología de construcción de la PPSS se basó en un proceso participativo cualificado entendido como un ejercicio sistemático de recolección de información que combinó análisis de fuentes secundaria y primaria; esto último se realizó a través de un proceso deliberativo con ciudadanos y trabajadores de la salud definidos como grupos de interés en la participación social en salud con trayectorias y experiencias significativas con lo cual sus aportes tienen un alto valor dado sus discursos, prácticas y niveles de representatividad.

El presente documento recoge los acumulados históricos elaborados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como las voces ciudadanas cualificadas que participaron en el proceso de deliberación y que son representativas de los espacios y mecanismos de participación social en salud y de los trabajadores en el tema de participación social de todo el país, así como algunas posiciones de la academia o expertos en la temática.

Si bien el documento recoge diferentes perspectivas sobre la participación social en salud, su objeto es generar los marcos o lineamientos de política en relación con el derecho a la participación social en salud y su vínculo con el derecho a la salud. La PPSS se convierte en la referencia para organizar los procesos de participación social en salud en el país en el marco de las competencias del Ministerio de Salud y Protección Social. Su finalidad consiste en fortalecer los procesos de participación social en salud para que la ciudadanía haga parte del proceso de adopción de las decisiones que tienen que ver con ese derecho fundamental.

El siguiente gráfico intitulado “Mapa de Formulación de la Política Nacional de Participación en Salud”, muestra la ruta seguida para dicha formulación:



En tal sentido, el documento contiene los marcos de la PPSS teniendo en cuenta la metodología acogida por este ministerio. Así, el documento está estructurado de la siguiente manera:

1. Metodología de formulación.
2. Antecedentes de la participación social en salud.
3. Marco Conceptual: Referido a la reflexión teórica sobre la participación social en salud.
4. Marco Normativo: en el cual se identifica la normatividad que regula los procesos de participación social en salud.
5. Marco Situacional: en el cual se contextualiza la problemática referida a los procesos de participación social en salud en el país, y
6. Marco Estratégico: en el cual se proponen alternativas de solución para dar respuestas a las necesidades identificadas y operar la PPSS.

La PPSS se convierte en un instrumento para cualificar los procesos de participación de los actores del Sistema y, de esta manera, mejorar la salud para la población residente en el territorio nacional.

1. METODOLOGÍA DE FORMULACIÓN DE LA PPSS

La PPSS se construyó a través de un proceso “participativo cualificado”. Las voces ciudadanas que se escucharon corresponden tanto a las personas que son representativas de los espacios y mecanismos de participación social en salud como a los trabajadores que a lo largo de su trayectoria demostraron capacidades fruto de sus experiencias y años al frente de los procesos de participación en salud en todo el país. Fue un ejercicio sistemático de recolección de información que combinó análisis de fuentes secundarias y primarias y, respecto de las últimas, se realizó un ejercicio deliberativo.

El análisis de fuente secundaria se realizó a partir de documentos teóricos que referencian análisis de expertos en el tema de participación social; así como la revisión de documentos que sistematizan experiencias o procesos participativos previos realizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, producto de: **i)** Mesas de trabajo sobre el Decreto 1757 de 1994, incorporado al Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 del Sector Salud y Protección Social (arts. 2.10.1.1.1. a 2.10.1.1.23); **ii)** La encuesta sobre la situación de los mecanismos de participación que fue diligenciada por las entidades territoriales.

Por su parte la recolección y análisis de fuente primaria se organizó a través de talleres de formulación y deliberación, el cual se ordenó de la siguiente manera: **i)** Diseño de lineamiento metodológico; **ii)** Documento base de discusión; **iii)** Talleres de formulación, cada taller estaba diseñado en tres (3) momentos: discusión del documento base, aportes y reelaboración, plenaria de consensos y disensos; **iv)** Sistematización de los aportes realizados en cada uno de los talleres; **v)** Momento de validación; **vi)** Documento final con memorias de los aportes.

El proceso de deliberación se organizó con ciudadanos y trabajadores de la salud, definidos como grupos de interés cualificados en la participación social en salud con trayectorias y experiencias significativas, con lo cual sus aportes tienen un alto valor dado sus discursos, prácticas y niveles de representatividad.

De esta manera, teniendo como referencia que las políticas son directrices que parten de una problemática, para generar respuestas y que las dos situaciones anteriores trascurren en redes de relaciones como: contextos, marcos normativos, discusiones o debates conceptuales, el proceso metodológico se desarrolló en tres (3) fases que se detallan a continuación:

En la **primera fase**, la recolección de fuente secundaria partió de la identificación de discusiones sobre participación en lo concerniente a lo contextual, conceptual y legal. De igual forma, se recogió información a través de encuestas sobre la situación de las formas de participación social en el país, trabajo que realizaron los referentes de participación social en salud y los líderes de los espacios de participación social en salud en Colombia. Durante esta fase, también se realizó un primer taller nacional con servidores públicos de todas las

2 En Graglia, J. Emilio, En la búsqueda del bien común. Manual de políticas públicas. Asociación Civil Estudios Populares (ACEP) / Fundación Konrad Adenauer (KAS) Argentina, Buenos Aires, 2012, pág. 19.

regiones (2014). En este sentido, en el taller nacional de formulación con servidores públicos de 2014 participaron los responsables de los procesos de participación de los departamentos de: Antioquia, Amazonas, Atlántico, Boyacá, Cundinamarca, Cauca, Córdoba, Chocó, Guaviare, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Sucre, Tolima, Vichada, Valle y Casanare, y en los distritos de: Cartagena de Indias, Distrito Turístico y Cultural y de Santa Marta, Distrito Turístico, Cultural e Histórico. El fruto de estos ejercicios se consolidó en el diagnóstico sobre la participación y el control social.

Durante el 2015, se retomó este documento y se realizó un ajuste y actualización teniendo como referente básico la normatividad actual y en especial la ley estatutaria en salud que plasma una visión de derecho y determina a la participación como elemento sustantivo del derecho a la salud. Se continuaron los ejercicios de construcción y validación con talleres y participantes del Distrito Capital de Bogotá, los departamentos de Cundinamarca, Quindío, Santander, Valle, Sucre, Antioquia, Tolima, Meta, Nariño y Cauca.

El documento ajustado se denominó: "Documento base para la discusión de la PPSS". El mismo contiene cinco (5) ejes de reflexión: **i)** Marco situacional, **ii)** Marco conceptual, **iii)** Marco normativo, **iv)** Marco estratégico y **v)** Marco operativo.

La **segunda fase**, recolección de fuente primaria, se desarrolló a través de un proceso deliberativo, que tuvo como propósito escuchar y recoger las voces de la ciudadanía, así como las de los servidores públicos y trabajadores de la salud que ejecutan procesos de participación social en salud en el país.

Esta fase partió del reconocimiento de actores claves teniendo como criterio de participación los grados de representatividad de los mismos, con lo cual se buscó generar un proceso cualificado que garantizara el reconocimiento de saberes, prácticas y experiencias de participación en salud desde diferentes lugares, no solo referido a lo territorial, sino también, al reconocimiento de los diversos espacios y mecanismos de participación que se constituyen en el marco del sistema de salud y que son la práctica central de participación en salud en la actualidad.

La participación en el proceso deliberativo y de validación se distribuyó así: doscientos cuarenta y cinco (245) líderes representativos de las asociaciones de usuarios, veedurías ciudadanas, comités de ética, Copacos, organizaciones y defensores de derechos humanos. También se contó con la participación de ciento sesenta (160) servidores públicos trabajadores de la salud en los procesos de participación, atención al ciudadano, promoción de la salud y sesenta y un (61) funcionarios de EPS e IPS privadas y un (1) estudiante para un total de cuatrocientos sesenta y siete (467) personas. Cabe precisar que el criterio de convocatoria se basó en la representatividad de los participantes en los espacios formales y para los servidores públicos que realizaran acciones con relación a la participación.

Durante el proceso deliberativo se fue alimentando y retroalimentando el documento base para la discusión de la PPSS con sus respectivos ejes con lo cual se logró que la ciudadanía se pronunciara sobre todos los componentes de la política.

Adicionalmente, se realizaron cuatro (4) entrevistas a personas expertas en las políticas públicas en salud y/o participación social en salud, que fueron seleccionadas por sus trayectorias académicas, o por sus experiencias y proyección profesional específica en el tema. Los aportes fueron ubicados en los diferentes marcos de la PPSS.

En la **tercera fase**, de socialización, la política se retroalimentó gracias al apoyo de los servidores públicos referentes de participación social de los departamentos ubicados en las Direcciones Territoriales de Salud.

1.2 DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS

El proceso de deliberación partió del reconocimiento de actores claves teniendo como criterio de participación los grados de representatividad de los mismos, con lo cual se buscó generar un proceso cualificado que garantizara el reconocimiento de saberes, prácticas y experiencias de participación en salud desde diferentes lugares, referido a lo territorial y al reconocimiento de los diversos espacios y mecanismos de participación que se constituyen en el marco del Sistema de Salud y que son la práctica central de participación en salud en la actualidad. Este proceso de deliberación presentó los siguientes porcentajes de participación:



En el proceso deliberativo, participaron líderes representativos de las asociaciones de usuarios, veedurías ciudadanas, comités de ética, Copacos y defensores de derechos humanos, así como funcionarios públicos y de entidades privadas (EPS e IPS) que desarrollan o agencian este tipo de procesos.



Durante esta etapa se fue alimentando y retroalimentando el documento base para la discusión de la PPSS con sus ejes, con lo cual se logró que la ciudadanía se pronunciara sobre todos los componentes de la política, con mayor intervención de mujeres.



2. ANTECEDENTES DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

La participación como práctica social se vincula con los mecanismos a través de los cuales la sociedad posibilita la integración funcional y simbólica a los diferentes grupos que la componen. En tal sentido, la misma corresponde a procesos que se constituyen en el tiempo en el marco de las relaciones intersubjetivas y con el Estado. De esta forma, la participación es contextual, teniendo en cuenta, tanto las formas en que los ciudadanos expresan sus necesidades, intereses y expectativas, como la forma en que la institucionalidad se transforma o modifica; uno y otro en permanente relación van configurando formas de ordenamiento de la vida colectiva.

Durante el siglo XX, la década de los sesenta se considera como un momento de auge en la participación social en el entendido que hubo un gran número de proyectos comunitarios en diferentes países que se extendieron al ámbito de la salud. Diversas modalidades aparecieron en esta época en todo el mundo, dentro de diferentes tendencias ideológicas. Al respecto, se impulsaron las leyes de participación en los Estados Unidos. En Centroamérica, se desarrollaron experiencias pioneras tales como: "Donde no hay doctor" de México y la de Hospital sin paredes en Costa Rica, las cuales recibieron reconocimiento y apoyo al consolidarse la Atención Primaria de Salud como estrategia mundial aprobada en Alma Ata³.

En Cuba se crearon las Comisiones de Salud del Pueblo, las que estaban respaldadas por el principio declarado para la salud pública según el cual las acciones de salud deben desarrollarse con la participación activa de la comunidad organizada. La participación popular en la implementación de los programas de salud, sobre todo en los primeros años, ha sido decisiva para el éxito del sistema de salud cubano.

También surgieron los llamados Consejos Sociales (en la antigua U.R.S.S.), los cuales desarrollaron los principios de la sanidad pública e incorporaron a la población en las soluciones de problemas de salud y las campañas patrióticas sanitarias (en China). En Tanzania, se fomentaron actividades de autoayuda y en Indonesia se formaron los Comités Coordinadores Mixtos para solucionar problemas de interés grupal.

Varios países consideraron la participación como un elemento fundamental en el proceso de estructuración de sistemas de salud, pero como lo destaca el texto de Sanabria⁴, es con la Declaración de Alma Ata: "Salud para todos en el año 2000" en donde este aspecto adquiere mayor protagonismo: "Dentro de esta estrategia se determinó que la participación comunitaria era la clave para hacer llegar los servicios de salud a toda la población, en particular a los grupos de mayor riesgo y con menor posibilidad de acceso a ese tipo de servicio".

En Colombia, se crearon los Comités de Salud que dieron lugar a los Consejos Locales de Salud⁵, así como las juntas de acción comunal en los inicios del Frente Nacional⁶.

3 Sanabria, Griselda. Escuela Nacional de Salud Pública. Participación Social en el campo de la Salud. Rev. Cubana Salud Pública 2004, págs. 3 y 4.

4 Ibídem.

5 Ibídem.

6 Arévalo, Decsi Astrid, Participación Comunitaria y Control Social en el Sistema de salud, Rev. Salud Pública, 6 (2), Bogotá, 2004, págs. 110 y 111.

Si bien en la década de los años ochenta del siglo XX se produjo un proceso de descentralización en el país que incrementó el modelo de participación, fue con la Constitución Política de 1991 que se generaron condiciones legales sólidas para avanzar en una democracia participativa a través de espacios y mecanismos para que los actores expresaran las necesidades, con lo cual se dio paso a la “legitimidad” de algunos procesos comunitarios y se dio un reconocimiento y proyección a la construcción de sujetos sociales y políticos.

Dentro del desarrollo de la misma, “la participación social en salud se fortalece a finales de la década de los años noventa del siglo pasado, en donde el enfoque enfatiza el sentido de la participación referido al apoyo y colaboración de las comunidades en los programas de atención primaria, en la perspectiva de consolidar una propuesta de prevención que apuntara a disminuir los costos asistenciales y a la vez permitiera una mayor cobertura. Los programas a los cuales dio origen, estaban dirigidos hacia la población infantil y tenían como propósito básico el control de enfermedades infecto-contagiosas, la promoción de la salud materno-infantil, el abastecimiento de agua potable y el saneamiento básico en el marco de la propuesta de Atención Primaria en Salud (APS)”⁷.

Ahora bien, existen por lo menos dos (2) grandes vertientes para definir y entender la participación en salud: por un lado, es concebida como un ejercicio ciudadano en lo público, es decir, la intervención de los grupos o los actores sociales en procesos institucionales de planeación, ejecución y vigilancia de la salud y, especialmente, en los de consulta e información. Por otro lado, se conceptualiza como un ejercicio ciudadano de protección de derechos, cuyo resultado es el goce efectivo de los mismos. Adicionalmente, existe una tercera faceta que se deriva de las otras dos y tiene que ver con el hecho de que la participación es valiosa en sí misma en la medida en que incorpora al ejercicio de lo público, la deliberación incluyente como uno de los elementos sustanciales de la democracia, tal y como lo han planteado autores como Habermas y Fraser⁸.

En el marco de la modernidad, el sistema político democrático está abocado a una crisis de representatividad en la medida en que no logra establecer circuitos para dar voz a las minorías, en donde el abstencionismo es una muestra de dicha crisis, en el trasfondo está la pregunta de cómo el sistema político mejora los procedimientos de consensos antes que la lógica de la imposición de las mayorías. Este es el desafío más grande de las democracias contemporáneas. Dicho planteamiento, no es ajeno a los procesos de participación social en salud: cómo constituir representatividades que logren expresar consensos ciudadanos frente a las necesidades en salud.

De esta manera, la respuesta a la crisis de representatividad ha consistido en ahondar ámbitos al rescate del ciudadano como “animal” de esa polis⁹ de la que ha sido expulsado. Como un ideal, constituye el referente permanente de una sociedad que así se piensa y actúa invariable en la mayoría de sus actos a manera de “*forma de vida, valiosa por sí misma*”¹⁰. Consistiría en la réplica diaria que reafirma al ciudadano dentro de una sociedad, estrechamente asociado con el mundo de la vida al que se refiere Habermas, como esa red de acciones comunicativas¹¹. Desde esta perspectiva, la misma debe estar en todos los intersticios en donde una decisión afecta a una persona y confluir en diversas formas de expresión.

Ahora bien, como indica la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud, “la participación social no se fundamenta solo en razones de tipo ético (tomar en cuenta a las personas afectadas) o político (de profundización de la democracia), sino que también, obedece a una necesidad técnica del sector salud, como lo ha sostenido, puesto que ha contribuido efectivamente a:

“1. La mejoría de la calidad de la atención y el aumento en la satisfacción de usuarios y trabajadores de los servicios de salud, ya que la atención de salud se organiza considerando diversos aportes y opiniones, en especial la de los usuarios, permitiendo centrar mejor las acciones para responder a las necesidades, expectativas y problemas de la población.

2. La movilización de recursos y construcción de redes locales, con el aporte de los diversos actores y sectores (sociales y técnicos), que reconocen su cuota de responsabilidad en el proceso de producir la salud, aportando sus recursos disponibles (materiales, humanos y financieros) y potenciando o reforzando entre sí sus diversas acciones en beneficio de la comunidad usuaria.

3. La adecuación de programas y la generación de nuevos servicios que respondan a las necesidades de la población, debido a que se incorpora en los distintos momentos de la planificación y elaboración de programas y servicios de salud, la visión, opinión, expectativas y demandas de los diversos actores sociales, en especial, de los usuarios de los servicios.

4. La promoción de la salud, proceso que requiere del compromiso de la comunidad usuaria de los servicios del sector, como actor fundamental para mejorar su situación de salud.”¹²

Como se observa, la participación fortalece el sector salud y contribuye notoriamente a su desarrollo y profundización. Es claro, que el hecho de que la salud sea una construcción social implica que quienes dirigen las políticas incorporen la participación de los afectados para poder no solo validar las decisiones, sino también, para lograr constituir la salud como valor social.

7 Carmona, L, y Casallas A. Tesis. La participación en salud base para construir ciudadanía. Cinde - UNP 2005. p. 81.

8 Fraser, Nancy, Habermas and the Public Sphere, ed. Craig Calhoun (Cambridge, MA: M.I.T. Press, 1991).

9 Sartori, Giovanni, ¿qué es la democracia?, Altamir ediciones, Bogotá, D. C., 1994, pág. 142. De esta índole es la crítica a los comunitaristas que efectúa Cortina, Adela Ética aplicada y democracia radical, ed. Tecnos, Madrid 2001, pp. 13 y ss., sin que ello desvirtúe en su totalidad la participación.

10 En Adela Cortina, *Op. cit.*, p. 93.

11 Habermas. Jürgen, Facticidad y validez, Editorial Trotta, tercera edición 2001, Madrid, p. 434.

12 Cordero Isaías, Urbina Alcides, y otros. Propuesta Política de Participación Social en Salud. Comisión Especial de Participación Ciudadana de la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud (CNSPRIS). El Salvador, 2006. p. 11.

Sobre el particular, en Colombia, uno de los estudios pioneros en la década de los años ochenta del siglo pasado es el del profesor Carlos Agudelo que diseña un método de evaluación de la participación “comunitaria” en salud¹³. En él se define la participación como la integración de la comunidad al proceso administrativo y al financiamiento de un servicio de salud, sea este de atención primaria o de otro tipo. Por comunidad se entiende un grupo humano residente en un área geográfica determinada con valores, patrones culturales y problemas sociales comunes, y con conciencia de pertenencia, donde las personas interactúan más intensamente entre sí que en otro contexto similar.

Un enfoque en el marco de la APS, es el que se identifica con la estrategia de desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), en el cual la participación social es esencial para el desarrollo de la salud. En esta concepción, los distintos sectores de la sociedad están llamados a involucrarse en la toma de decisiones y en la formulación de propuestas para la producción de la salud. “La negociación, la concertación, la formación de alianzas y pactos sociales y la construcción de consensos son promovidas desde este enfoque para facilitar la participación de la sociedad civil”¹⁴ (OPS, 1994)”.

Por su parte, la OPS ha liderado procesos encaminados a fortalecer la discusión acerca del concepto y las prácticas de participación en salud, en procura de impulsar el enfoque de producción social de la salud en los sistemas locales y en los municipios saludables; este impulso en Colombia se ha realizado a través de la formalización de las competencias del funcionamiento del sector que se inició con la Ley 10 de 1990, asignando la responsabilidad del primer nivel de atención a los municipios y el segundo y el tercer nivel de atención a los departamentos. Esta ley estableció mecanismos específicos para modernizar y reorganizar el Sistema Nacional de Salud bajo la perspectiva de lograr mayor eficiencia en la utilización de los recursos, estimular el esfuerzo fiscal de las entidades territoriales, incorporar la democracia participativa en la gestión de la salud y por supuesto la descentralización en el marco de los sistemas locales de salud y con los procesos de participación a partir de la conformación de los Comités de Participación Comunitaria en Salud (Copacos).

Como ya quedó expresado, la Constitución Política de 1991 en el artículo 1°, estableció, entre otras cosas, que Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, con lo cual determinó como elemento sustantivo la participación de la ciudadanía en la construcción del Estado colombiano.

En este contexto, la formulación de la Política Pública Nacional de Participación Social en Salud (PPSS) se convierte en una oportunidad y en desarrollo de nuestro Estado Social de Derecho, en la medida en que se propone generar reglas de juego que permitan garantizar el derecho a la participación de acuerdo con la Carta Política, la Ley 1438 de 2011 y la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, entre otras disposiciones normativas.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN COLOMBIA

La participación está consagrada en la Constitución Política. Normativamente y frente al ordenamiento de 1886 y sus reformas, el cambio constitucional fue evidente, pues existe un esfuerzo de reiteración desde lo general (principios) hasta lo particular (situaciones específicas de la participación). Al respecto, tanto el Preámbulo como los artículos 1° y 2° de la Carta invitan a la participación en los diferentes niveles de la organización política. Uno de los motivos privilegiados para expedir ese ordenamiento fue entonces el escenario participativo que permite un orden político, económico y social justo. Los principios fundamentales lo incluyen en la organización de la República y en los fines esenciales. Tales premisas desembocan en los artículos 40, que pretende resumir la noción de ciudadanía en una democracia representativa y participativa, y 41, en el que se precisa que la educación tiene un componente participativo fundamental.

Pero la participación trasciende ciertos sectores de la población, como es el caso de los jóvenes (artículo 45) y el derecho de negociación colectiva para regular las relaciones laborales (artículo 55); es decir, la mirada desde el trabajo, que coexiste con aquella del consumo, ya se trate de un bien o servicio (educación, por ejemplo, artículos 68 y 78) o el acceso a la propiedad que el Estado enajene su participación en una empresa (artículo 60). También se precisa que los servicios de salud se deben organizar “con participación de la comunidad” (artículo 49).

Así mismo, en materia ambiental, se establece la garantía de que la comunidad participe en las decisiones que puedan afectarla (artículo 79). La participación se impulsa en acciones judiciales novedosas dentro del ordenamiento, como son: la acción de tutela (artículo 86), la acción de cumplimiento (artículo 87) y las acciones populares (artículo 88), sin pasar por alto la posibilidad que tienen los ciudadanos de presentar derechos de petición e información (artículo 23). Aunado a lo anterior, la Constitución contempla como una de los deberes de la persona y el ciudadano, el de “participar en la vida política, cívica y comunitaria del país” (numeral 5 del artículo 95).

En el Capítulo I del Título IV de la Carta Política, se alude expresamente a las formas de participación democrática, dentro de las que se encuentran: el voto, el plebiscito, el referendo, la consulta popular, el cabildo abierto y la iniciativa legislativa entre otros. Se alude luego al voto programático en el artículo 259 y a la responsabilidad política que tienen los elegidos frente a sus electores con relación al cumplimiento de las obligaciones propias de su investidura, en el artículo 133. Igualmente en el artículo 270 se hace mención a las formas y los sistemas de participación ciudadana que permitan vigilar la gestión pública.

Adicionalmente, uno de los temas privilegiados del municipio, como entidad fundamental de la división política administrativa, es la promoción de la participación comunitaria

13 Agudelo Carlos, Bol Of Sanz Panom 95(3), Participación comunitaria en salud. conceptos y criterios de valoración, 1983.

14 Cotes Cantillo, Karol Patricia, Participación social en salud y democracia: una reflexión a partir de la experiencia de Fausalud en Bogotá, 1999-2005, trabajo de grado de magíster en salud Pública, Universidad Nacional, Bogotá, 2006, pág. 17.

(artículo 311). Este tema también se evidencia en las funciones que se le asignan a los territorios indígenas (artículo 330).

Finalmente, se incorpora la participación de la Nación, los departamentos, los distritos, los municipios y las entidades descentralizadas en la concesión de subsidios en los servicios públicos domiciliarios (artículo 368). De este recuento es posible concluir que la Constitución tiene una orientación participativa coherente.

Ahora bien, profundizando en lo previsto en el Título IV de la Carta, el artículo 103 establece los mecanismos de participación democrática. Allí se resalta la vinculación entre la participación y la soberanía, la cual reside exclusivamente en el pueblo (artículo 3°) y, por ende, se ordena al Estado que contribuya a: “(...) la organización, promoción y capacitación de las asociaciones profesionales, cívicas, sindicales, comunitarias, juveniles, benéficas o de utilidad común no gubernamentales, sin detrimento de su autonomía con el objeto de que constituyan mecanismos democráticos de representación en las diferentes instancias de participación, concertación, control y vigilancia de la gestión pública que se establezcan”.

En el documento “Balance de la participación ciudadana en Colombia”¹⁵ se plantea que la participación puede asumir un papel determinante en la orientación de las políticas públicas y en la transformación de las relaciones entre la ciudadanía y el gobierno local. Sin embargo, concluye que: “(...) esa posibilidad depende, de por lo menos dos condiciones: de una parte, una decidida voluntad de los gobiernos (nacional, regionales y municipales) de crear las oportunidades para el ejercicio de la participación. [...] De otra, la existencia de ciudadanos y ciudadanas, de organizaciones sociales y de agentes participativos que hagan uso de esas oportunidades y las traduzcan en acciones encaminadas a democratizar y cualificar los resultados de la gestión pública”¹⁶.

De esta manera, se pretende que la participación social logre instalarse como cultura, es decir, como fundamento de las formas de relación, producción, creación, y reproducción de la sociedad. Para ello, deberá ser interiorizada por individuos y actores sociales como una manera cotidiana de relacionarse con otros, lo cual, sin duda, fortalecerá los escenarios de paz que se impulsen para superar conflictos. De hecho, Téngase en cuenta, adicionalmente, que el propio Constituyente de 1991 consideró la paz como un derecho y un deber obligatorio (artículo 22), aspecto que se traduce en un necesario fortalecimiento de los mecanismos que alimentan el tejido social y generan relaciones de convivencia y diálogo.

De acuerdo con lo planteado, la participación por sí misma no puede garantizar soluciones pero sí puede contribuir a crear condiciones propicias para que estas se den en la práctica. Puede estimular la generación de iniciativas de desarrollo por parte de la población a través de programas, proyectos específicos, y por medio de la gestión pública, con lo cual puede promoverse un uso más eficiente y adecuado de los recursos públicos por parte de las autoridades locales, que permita atender las necesidades y demandas de la población que redunden en el mejoramiento de la calidad de vida, el bienestar y la sostenibilidad del desarrollo.

3.2 LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

Con la declaración de Alma-Ata, en el año 1978, se estableció que la Atención Primaria en Salud (en adelante APS), es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos, las familias y la comunidad en general a través de su participación. Al respecto, Puerto C. y Agudelo A., 2012, han identificado cuatro (4) niveles de comprensión sobre el concepto de participación en salud:

“(...) la primera y más general, es reconocer en la participación un proceso social: la incidencia que un sector o grupo tiene sobre la sociedad. Proceso en el que, particularmente, la acción influye en un proceso de ordenamiento, planeación, ejecución y evaluación en el ámbito de lo público”. (...)

La segunda definición asume la participación como la manera en la que el ciudadano se acerca o se vincula con los gobiernos y sus instituciones: (...) “la participación es entendida como la organización y movilización de grupos para formar parte de acciones programadas por las instituciones estatales”¹⁷.

La tercera comprensión entiende que la participación se asimila a un recurso, poder o capital del individuo, que le posibilitaría incidir en su mundo social. El actor social se convierte en agente. “Ello implica pensar en una reconfiguración de las relaciones de poder entre ciudadanos y actores institucionales, de modo que la naturaleza política de la participación se pone de relieve en tanto proceso social de contestación y negociación”¹⁸.

Finalmente, en cuanto a la cuarta comprensión, los autores mencionados señalan:

“(...) la vincula con el ejercicio de derechos y deberes, pues ella es considerada, al mismo tiempo, derecho y deber; esto es, ejercicio ciudadano, para mantener su salud personal, familiar y comunitaria. (...) Así pues, cuando se hace referencia al rol ciudadano en salud, significa el cumplimiento de responsabilidades que lo hacen más activo, e incluso propositivo, y le permiten desempeñarse mejor en el sistema.

Conocer los deberes y los derechos, así como los mecanismos para la protección de los últimos, son condiciones básicas de esta forma de participación”¹⁹.

En el panorama mundial marcó un hito la declaración de Yakarta (1997), fruto de la IV Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Nuevos Actores para una Nueva Era, Guiando la Promoción de la Salud hacia el siglo XXI. En ella se reconoce como un

elemento fundamental para avanzar en la equidad en salud, la generación de procesos de empoderamiento dentro de un enfoque de determinantes, estableciendo que los prerrequisitos para la salud son la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la comida, los ingresos, el empoderamiento de las mujeres, un ecosistema estable, el uso sostenible de los recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad. Por encima de todo, “la pobreza es la mayor amenaza a la salud”²⁰.

En dicha conferencia se plantea que la participación es esencial para mantener los esfuerzos en salud. Destaca que la gente debe estar en el centro de las acciones de promoción de la salud y los procesos de toma de decisión para hacerlas efectivas.

En el año 2008, la OMS en su publicación del Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), asume que la salud es una resultante de modos, condiciones y estilos de vida, donde lo individual y lo colectivo se superponen de forma permanente, lo cual se traduce en la necesidad de realizar ajustes y/o transformaciones en las políticas sociales, en la infraestructura y los servicios así como en el desarrollo de aptitudes y actitudes de la comunidad, que favorezcan lo saludable, en el entendido que no es posible el desarrollo de proyectos vitales individuales y colectivos mientras se mantengan las inequidades sanitarias, esto es, las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

Por su parte, en la Declaración Política de Río de Janeiro, 2011²¹, sobre los determinantes sociales de la salud y adoptada en la Conferencia Mundial, se manifiesta el compromiso político mundial con la ejecución del enfoque basado en los determinantes sociales de la salud a fin de reducir las desigualdades en materia de salud. Se espera que la Declaración de Río ayude a impulsar la formulación de planes de acción y estrategias nacionales dedicadas a este tema dentro de los países.

En dicha declaración se plantea un compromiso de fomento de la participación tanto en la formulación como en la aplicación de políticas, elementos que son importantes para una gobernanza que facilite una actuación eficaz sobre los determinantes sociales de la salud.

En Colombia, con la expedición de la Constitución Política de 1991, se facilitó la participación ciudadana y comunitaria institucionalizada y a partir de la Ley 100 de 1993 y su Decreto Reglamentario 1757 de 1994 (hoy compilado en el Decreto Único Reglamentario de Salud y Protección Social 780 de 2016), se desarrollaron nuevas posibilidades para su materialización en las instituciones del sector.

En el 2011, con la Ley 1438, se dio un paso importante en el desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS). En este sentido, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), adoptado mediante la Resolución 1841 de 2013, determina que la concertación o los espacios de interacción y los mecanismos de participación comunitaria son transversales a todas sus dimensiones. En armonía con lo anterior, el PDSP, en diversos apartes, enfatiza en la permanencia y el fortalecimiento de la estrategia y los mecanismos de participación social existente en cada entidad territorial en los procesos de la planeación, es decir, en el análisis de la situación de salud, la identificación de las necesidades prioritarias, la identificación de los recursos, la definición de los objetivos, las metas, las estrategias y las acciones de promoción, gestión del riesgo, seguimiento y evaluación en cada una de las dimensiones prioritarias y transversales que define el PDSP. Al respecto, el desafío es cómo lograr la participación efectiva y autónoma de la ciudadanía y sus organizaciones.

De igual forma, la presente política establece que la participación como derecho y práctica social es la posibilidad material de producir bienestar y la realización del derecho a la salud en el entendido que significa que todos los actores sociales de una comunidad hacen parte en las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema que afecta a la comunidad, en el entendido que la salud es un bien público. Esto incluye lo planteado en la norma en relación con la capacidad de participar en las decisiones sobre necesidades y prioridades, la asunción de las responsabilidades y obligaciones para la formulación de planes y adopción de medidas, así como para evaluar los resultados en salud (artículo 12 de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015).

Es decir, la participación permite:

i) Garantizar que la gestión de las políticas públicas tengan legitimidad y vayan encaminadas a generar programas saludables;

ii) Fortalecer el control social ejercido por la ciudadanía o la comunidad organizada a través de mecanismos de participación formal e informal. El control social está establecido por mandato constitucional, promoviendo el derecho a informarse, participar en la planeación, controlar y evaluar la gestión pública;

iii) Fortalecer la promoción de la salud y la educación para la salud entendida como proceso de transformación y promoción de autonomía;

iv) La presupuestación participativa como una potente herramienta de relación permanente del gobierno con la población, un modelo de gestión pública democrática, donde la ciudadanía participa de forma directa, voluntaria y universal.

Los enfoques de género y diferencial se reconocen como parte de la realización del derecho a la salud y a la participación, y corresponden específicamente al desarrollo de los principios de igualdad y equidad establecidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) ratificado por el Estado colombiano en 1978. En tal sentido, la PPSS se debe articular y armonizar con estos enfoques, en el entendido que los grupos poblacionales y los trayectos de vida tiene desarrollos propios que deben ser tenidos en cuenta, sin perder de vista que ya existe una serie de prácticas y normas que protegen los procesos participativos de los grupos étnicos, de las víctimas, de la población LGBTI, de las mujeres, de los jóvenes, de los niños y las niñas; es decir, la presente política

15 Fundación Foro Nacional por Colombia, Fundación Corona, Fundación Social, CIDER. Balance de la participación ciudadana en Colombia, 2003.

16 Velázquez Fabio y González, Esperanza. ¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia? Fundación Corona, Bogotá, D. C., 2003, págs. 77 y 78.

17 Puerta Claudia y Agudelo Alejandro. Modalidades de interacción en el régimen subsidiado de salud en Medellín: Participación y estrategias sociales. Hacia la promoción de la salud, Volumen 17, No. 1 enero-junio 2012, p. 16.

18 Ibídem.

19 Ibídem, p. 17.

20 Declaración de Yakarta Sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI, Yakarta, República de Indonesia; 21-25 de julio de 1997.

21 Declaración Política de Río de Janeiro, Cerrando La Brecha: La Política de Acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. OMS Río de Janeiro. Brasil, 19 al 21 de octubre de 2011.

demarca una ruta general de participación social en salud y en relación con estas poblaciones y enfoques debe ser armonizada partiendo del reconocimiento de los avances existentes.

4. MARCO NORMATIVO – LOS DESARROLLOS DE LA CONSTITUCIÓN

Como ya se indicó, la Constitución de 1991 contiene una serie de disposiciones relacionadas con la participación. Con antelación a ese nuevo ordenamiento constitucional, el Decreto 1216 de 1989 estableció los inicios de la organización de los Comités de Participación Comunitaria (CPC) en puestos, centros de salud y hospitales. Por su parte y también anterior al nuevo ordenamiento constitucional, la Ley 10 de 1990, por la cual se reorganizó el Sistema Nacional de Salud, estableció como una de sus finalidades, la organización y el establecimiento de las modalidades y formas de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud.

Ya en vigencia de la Constitución de 1991, la Ley 100 de 1993, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, establece que además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras de este sistema, entre otras, la participación social. En consecuencia, este sistema estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del mismo, debiéndose establecer los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que lo conforman.

El entonces Decreto 1757 de 1994 (actualmente compilado por el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016), por medio del cual se reglamentó dicha ley, aludió a la participación como: “(...) el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, que buscan el bienestar humano y el desarrollo social.”, (Cfr. Artículo 2.10.1.1.2 del Decreto 780 de 2016), a través de los Copacos como instancias de planeación local en salud y en las instituciones del Sistema de Seguridad Social por medio de las asociaciones de usuarios y los comités de ética hospitalaria. (Cfr. Decreto 780 de 2016, artículos 2.10.1.1.10 a 2.10.1.1.14). De igual forma, la Ley 100 de 1993 plantea, en su artículo 175, la creación, en las entidades territoriales, de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud como instancias asesoras.

Por su parte, en la Ley 715 de 2001, por la cual se establecen las competencias del sector salud a nivel nacional y territorial y los criterios de distribución de los recursos del sector, se fija como competencia de la Nación establecer mecanismos y estrategias de participación social y promover el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud.

Así mismo, la norma anterior le determina a los departamentos la competencia de promover la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud. Lo propio acontece con los municipios a quienes se atribuye el impulso de los mecanismos de participación para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud, que también se entiende incorporado a las competencias de los distritos.

De otro lado, la Ley 850 de 2003 de carácter estatutario, establece la normatividad en relación con las veedurías ciudadanas, el procedimiento para su constitución, sus principios rectores, sus funciones, sus derechos y deberes.

Por su parte, en el numeral 4 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007, se incorpora como uno de los ejes del sistema de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud, la atención al usuario y la participación social. A su vez, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, se señala en el literal h) del artículo 39 *ibídem*, que dicha superintendencia desarrollará el objetivo de promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del sistema. Lo anterior, es concordante con lo señalado en el artículo 136 de la Ley 1438 de 2011, en el que se instó al entonces Ministerio de la Protección Social a definir una política nacional de participación social.

Así mismo, la precitada Ley 1438 de 2011 establece, en su artículo 3º, numeral 3.10, dentro de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la participación social, que se define como la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.

Con la normativa anterior se abrieron nuevos espacios de participación de la comunidad, en temas como en el desarrollo de la política de salud que se había visto reflejado a través de lo desarrollado en el Decreto 1757 de 1994, hoy compilado por el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016, los cuales deben fortalecerse haciendo visible la participación en el ciclo de políticas del sector salud; las posibilidades de participar y exigir una mejor atención de salud debe darse adicionalmente en la definición de los presupuestos de las entidades territoriales, en el fortalecimiento de la participación en el ejercicio del autocuidado y en profundizar en la implementación de los ejercicios de control social del sector salud, enmarcados en la Ley 850 de 2003, modificada por la Ley 1757 de 2015.

En este sentido, la reforma contenida en la Ley 1438 de 2011 permite, entre otras cosas, definir un proceso a través del cual la población participa en la definición de los valores de los ingresos y gastos del presupuesto público y a su vez en establecer las prioridades de su inversión. La decisión de implementar este objetivo en el marco de una política de Estado permite dejar de lado la concepción del presupuesto como instrumento técnico y político para pasar a considerarlo como un instrumento con alto contenido social, en la medida que el sentir popular hace parte de las decisiones relativas al destino de los recursos públicos.

En cuanto al marco institucional, el Decreto 4107 de 2011, “Por el cual se determinan los objetivos y estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social”, establece en el artículo 2º, numeral 25, como una de sus funciones: “Promover, de conformidad con los principios constitucionales, la participación de las organizaciones comunitarias, las entidades no gubernamentales, las instituciones asociativas, solidarias, mutuales y demás participantes en el desarrollo de las

acciones de salud”. De igual forma, en el artículo 14 *ibídem*, se señalan como funciones de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, en el numeral 8: “Promover la participación social y ciudadana en la gestión territorial de la prestación de los servicios de salud” y en el numeral 9: “Promover el desarrollo de las formas organizativas de participación y control social en las acciones de salud pública y prestación de servicios de salud”.

A la Superintendencia Nacional de Salud se le atribuye la vigilancia de la atención y protección al usuario y la promoción de la participación social, ejercida a través de la Delegada para la Protección al Usuario que tiene dentro de sus objetivos, de conformidad con lo señalado en el numeral 11 del artículo 18 del Decreto 2462 de 2013: “Desarrollar y liderar estrategias de promoción de la participación ciudadana, protección al usuario y del ejercicio del control social en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluidos los regímenes especiales y excepcionales en salud”.

Adicionalmente, el artículo 12 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 plantea que el derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan. A su turno, la Ley Estatutaria 1757 de 2015 “Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática”, que modifica algunas de las disposiciones de la Ley 850 de 2003, regula lo relativo al derecho a la participación democrática, la cual impacta la participación en salud, con los diferentes elementos que ello comporta, específicamente lo relativo al control social y la financiación.

Con la Resolución 1536 de 2015, la cual tiene por objeto establecer disposiciones sobre el proceso de planeación para la salud, se determina, dentro de las responsabilidades de las autoridades de planeación integral en salud, convocar la participación de las instancias consultivas de planeación integral en salud (Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud y el Consejo de Política Social), así como organizar y coordinar la participación de los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios para la formulación del Plan Territorial de Salud y realizar el monitoreo y evaluación a la ejecución y al cumplimiento del plan territorial de salud y realizar la rendición de cuentas en salud.

Ahora bien, con la expedición de la Resolución 518 de 2015, se establecen las directrices para la implementación de los procesos de gestión de la salud pública en las entidades territoriales y los parámetros para la formulación e implementación del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Esta norma determina la participación como un elemento sustantivo en la salud pública con el objetivo de lograr que la ciudadanía y las comunidades, incidan en las decisiones públicas que afectan la salud, aportando a los objetivos estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública y aumentando la capacidad de gobernanza en salud, mediante el ejercicio de la participación, la interacción social y la concertación de voluntades para el logro del bienestar colectivo.

Así mismo, el Ministerio de Salud y Protección Social ha venido adelantando, a través de la Resolución 330 de 2017, un proceso de construcción de los mecanismos que garanticen la participación en el cumplimiento de lo contemplado en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, el cual señala, entre otras cosas, que el Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

Señalada por la anterior normativa, no puede dejarse de lado la expedición de la Resolución 429 de 2016, mediante la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud, con la cual se define un marco operacional que corresponde al Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) que adopta herramientas para orientar la intervención de los diferentes agentes del sistema, cuyo propósito es la integralidad en el cuidado de la salud, bienestar de la población, y pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo. La implementación, resultados y evaluación de los procesos propuestos en el MIAS, de acuerdo con el artículo 6º de la precitada resolución, requiere el desarrollo concomitante y coordinado, a cargo de todos los integrantes del SGSSS, para lo cual se fija dentro de sus competencias en el numeral 6.3 del artículo 6º, los mecanismos de retroalimentación y planes de mejora.

A su vez, la normatividad ha reconocido diversas formas de participación, con el fin de promover y garantizar los derechos de las poblaciones vulnerables. Tal es el caso de la Ley Estatutaria 1618 de 2013 “Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”, disposición normativa que regula el tema en los artículos: 22 (participación en la vida política y pública), 23 (control social), 24 (participación de las personas con discapacidad y de sus organizaciones) y 25 (participación de las mujeres con discapacidad).

De igual manera, la Ley 1346 de 2009 por medio de la cual se aprueba la “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, alude en el artículo 29 a la participación que deben tener estas personas en la vida política y pública. Igualmente, por su parte, la Ley 691 de 2001, alude a la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. Por su parte, la Ley 1361 de 2009, por medio de la cual se crea la Ley de Protección Integral a la Familia, dispone en su artículo 4º, numeral 2, el derecho que tiene la familia a la participación y representación de sus miembros, la cual debe ser garantizada por el Estado y la sociedad.

De otro lado, la Ley 1251 de 2008 “Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores”, aboga por propiciar la participación del adulto mayor, tal y como se evidencia en el literal c), numeral 2 del artículo 6º de la citada disposición normativa. A su vez, la Ley 1448 de 2011 “Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones”, propende por la participación activa de las víctimas del conflicto, tal y como se señala en su artículo 14. Por su parte, en la Ley 1641 de 2013 “Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle y se dictan otras disposiciones”, también se alude a la participación social como uno de los principios de la política pública social para habitantes de la calle, de conformidad con lo señalado en su artículo 5º, literal c).

Como se observa, existe una normatividad de base y un desarrollo consistente del ordenamiento constitucional de 1991 que incorpora una serie de derechos y deberes en materia de participación social y que lo asocia indisolublemente a la configuración del derecho fundamental a la salud. Es más, es claro que el Estado, en todos sus niveles, debe impulsar los mecanismos de este tipo de participación.

5. MARCO SITUACIONAL

En el sector salud existen una serie de modalidades de participación con evidentes niveles de fragmentación que se traducen en una multiplicidad de grupos con intereses no armonizados y con bajos niveles de compatibilidad entre ellos, que buscan influenciar el proceso de elaboración de políticas e intervenciones de diferente índole buscando que las acciones les sean beneficiosas. Así mismo, no existe una articulación apropiada de los mecanismos y modalidades con las instancias que adoptan las decisiones, ni los mismos son siempre fácilmente accesibles ni plantean soluciones a problemáticas concretas.

En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social busca identificar en el sistema de salud las necesidades y las oportunidades de mejora de los mecanismos de participación existentes y determinar otros como una forma de promover y fortalecer los espacios de participación y control social, como una herramienta para la formulación de políticas sectoriales en el tema, con un liderazgo continuo en el nivel nacional y un monitoreo y seguimiento permanente en las instancias territoriales que deben garantizar estos espacios de participación.

De esta manera, realizar un análisis situacional de la participación en salud, pasa por determinar el nivel de desarrollo de las modalidades de participación social en el sector salud, a partir de la aplicación de las encuestas diseñadas para ello, teniendo en cuenta las características de los espacios constituidos formalmente para el desarrollo de las prácticas participativas, como referente básico, así como el análisis de los desarrollos planteados y los aportes de la comunidad en el proceso de deliberación y construcción de la política.

5.1 SITUACIÓN DE LAS FORMAS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

El entonces Decreto 1757 de 1994, actualmente compilado en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 (artículos 2.10.1.1.1. y siguientes), regula el tema referente a la participación en salud, que es la forma más generalizada del ejercicio participativo en salud en el país a partir de 1993.

El Ministerio de Salud y Protección Social, para el levantamiento de la información relacionada con el funcionamiento de estos espacios de participación en salud, utilizó un proceso de recolección y análisis de la información que comprendió varias etapas:

1. Diseño del instrumento para la recolección de la información para cada uno de los espacios de participación. Al respecto se estructuró una encuesta con tres (3) categorías: Información básica, estructura y organización, y nivel de desarrollo.
2. Orientación sobre el instrumento a los profesionales encargados del diligenciamiento del mismo y de la comunicación con los territorios.
3. Consolidación, análisis y socialización de los resultados.

5.1.1 Información básica

Se refiere a los datos generales necesarios para la sistematización de la información como información de identificación del departamento, distrito y municipio y los datos de la persona que diligencia el formulario, quien será el contacto principal con el Ministerio de Salud y Protección Social.

5.1.2 Estructura y organización

Se refiere a los datos legales referidos a la conformación y formalización de los espacios de participación y los recursos con los que cuenta. Este aspecto es de gran importancia al momento de hacer la caracterización dado que permite evaluar la capacidad organizativa y de gestión que tiene cada espacio de participación.

A través de este ítem se registra información que permite cualificar el desempeño, las limitaciones y los obstáculos preponderantes en el funcionamiento de los espacios de participación al evaluar aspectos relacionados con los recursos humanos con los que se cuenta, materiales disponibles para el desarrollo de los procesos técnicos y operativos que se realizan y aspectos administrativos como: año de constitución, existencia de reglamento interno, bases de datos de sus integrantes, periodicidad, reuniones realizadas en el año e identificación de temas de formación recibidos y necesarios.

5.1.3 Nivel de desarrollo

Hace referencia a las acciones y herramientas que permiten la operatividad de la instancia de participación como guías, reglamentos, planes de acción y desarrollo de sus funciones. Cada una de las dimensiones descritas permite no solo valorar los espacios desde dimensiones diferentes, sino que se pueden establecer relaciones que eventualmente darán cuenta de dónde se están concentrando los principales obstáculos y oportunidades para así establecer los niveles de responsabilidad de cada uno de los actores del sistema en salud.

El alcance primordial de este proceso es identificar, visibilizar y/o fortalecer, según sea el caso, las modalidades de participación en el sector salud, como espacios de construcción, concertación, acompañamiento, consolidación y seguimiento de la política pública de participación social.

5.1.4 Universo de estudio

Los espacios de participación Social en salud objeto de estudio fueron: Servicio de Atención a la Comunidad (SAC), Comités de Participación Comunitaria (COPACOS), Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS) y veedurías ciudadanas en salud.

Es importante mencionar que la norma señala la creación de los Comités de Participación Social en Salud para los municipios. Las otras modalidades se organizan en departamentos, distritos y municipios. Sin embargo, la información referenciada arrojó que departamentos como Atlántico, Caquetá, Casanare, Putumayo y Quindío cuentan con Comités de Participación Comunitaria.

En total se enviaron 224 encuestas distribuidas en 32 departamentos y 32 distritos y municipios capitales.

5.1.5 Servicio de atención a la comunidad

En el artículo 2.10.1.1.4 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 se señala que las Direcciones departamentales, distritales y municipales de salud deben contar con un Servicio de Atención a la Comunidad (SAC) para canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en salud de los ciudadanos. El SAC es la instancia encargada de atender a la comunidad usuaria de los servicios de salud, sirve de interlocución entre la Dirección departamental, distrital o municipal de salud y los actores del Sistema de Seguridad Social, orientada al mejoramiento continuo del servicio público de salud, a través de la atención personalizada del usuario, promoviendo la participación y control social, y la gestión para la resolución de las quejas, peticiones y reclamos de manera oportuna y eficiente.

Las funciones de este espacio de participación se establecieron con el propósito de garantizar un servicio de calidad y de velar por el buen funcionamiento y la buena administración de los recursos por parte de las IPS y de las EPS, al establecer mecanismos de atención a los usuarios, para canalizar y resolver sus peticiones, quejas, reclamos y solicitudes al tomar las medidas correctivas necesarias y mantener informados a los usuarios sobre deberes y derechos en salud. De esta manera, los SAC logran promover procesos de participación local y así dar cumplimiento al derecho legítimo de los ciudadanos de velar por el buen funcionamiento de las EPS y de las IPS al verse impelidas a través de las SAC a brindar una buena atención y satisfacer las necesidades de los usuarios del servicio de salud.

El Servicio de Atención a la Comunidad (SAC) permite a las Direcciones Territoriales de Salud establecer indicadores sobre el funcionamiento del sistema, la calidad y oportunidad de los servicios al conocer la percepción de los usuarios y orientar así la toma de decisiones por parte de los actores responsables del sistema.

Con el establecimiento del SAC en los niveles departamentales, municipales y distritales del país, el Estado pretende establecer canales de comunicación entre la comunidad y las entidades gubernamentales, para que fluya la información en ambos sentidos y exista un grado de ilustración acerca del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) así como del quehacer de las diferentes entidades o dependencias del sector salud.

Por otra parte, es necesario que la comunidad tenga a dónde recurrir para solicitar información sobre la debida utilización de los servicios que necesita, a dónde poder formular peticiones derivadas de las diferentes circunstancias que rodean el servicio recibido o simplemente dónde formular quejas de su inconformidad por la calidad de la atención recibida en las entidades gubernamentales o particulares.

Para el análisis del SAC, se remitieron 64 encuestas, de las cuales se diligenciaron 51; 23 en el nivel departamental y 28 en el nivel municipal y distrital.

a) Estructura y organización

El resultado del procesamiento de la información recolectada sobre los departamentos, distritos y municipios capitales que la reportaron, (un total de 51 entidades territoriales), permitió identificar que en los últimos 10 años se registró una conformación mayor del Servicio de Atención a la Comunidad en aumento de 35,29% al 41,18%. Los resultados muestran una lenta asimilación e implementación de la norma en los territorios ya que en los primeros años de vigencia del Decreto 1757 de 1994, incorporado en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016, solo se conformaron el 13,72% de los existentes. De los 51 SAC reportados, el 100% están activos y el 71% cuenta con acto de constitución.

Considerando la importancia del SAC para una adecuada atención a la comunidad y su estrecha relación con la promoción de salud, se obtuvo como resultado que el 100% de estas instancias se encuentran activas en todas las entidades territoriales que reportaron la información. No obstante, los resultados, en general, dan cuenta de los bajos niveles de apropiación frente a la norma y de los procesos y procedimientos a implementar para el fortalecimiento de procesos participativos y mejoramiento de la calidad de los servicios. Se observa también el bajo nivel de seguimiento, monitoreo, inspección y vigilancia.

Frente a la organización de recursos humanos, técnicos y logísticos, los SAC cuentan con una persona que tiene las funciones de atención a la comunidad. Su nivel educativo fluctúa entre el técnico y universitario. En el caso de los funcionarios profesionales se advierte un mejor nivel de cumplimiento y ejercicio de las funciones, facilitando, de este modo, el logro de los propósitos del espacio de participación donde se encuentra vinculado.

Sobre los recursos técnicos, se pudo establecer que hay un porcentaje representativo de más del 90%, en lo que respecta a contar con oficina y equipo de cómputo, buzón de sugerencias, cartelera informativa y atención preferencial. En menor número y en orden descendente, se cuenta con línea telefónica local exclusiva (32²²) material impreso para la divulgación de deberes y derechos en salud a los usuarios (30), archivo independiente (30) y servicio de fotocopiado (20). Llama la atención que los recursos para información y difusión a la comunidad están disponibles solo en el 59% de las entidades territoriales reportadas, siendo esta una de las responsabilidades más importantes de los SAC, como instrumento para el desarrollo de sus funciones.

En cuanto a la logística utilizada por el SAC, se puede concluir que los usuarios utilizan mejor algunos recursos como el buzón de quejas, la línea telefónica, seguramente porque poseen un mejor conocimiento de los mecanismos de participación de carácter individual por ser fácilmente identificables. También podría estar influido por el hecho de ser estrategias de comunicación directa utilizadas en establecimientos frecuentados cotidianamente, como los supermercados o establecimientos de venta de bienes o servicios. La línea telefónica se utiliza también para aspectos diferentes a la expresión de opiniones o intercambio de informaciones, sobre todo a la atención (citas, ambulancia, etc.).

Así mismo, se observó una diferencia en cuanto a la estructura orgánica de las entidades territoriales puesto que el SAC en algunos territorios depende de la oficina del despacho del

22 Números absolutos.

Secretario de Salud y, en otros, de la dirección de prestación de servicio, de la unidad de vigilancia y control, de las oficinas de desarrollo social, promoción social, planeación, calidad y aseguramiento de salud pública. Esto muestra la diferencia organizativa y administrativa de los territorios para cumplir con la promoción y fomento de las formas y modalidades de participación y la jerarquía y prioridad que tiene este tema.

b) Nivel de desarrollo

La falta de un apoyo administrativo adecuado para los SAC puede mostrar insuficiencia de acciones y herramientas que permitan su operatividad para poder dar respuestas oportunas y satisfactorias, acordes al desarrollo de sus funciones. El 37% de los SAC reconocen no tener protocolos y/o guías para orientar y acompañar los procesos de participación, el 29,4% no hacen reuniones periódicas, mientras que el 23,5% manifestaron no tener manual de procesos, ni realizar acciones de seguimiento.

Teniendo en cuenta que el plan de acción es un modo de asegurar claridad en el SAC con la definición de las estrategias para el alcance de sus objetivos, se obtuvo como resultado que el 80% de las entidades territoriales manifestaron tener plan de acción.

De estos planes de acción, el 70,5% cuentan con objetivos, metas e indicadores. El 64% de los planes de acción tiene en cuenta la realización de capacitaciones y seguimiento y el 60% tiene en cuenta la articulación intersectorial. El 98% de las entidades territoriales realizan la articulación a través del SAC, con entidades públicas, concurrentemente, el 71% articula con entidades privadas, el 31% con ONG y el 10% con otros actores.

Teniendo en cuenta los datos allegados, en cuanto a la periodicidad de función, el SAC se reúne mensualmente en un 64% de las ocasiones, trimestralmente en un 28%, semestralmente en un 5% y de manera eventual en un 3% de las veces. El 92% de los SAC de las entidades territoriales se comunica con las comunidades por medios escritos. El 86% lo hace por medio de charlas con la comunidad, el 51% por medio de campañas radiales y el 34% por medios audiovisuales. Aunque el parágrafo del artículo 4° del Decreto 1757 de 1994, señalaba que: *“El Servicio de Atención a la Comunidad dispondrá los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios para el cumplimiento de sus funciones (...)”*, solo el 51% de los SAC reconocieron tener los recursos para su funcionamiento.

El 80% de las entidades territoriales consultadas refirió que realizaban encuestas de satisfacción. Es importante destacar que estas son herramientas imprescindibles de los SAC en su responsabilidad de control y seguimiento para canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en materia de salud de los ciudadanos y la búsqueda de su intervención para la adecuada atención y oportunidades de mejora.

La información obtenida sobre la encuesta de satisfacción de usuarios es tenida en cuenta para la toma de decisiones relacionadas con los procesos de calidad de la institución. Su nivel de efectividad depende en gran medida de la periodicidad con que se realizan estos procedimientos, que para el caso del estudio es relativamente baja.

c) Cumplimiento de las funciones

Si bien se observó un alto cumplimiento de las funciones señaladas en el Decreto 1757 de 1994, compilado por el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016, vale la pena mencionar que aquellas relacionadas con: atender y canalizar las veedurías ciudadanas y comunitarias, exigir que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de salud, entreguen información sistematizada y tomar las medidas correctivas, son las de más bajo cumplimiento. Las funciones esenciales como la recepción e información sobre el funcionamiento de los sistemas de información y atención al usuario de IPS y de EPS y la de promoción de la participación en salud en el municipio, se dejan de lado y concentran su quehacer en lo relacionado con la atención de peticiones, quejas y reclamos que se presentan y en la orientación a los usuarios.

Si se toma en cuenta el papel que el SAC juega frente a la vigilancia del funcionamiento de los Sistemas de Información y Atención a los Usuarios (SIAU) de EPS y de IPS, a la orientación que debe dar a las veedurías ciudadanas y a la promoción de los procesos de participación local, se puede concluir, de acuerdo a los resultados encontrados, que no existe el servicio como tal, sino que se cumple con algunas de las funciones asignadas a través de una oficina denominada atención a la comunidad o atención al ciudadano, la cual centra su quehacer en lo relacionado con la recepción, clasificación y canalización de las peticiones, quejas y reclamos y al suministro de información verbal solicitada por los usuarios y orientación para la atención en las diferentes dependencias de la institución.

d) Dificultades

Los referentes de participación de las diferentes entidades territoriales encuestadas opinaron que tienen dificultades con el SAC por diversos motivos, entre ellos:

1. Falta de participación de los usuarios y de promoción de los espacios de participación en las instituciones.
2. Falta de recursos técnicos y financieros.
3. Falta de capacitación, en las modalidades y formas de participación, debido a lo cual no se han logrado los objetivos para los que fueron creados, al igual que la falta de conocimiento de los usuarios, lo cual obstaculiza su participación.

Es muy posible que las dificultades planteadas desmotiven a los actores responsables de llevar a cabo las responsabilidades que les impone la norma.

e) Alternativas de solución

Las entidades territoriales plantearon las siguientes propuestas de solución a las dificultades encontradas:

1. Divulgar normatividad, estrategias y lineamientos.
2. Articular con otras instancias dentro de las instituciones gubernamentales de atención a la salud.
3. Asignar recursos (humanos, físicos, tecnológicos, logísticos, financieros) y normalizarlos.

4. Integrar el organigrama de la secretaría de salud.

5. Mejorar y apoyar capacitación e intercambio de conocimiento desde el Ministerio.

6. Sancionar el no cumplimiento de las peticiones, quejas y reclamos.

5.1.6 Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS)

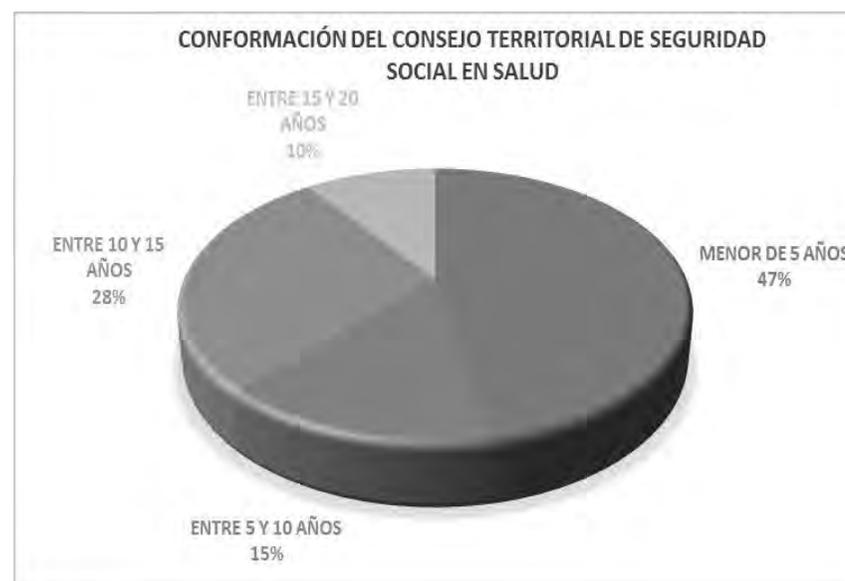
Son los espacios considerados con más alto grado de incidencia y producen insumos para la toma de decisiones y el desarrollo de políticas concertadas frente al SGSSS y su participación en la construcción, seguimiento y monitoreo de los planes territoriales de salud, teniendo en cuenta las características particulares como la situación de salud y las necesidades e intereses de cada uno de los actores que lo conforman.

Se definió el régimen de organización y funcionamiento de los CTSSS, a través de los Acuerdos 25 de 1996 y 57 de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y en ellos se determinó su conformación, para ello se integra en este espacio a la entidad territorial, a los prestadores de servicios de salud, a los administradores de planes de beneficios, a los empleadores y trabajadores, a las asociaciones de usuarios, a los profesionales de la salud y a la comunidad en general. La importancia de este espacio de participación radica en la jerarquía de sus integrantes, así como en sus funciones de asesoría a las direcciones locales de salud, de promoción de la descentralización y del aseguramiento a la población más pobre y vulnerable, así como también en el análisis y aprobación de los planes territoriales de salud.

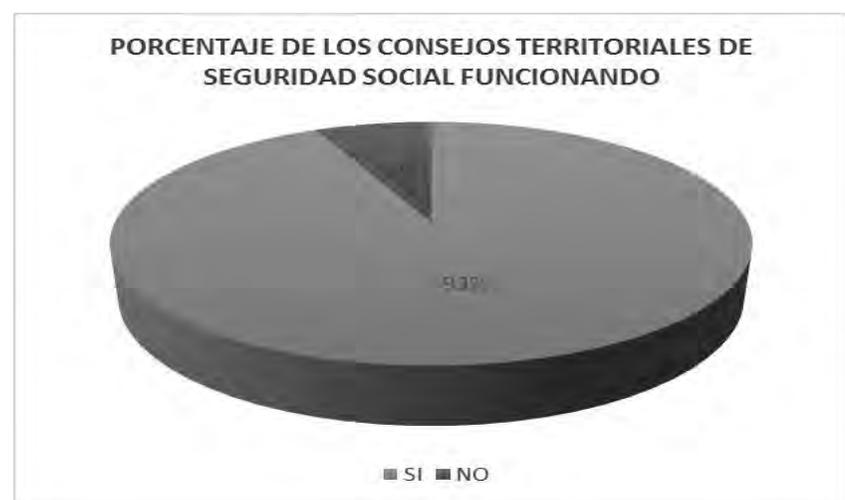
a) Estructura y organización

Para el análisis de los CTSSS se enviaron 64 instrumentos de recolección de la información, de los cuales, 32 se dirigieron a departamentos y 32 a municipios y/o distritos (incluyendo la ciudad capital). De los remitidos se diligenciaron 41 encuestas. Dichas encuestas arrojaron los siguientes resultados en torno a la conformación del CTSSS: El 47% de las entidades territoriales manifestó que sus CTSSS están conformados hace menos de 5 años. Se aclara que en el periodo inicial de la expedición de la normatividad relacionada con la creación y organización de este espacio, se crearon solamente alrededor de 10% de CTSSS, de acuerdo con la información reportada por las entidades territoriales.

A continuación se muestra una gráfica sobre la conformación del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud:



Con las respuestas de los diferentes referentes de participación, se corrobora que el 100% de las entidades que reportaron información tienen conformados su CTSSS como el espacio de toma de decisiones, en el que se desarrollan políticas concertadas frente al SGSSS. No obstante, el 93% de las entidades territoriales que respondieron la encuesta afirmaron tener activo el CTSSS.



Con relación a los recursos técnicos de los CTSSS, el 40% de los estos no dispone de oficina destinada para sus reuniones, el 38% no cuentan con equipo de oficina y cómputo, el 53% no dispone de equipo de línea telefónica, el 63% no cuentan con correo electrónico,

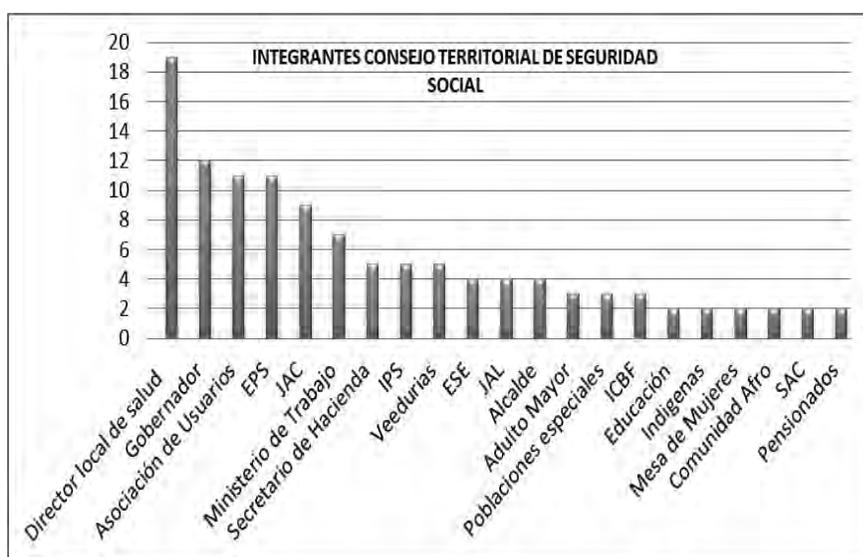
el 58% no dispone de recursos para información y difusión a la comunidad y el 65% de los CTSSS no cuenta con material de consulta permanente.

b) Nivel de desarrollo

El 83% de los CTSSS no cuenta con manual de procesos y procedimientos, el 70% de los CTSSS no dispone de protocolos y/o guías para orientar y acompañar los procesos de participación, el 83% de los CTSSS no cuenta con equipo de línea telefónica, el 85% de los CTSSS no dispone de equipo de protocolos y/o guías. El 25% de los CTSSS no realiza reuniones de seguimiento y el 85% de los CTSSS no cuenta con plan de acción. En cuanto a los contenidos del plan de acción, se observa que solo un 35% contempla la articulación intersectorial, un 25% de los planes contempla objetivos, metas, indicadores, capacitación y seguimiento. Los CTSSS se articulan en un 98% con entidades públicas, un 75% con entidades privadas, un 31% con ONG y un 8% con otras instituciones.

El 75% de los CTSSS utiliza los medios de comunicación escritos para comunicarse con la comunidad, el 58% lo hacen por medio de charlas, el 23% a través de campañas radiales, mientras que el 18% utiliza medios audiovisuales, tales como: televisión, videos e internet.

Los resultados evidenciados permiten afirmar que, si bien los CTSSS están formalizados en las entidades territoriales, su funcionamiento y organización no es suficiente para convertirlos en espacios de debate, análisis, asesoría y de promoción para la participación comunitaria. De los 41 CTSSS que reportan información, la mayor participación se concentra en los delegados de la administración, en su orden, Director local de salud 19, gobernador 12, alcalde o delegado 4 y secretario de hacienda 5, representantes de asociación de usuarios 11 (que equivale al 27%), Ministerio del Trabajo 7 (que representa el 17%). La mayor participación de los representantes de la administración se explica en la medida en que el Acuerdo 57 de 1997 les asigna la presidencia y secretaria técnica de este espacio.



Las representaciones institucionales y técnicas que corresponden a prestadores de servicios de salud (en un 31%), administradores de planes de beneficios (en un 10%) y profesionales del sector salud (en un 15%).

c) Cumplimiento de las funciones

De acuerdo con el resultado de las encuestas, los CTSSS cumplen con sus funciones esenciales frente a los planes territoriales de salud y realizan seguimiento y monitoreo a las metas definidas en los mismos; además, adoptan, adaptan y proyectan políticas nacionales de salud para el territorio y asesoran en el desarrollo de los proyectos que hacen parte del plan de salud territorial.

d) Dificultades

Respecto de las dificultades evidenciadas en torno al funcionamiento de los CTSSS, se advierten las siguientes con la indicación de su proporción:

El 13% de los CTSSS de las entidades territoriales registradas manifiesta dificultad en el conocimiento de la norma, el 45% refiere dificultad con el compromiso de sus integrantes, el 48% expresa dificultad en las responsabilidades de los diferentes actores, el 40% manifiesta dificultad en cuanto al reconocimiento por parte de la comunidad, el 35% presenta dificultades motivacionales, el 43% considera las dificultades en cuanto a la capacitación, el 20% refiere poco reconocimiento de las EPS e IPS de su gestión y el 60% tiene inconvenientes en materia de recursos logísticos y técnicos.

e) Alternativas de solución

Las entidades territoriales plantearon las siguientes propuestas de solución a las dificultades encontradas:

1. Mejorar y apoyar capacitación e intercambio de conocimiento a través de este ministerio.
2. Socializar, promover, motivar, comprometer y divulgar la institucionalidad y sus acciones.
3. Asignar recursos (humanos, físicos, tecnológicos, logísticos, financieros) y actualizar la normatividad.
4. Articular el desarrollo de las funciones de los CTSSS, con otras instancias dentro de las instituciones gubernamentales de atención a la salud.
5. Divulgar normatividad, estrategias y lineamientos.

5.1.7 Comité de participación comunitaria en salud – COPACO

De acuerdo con el artículo 2.10.1.1.7 del Decreto 780 de 2016, el COPACO se concibe como un espacio de concertación entre el Estado, representado en el alcalde, las Direcciones locales de salud, la gerencia de la ESE Hospital y las formas organizativas sociales y comunitarias del territorio municipal.

Considerando la inclusión y multiplicidad de actores sociales y comunitarios que integran el COPACO, este espacio posibilita el encuentro de autoridades locales, instituciones y organizaciones comunitarias, en torno al diagnóstico de la situación de salud en el municipio, facilitando a las organizaciones sociales su participación en los planes territoriales de salud y siendo un referente del sector en los procesos de planificación y de control social.

El COPACO es un actor con representación institucional y comunitaria que gestiona la inclusión de planes, programas y prioridades en salud, participa en la toma de decisiones y en la distribución, seguimiento y evaluación de recursos de acuerdo a las fuentes de financiación.

a) Estructura y organización

En el levantamiento de la línea base se identifica que de las 32 encuestas, se recibieron 27 diligenciadas. Desde hace 10 años ha ido creciendo el número de COPACOS habiéndose creado el 56% de ellos en los últimos 5 años; lo anterior, no obstante haberse expedido la norma hace 20 años.

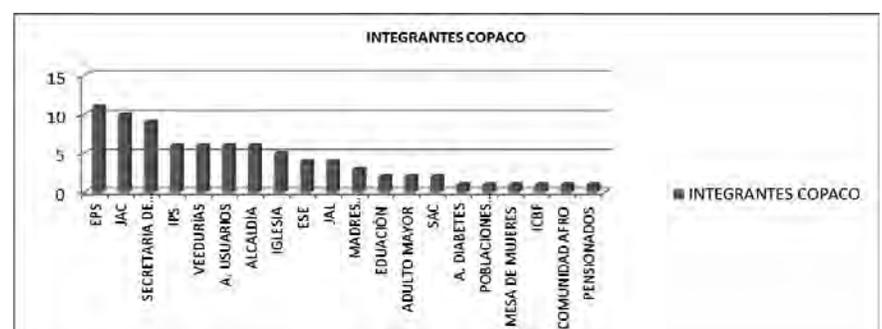
De los 27 COPACOS que respondieron la encuesta, el 81.48% están activos, y cuentan con una periodicidad para reunirse trimestralmente un 37% y mensualmente un 32%, lo que se constituye en un indicador de su funcionamiento y en condición para que en su interior se puedan establecer procesos de comunicación e interlocución más efectivos y permanentes entre las organizaciones e instituciones del sector.



b) Nivel de desarrollo

Los temas que se consideran necesarios para su fortalecimiento y cualificación hacen referencia al papel estratégico que debe cumplir el COPACO y que evidencia una mayor apropiación de sus funciones en tanto el promedio de temas identificados corresponden a la articulación del COPACO con otros escenarios de participación local, presupuesto participativo, planes municipales, elaboración de proyectos y estrategias para su dinamización. En cuanto a la participación con mayor nivel de efectividad y permanencia en el COPACO, la misma corresponde a las Juntas de Acción Comunal (JAC), EPS, direcciones o Secretarías de Salud con representantes de ellos en diez (10) COPACOS.

En la participación de los actores institucionales se observa una vinculación directa de las Secretarías de Salud, EPS, IPS y alcaldía en el COPACO. A nivel comunitario, las veedurías, asociación de usuarios y madres comunitarias están representados en 6 COPACOS.



Las Juntas Administradoras Locales presentan mayores niveles de participación ciudadana en aquellos municipios o distritos que cuentan con mayor capacidad administrativa, en tanto se circunscriben dentro de un grupo de corporaciones de elección popular y no organizaciones comunitarias. Se observa un comportamiento regular en las organizaciones de programas de salud, gremios productivos y organizaciones del sector educativo, mientras que una vinculación más débil en otras organizaciones de la comunidad tales como mesa de mujeres, adulto mayor, asociación de diabetes, comunidades indígenas, poblaciones especiales, afrodescendientes grupos que solo aparecen registrados en un COPACO.

Realizando la lectura desde un ángulo distinto, en el COPACO no convergen las personas en calidad de ciudadanos sino como delegados de organizaciones sociales y comunitarias.

Estos datos podrían denotar el insuficiente y débil nivel de asociatividad de estos grupos y el bajo nivel de incidencia que tienen en la vida local. El 67% de los COPACOS manifiestan no tener manual de procesos ni procedimientos y el 63% de los COPACOS no cuentan con protocolos y/o guías para orientar y acompañar los procesos de participación.

Teniendo en cuenta que el plan de acción es un modo de asegurar claridad de las acciones del COPACO, con la definición de las estrategias para el alcance de sus objetivos, el 59% respondieron no tener plan de acción. De estos planes de acción, el 65.5% cuentan con objetivos, metas e indicadores, el 51% de los planes de acción tiene en cuenta la realización de capacitaciones y seguimiento y el 59% no realiza articulación intersectorial. El 89% de los COPACOS manifiesta articularse con entidades públicas, el 41% con empresas privadas, el 19% con ONG, y el 77% de los COPACOS utilizan los medios de comunicación enumerados en la pregunta, a saber ¿a través de cuáles medios se comunica con la comunidad?. El 59% hacen charlas con la comunidad y con igual porcentaje, se comunica por medios escritos.

c) Cumplimiento de funciones

Los resultados mostraron que los porcentajes de cumplimiento de las funciones estratégicas de los COPACOS, en su mayoría no superan el 50%. Este hallazgo denota que al interior de estos espacios se requiere una evaluación y cualificación respecto a su deber ser y a las exigencias técnicas que demanda el sector y esta forma de participación.

d) Dificultades

El 59% manifestaron falta de compromiso de sus integrantes; el 51% reportan falta de claridad en las responsabilidades de sus actores; el 48% manifiesta que sus dificultades están en la falta de recursos logísticos y técnicos; el 33% de los COPACOS manifestaron tener dificultades en cuanto al conocimiento de la norma y el 44% presenta dificultades en cuanto al reconocimiento de la comunidad. En las dificultades reportadas para su funcionamiento y elección de sus integrantes, se puede observar que las respuestas corresponden a la visión institucional por cuanto la mayoría refirió los bajos compromisos comunitarios, una incipiente formación ciudadana para la participación en el sector y en los elementos que se consideran en los presupuestos participativos.

Los procesos participativos denotan uno de los mayores problemas estructurales que presentan las entidades públicas y los funcionarios en tanto estos perciben la promoción de la participación como una obligación menor y no en su verdadera acepción como uno de los fines esenciales del Estado y como el medio más idóneo de democratizar la vida pública municipal.

e) Alternativas de solución

Las entidades territoriales plantearon las siguientes propuestas de solución a las dificultades encontradas.

1. Mejorar y apoyar capacitación e intercambio de conocimiento desde el Ministerio
2. Socializar, promover, motivar, comprometer y divulgar la institucionalidad y sus acciones.
3. Asignar recursos (humanos, físicos, tecnológicos, logísticos, financieros) y normalizarlos.
4. Acompañar, seguir y apoyar la creación del COPACO.
5. Divulgar normatividad, estrategias y lineamientos.

5.1.8 Veedurías ciudadanas

La veeduría ciudadana, de acuerdo con la Ley 850 del 2003, modificada por la Ley 1757 de 2015, es un mecanismo democrático de representación de los ciudadanos o de las organizaciones comunitarias, que permite vigilar la gestión pública de autoridades y entidades estatales o privadas, o de organizaciones no gubernamentales, en aquellos ámbitos, aspectos y niveles en los que total o parcialmente se empleen los recursos públicos.

a) Estructura y organización

Se observa un crecimiento progresivo en el proceso de conformación de las veedurías, iniciando con un 1.33% hace 20 años, e incrementándose aceleradamente en los últimos 10 años, hasta llegar a un 77% en los últimos 5 años. A continuación, se presenta una gráfica sobre la conformación de las veedurías.



Respecto a la conformación de las veedurías, el 94% tienen acto de constitución, el 98% de ellas se encuentran activas, el 78% se encuentran registradas en la personería municipal, el 9% en la Cámara de Comercio, y un 20% en otras entidades (Superintendencia Nacional

de Salud, Secretarías de Salud y en el espacio comunitario de control social), el 15% cuentan con herramientas tecnológicas, el 45% dispone de materiales para el desarrollo de su labor y el 65% cuentan con espacio físico para adelantar sus reuniones.



b) Nivel de desarrollo

Los resultados muestran que solo el 12% de las veedurías cuenta con manual de procesos y procedimiento, el 30% dispone de protocolos y guías para orientar y acompañar los procesos de participación y el 40% cuentan con plan de acción. Estos datos indican que si bien el proceso de control social se ha promovido en su creación y funcionamiento, requiere su fortalecimiento mediante asistencia técnica.

Así mismo, los resultados muestran que el 85% de las veedurías utilizan medios escritos como instrumentos para el ejercicio del control social, los cuales se catalogan de la siguiente manera: derechos de petición (48%), consultas (55%) y 33% utilizan la denuncia, la tutela y las audiencias públicas como instrumentos de control social. Los resultados de la encuesta mostraron un adecuado conocimiento de las funciones de la norma y de los mecanismos de participación formal.

La mayoría de las veedurías ejercen control social a través de instrumentos escritos, seguido por consultas y derechos de petición. Entre el 30 y 40% de las veedurías utilizan alguno de los siguientes instrumentos: solicitudes, instancias de control, denuncia, queja o reclamo, acción de tutela, audiencias públicas y otras acciones.

c) Cumplimiento de funciones

Las veedurías que cumplen con todas sus funciones, se destacan por utilizar varios medios de comunicación con la comunidad, por usar varios instrumentos para ejercer control social y por estar coordinados con más de un sector para el cumplimiento de sus objetivos (empresas privadas, ONG y/o entidades públicas). Las funciones de mayor cumplimiento de las veedurías son las relacionadas con la vigilancia de los recursos y las entidades del sector salud.

d) Dificultades

Las dificultades expresadas por las personas encuestadas arroja información sobre las posibles causas por las cuales la mayoría de veedurías no cumple con todas sus funciones. Se destacan dificultades como la falta de conocimiento de la norma, la falta de compromiso de los integrantes, de capacitación y de claridad en las responsabilidades de los diferentes actores, los cuales son aspectos internos que debilitan el funcionamiento de las veedurías, afectando el cumplimiento de funciones tales como:

“Vigilar los procesos de planeación para que conforme a la Constitución y la ley se de participación a la comunidad”. “Vigilar que en la asignación de los presupuestos se prevean prioritariamente la solución de necesidades básicas insatisfechas según criterios de celeridad, equidad y eficacia”. “Vigilar porque el proceso de contratación se realice de acuerdo a los criterios legales”. “Vigilar y fiscalizar la ejecución y calidad técnica de las obras, programas e inversiones en el correspondiente nivel territorial”. “Recibir informes, observaciones y sugerencias que presenten los ciudadanos y organizaciones en relación con las obras o programas que son objeto de veeduría”. “Solicitar a interventores, supervisores, contratistas, ejecutores, autoridades contratantes y demás autoridades concernientes, los informes, presupuestos, fichas técnicas y demás documentos que permitan conocer el cumplimiento de los respectivos programas, contratos o proyectos”.

Aspectos externos como la falta de recursos logísticos y técnicos, son dificultades que restan agilidad en los procesos de las veedurías, así como factores de desmotivación que llevan a una falta de compromiso por parte de los integrantes.

La falta de comunicación y de apoyo en la red institucional de veedurías es una dificultad que impide el cumplimiento de la función: “Coordinar con todas las instancias de vigilancia y control la aplicación efectiva de las normas y velar por el cumplimiento de las mismas”.

e) Alternativas de solución

Las entidades territoriales plantearon propuestas de solución a las dificultades encontradas, las sugerencias fueron: fortalecimiento institucional; promoción de la cultura de participación y de motivación a los miembros de la veeduría; fortalecimiento y articulación interinstitucional; aumento de recursos financieros y otros.

La mayoría de respuestas apuntaron hacia soluciones relacionadas con el fortalecimiento institucional (en un 42%), categoría que vale la pena explicar en detalle por la alta importancia que dieron las personas entrevistadas a este ítem. En esta categoría se agruparon las respuestas que indicaban como sugerencia para mejorar sus funciones la capacitación,

planeación (necesidad de mejorar sus procesos de gestión, seguimiento, ejecución y evaluación) y apoyo en talento humano.

Es de particular importancia la capacitación, pues el 28% de los encuestados planteó la necesidad de recibir mayor capacitación; siendo este ítem el de mayor importancia si se desglosa la categoría de fortalecimiento Institucional.

Por último, en la categoría “otros” (4%) de los encuestados propusieron como alternativa de solución, la “construcción de un nuevo sistema de salud” y “la exigencia de atención inmediata en condiciones adecuadas”.

5.2. CATEGORIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN SALUD

Es claro que el avance y desarrollo de la participación no es homogéneo en el territorio nacional. Al respecto se ha indicado:

“Una mirada general a los desarrollos y procesos de la participación social en salud, muestran que existen múltiples factores que inciden negativamente para alcanzar procesos continuados que generen una dinámica más contundente hacia el empoderamiento y que a la vez posibiliten calidad de vida y la concreción del derecho a la salud como expresión de ciudadanía”²³.

En el proceso de construcción de la PPSS se identificaron los siguientes núcleos problemáticos:

5.2.1 Condiciones que debilitan la participación social en salud

La situación planteada se organiza por categorías, teniendo en cuenta que la encuesta muestra desarrollos desiguales tanto institucionales como comunitarios y/o sociales en los procesos de participación en salud. En tal sentido, las categorías permiten establecer los problemas o puntos críticos comunes al conjunto de la institucionalidad en salud y a las dinámicas sociales y comunitarias, reiterando que no hay desarrollos iguales pero que lo hallado afecta tanto a la institucionalidad como a las dinámicas sociales de participación en salud que dificultan o debilitan en mayor o menor grado la situación.

a) La visión de salud y la forma en que afecta la participación social

1. La visión institucional es una construcción histórica. En tal sentido, ha estado subordinada a la lógica y prácticas vinculadas con una comprensión de la participación como “colaboración” lo que le da un carácter de participación asistida en donde es clara la ausencia de una visión de derecho y, por ende, de la participación vinculada con un ejercicio de autonomía y ciudadanía. La transformación del marco legal y el reconocimiento de la participación como derecho implican la transformación de las lógicas y dinámicas institucionales que posibiliten el reconocimiento de los sujetos y su participación como derecho.

2. Con mayores o menores grados, se debe fortalecer la capacidad institucional para reconocer las lógicas comunitarias y sociales basadas en las dinámicas territoriales.

3. En general, falta mayor comprensión del valor de la participación en relación con la construcción social de la salud, en los diversos lugares institucionales donde se desarrolla la salud. Tal situación hace necesario un reposicionamiento institucional de esta área con el derecho a la salud, pues la misma es vinculante y estratégica para generar legitimidad.

4. A pesar de los avances en el último tiempo del reconocimiento del papel de la participación social en salud y de la necesidad de transversalizarla, no hay dispositivos efectivos para que la participación se introduzca en todos los procesos de gestión de las políticas en salud: diagnóstico, programación, ejecución y evaluación.

5. Por lo general, se asume que la debilidad en la participación se debe a la falta de conocimiento, y por lo tanto, se proponen estrategias educativas en términos de capacitación como alternativa de solución a la problemática, sin olvidar una mirada estructural y de conjunto.

Adicionalmente, los procesos educativos no logran reconocer los lenguajes y dinámicas de los participantes y termina siendo instrumentalizada, es decir, se restringe a dar información o en definitiva se requiere de un enfoque pedagógico que reconozca la autonomía e incluya desarrollos didácticos acordes con los participantes.

b) Insuficientes capacidades institucionales

1. Las instituciones en el nivel nacional y territorial no cuentan con suficiente capacidad instalada en términos de recursos: técnicos, logísticos, humanos para responder a los requerimientos y necesidades para potenciar la participación social en salud.

2. A pesar de que existen lineamientos, aún no se logra establecer una coherencia en los mismos, lo que se explica en parte por la fragmentación de la norma.

3. Debilidades en la gestión con insuficientes herramientas de planeación.

4. Desarticulación entre los procesos de participación social y los objetos de la gestión en salud: salud pública, aseguramiento, tales como: programas, planes locales y planes de salud pública.

5. Permanentes cambios institucionales.

c) Debilidades encontradas

1. Debilidad en algunos espacios y mecanismos (formas institucionales de participación).

2. Hay una visión de desgaste, en cuanto se considera a estos espacios como lugares de reunión con poca incidencia, que en muchas ocasiones operan bajo una lógica de captura clientelar y que no afectan las decisiones públicas.

3. No hay condiciones y garantías materiales suficientes para la realización y desarrollo de estos espacios de participación.

4. Existe una fragmentación entre uno y otro espacio de participación que no posibilita su fortalecimiento en función del derecho a la salud.

5. Los espacios de participación no logran desarrollar dinámicas y metodologías para generar debates y deliberaciones que potencien los mismos como lugares para profundizar la democracia.

6. Existe bajo poder de convocatoria por parte de las autoridades locales, así como de las instituciones.

7. La participación de la comunidad se hace en muchos casos respondiendo a exigencias coyunturales.

Considerando que el Estado es una construcción histórica y social y que, en un principio, la salud no era reconocida como un derecho fundamental, tanto desde el punto de vista legal como en las prácticas y la cultura democrática, no se garantizaba a profundidad el derecho a la participación social en salud y, por ende, la incidencia de la ciudadanía en la política de salud sigue siendo restringida. En tal sentido, la Ley Estatutaria en Salud es clara en ordenar que se generen garantías y condiciones para que la participación en salud tenga alcance decisivo por parte de la ciudadanía en todos los procesos de la política en salud y sus programas.

De acuerdo con las experiencias de los procesos participativos de carácter formal y representativo (COPACOS, asociaciones, comités y consejos) la institucionalidad en salud ha conducido a prefigurar el sujeto que participa, las condiciones y las reglas, determinando la lógica de la participación de manera subordinada a la institucionalidad.

En los procesos de deliberación, se identificó de manera mayoritaria que la participación en salud ha operado bajo la lógica del Sistema General de Seguridad Social en Salud – Ley 100 de 1993, en donde no se identifica la salud como bien público, al ser considerada como un servicio individual conectado al régimen al cual el usuario pertenece, el cual obedece a la capacidad de pago, ya sea del afiliado – cotizante o del beneficiario del subsidio – asistido, este elemento es central para determinar el bajo poder de la ciudadanía y un elemento sustantivo para transformar las lógicas y dinámicas de participación en salud.

Por su parte, los COPACOS aún no logran ganar capacidad suficiente para vincular a múltiples organizaciones y sectores en relación con la salud, el bienestar y la calidad de vida. Parte de la explicación se encuentra en la escasa generación de condiciones para la participación que deben brindar las entidades territoriales (como por ejemplo a través de las alcaldías) que en muchos casos no identifican este espacio como un lugar legítimo y legal para discutir la planeación local en salud.

Las asociaciones de usuarios identifican una serie de problemáticas de diversos órdenes:

La salud está enmarcada en la asistencia en el sistema. Solo hasta hace cinco (5) años se ha logrado apropiarse por parte de un importante número de asociaciones su papel de vigilantes de la garantía del derecho a la salud para los usuarios.

5.2.2. Problemática planteada en el marco institucional

A continuación, se presenta una serie de problemáticas de participación que se producen entre las prácticas de participación (realidad) y su deber ser previsto en la normatividad (Leyes 1438 de 2011 y 1751 de 2015), en relación con las condiciones efectivas en que se realizan los procesos participativos. La PPSS se convierte en una oportunidad para abordar dichas disparidades e incorporar soluciones coherentes en el plan estratégico. Es claro que la propuesta normativa está encauzada a reconocer la participación social como un derecho vinculado de manera integral e indivisible con el derecho a la salud.

Sin embargo, uno de los mayores problemas para posibilitar que la ciudadanía participe en la definición de la política en salud, tiene que ver con la debilidad institucional, a pesar de que la norma ha insistido en el carácter de derecho de la participación y en ese contexto la obligatoriedad del Estado para garantizarla. Entre los obstáculos para la participación atribuidos a las instituciones está la falta de credibilidad de los procedimientos y mecanismos institucionales porque no perciben ni claridad, ni respuestas oportunas y satisfactorias: *“Nosotros pensamos que para qué participamos, si lo que decimos no se tiene en cuenta, y cuando uno tiene problemas lo mandan de una oficina a otra y lo enreda, uno termina cansado”*. (Taller de formulación de PPSS, Armenia, 2015)²⁴.

Algunos mencionan la falta de voluntad y cultura de las instituciones para promover ese comportamiento en los usuarios: *“muchas veces las asociaciones o COPACOS no pueden participar porque no tienen con qué, no hay herramientas y las instituciones no le ponen cuidado a esto, uno no sabe si es por negligencia, o no les interesa”*. (Taller de formulación de la PPSS, Bucaramanga, 2015)²⁵.

Otros participantes mencionan como barrera la interacción entre actores que están en desigualdad de condiciones, es decir, el individuo y la institución: *“Tal vez el enfrentarse a la organización misma: no es lo mismo el usuario que está libre, que no depende de nadie, al que está en una institución donde hace parte de la organización, de unas normas que tiene que cumplir. Siempre existe esa barrera entre los funcionarios y la comunidad, la cual tiene que enfrentarse a una institución con poder, la que además los puede estigmatizar”* (Taller de formulación de PPSS, Cali)²⁶.

“El temor, por la incapacidad de las personas a cargo de estas instituciones para afrontar la crítica de la comunidad y de los diferentes organismos sociales que vienen a hacer verdadera participación y veeduría y a cuestionar (...) el temor es de los funcionarios públicos y privados también, que son reacios a permitir que la comunidad y las diferentes personas participen en el control”.

En los talleres de formulación, también se refirieron a la falta de comunicación con los usuarios y algunas actitudes del personal de salud y administrativo como barreras para la participación social: *“(...) en la participación a la comunidad los funcionarios no nos ven*

23 Carmona y Casallas, *op. cit.*, pág. 81.

24 Taller de formulación de PPSS, Armenia, 11 de septiembre de 2015.

25 Taller de formulación de la PPSS, Bucaramanga, 25 de septiembre de 2015.

26 Taller de formulación de PPSS, Cali, 1° de octubre de 2015.

como personas con derechos, sino como gente cansona que pone lata, solo si se reclama duro nos ponen cuidado”²⁷.

Algunos funcionarios de instituciones públicas atribuyeron la falta de participación a la dificultad en implementación de la normatividad, por su complejidad, o la escasez de recursos. “Las leyes son complejas y cada día sale una norma nueva, que muchas veces contradice la anterior y la anterior no se deroga, esto dificulta los procesos”²⁸.

Existen muchos espacios que en realidad no tienen un impacto significativo y no se evidencian espacios de participación en la distribución de recursos: “no hay incidencia en las decisiones porque los lineamientos ya están definidos por el Ministerio, la participación se ha centralizado en los mismos líderes y no hay sanciones claras cuando se incumplen los espacios de participación. Es importante que se conforme un solo espacio que realmente sea funcional”²⁹.

En general, en los talleres se planteó que no hay unificación de criterios en el funcionamiento de los mecanismos de participación en salud, así como que es necesario unificar el concepto de participación, sin perder de vista que siempre se deben tener en cuenta las dinámicas propias de los territorios: “(...) que la participación se pueda aterrizar a las particularidades de los territorios como por ejemplo, las regiones donde la mayoría de la población es indígena, vive en zonas dispersas y es el grupo poblacional al que más se ven vulnerados los derechos”³⁰.

Los espacios de participación social en salud de responsabilidad de las direcciones territoriales de salud presentan resultados, de acuerdo con la información reportada, que permiten concluir que este tipo de instancias no han sido articuladas a la dinámica del sector (definición de políticas en salud) y en la mayoría de los municipios y distritos se convierten en un requisito formal. Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud presentan un alto nivel de funcionamiento, pero son débiles en el cumplimiento de sus funciones de promoción de la participación, del control social y de la incidencia en las definiciones de la salud en los territorios. Los participantes consideraron que esto se explica en parte por la lógica vertical que organiza el sistema, ya que en estos espacios solo se valida lo que ya ha sido normado.

El COPACO es el espacio con más bajos resultados de todos los monitoreados. Existe desconocimiento, ambigüedad y omisión de los procedimientos legales y administrativos para el buen funcionamiento y uso de estos mecanismos de participación. Se demuestra la ausencia de resultados e impacto de estos espacios o mecanismos de participación frente al funcionamiento del servicio de salud o el sistema de salud pública; en consecuencia, aquellas entidades competentes no cumplen con los procedimientos y las obligaciones registradas en la norma, por ejemplo, frente a la manera de proceder las sugerencias, observaciones o reclamos de la ciudadanía.

Todo lo anterior pone en evidencia que se requieren ajustar los procesos con las normas que reglamentan estos espacios de participación, dado que en aspectos tan importantes como su estructura y funcionamiento, están descontextualizados frente a la dinámica actual del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a las realidades administrativas, sociales y políticas de los territorios. También se requiere la capacitación del recurso o talento humano, por cuanto existen trabajadores de la salud que no cuentan con el conocimiento sobre los procesos de participación o el enfoque de derechos y esto es fundamental tanto para promover o agenciar los procesos con la comunidad, como para generar fortalecimiento en la articulación interinstitucional y transectorial.

En este contexto, garantizar el derecho a la participación social, como está contemplado en la norma, requiere de una institucionalidad fuerte que pueda cumplir con su rol de garante, esto implica constituir dispositivos que permitan pasar de la visión asistencial del Estado a la visión de derecho: se requiere que la PPSS logre posicionar la participación como un derecho contemplado en la Constitución Política y a la vez comprender que es vinculante con el derecho fundamental a la salud, entendida como producción social y fruto de los determinantes sociales de salud. Teniendo en consideración lo señalado, es claro que no es posible la realización del derecho a la salud sin participación social.

Lo anterior implica la intencionalidad de transformar la cultura institucional – organizacional lo que pasa por la construcción de un nuevo discurso en donde se ubican a los usuarios como ciudadanos sujetos de derechos y al Estado como garante de los mismos.

En tal sentido, se requiere de la generación de capacidades para agenciar procesos de participación. En la actualidad, para la generalidad de los servidores públicos, la participación corresponde a un área y un grupo determinado y no es considerada un derecho, menos aún una condición sin la cual no es posible la realización del derecho a la salud; es decir, se mantiene organizacionalmente la lógica de especialidades, este es un primer elemento a abordar: ¿cómo hacer para que la participación sea asunto de todos?

Aunado a lo anterior, se asume que quienes tienen la responsabilidad de atender las situaciones relacionadas con la participación, ya cuentan con las capacidades otorgadas desde las profesiones y sus prácticas. Sin embargo, es necesario determinar de mejor manera el campo de intervención y ubicar con mayor precisión el tipo de competencias que se requieren para abordar procesos participativos en salud, más acordes con la visión de derechos, lo que implica la formación del talento humano para que se apropie esta visión y se asuma su rol garantista. De esta manera, es necesario desarrollar las siguientes acciones:

a) La generación de capacidades técnicas. Se requiere potenciar las capacidades de los trabajadores de la salud en competencias específicas del orden pedagógico, comunicativas, de gestión, negociación, entre otras, que permitan la interacción con la ciudadanía en el marco del derecho y una nueva forma de intervención social que reemplace la lógica asistida;

b) Promover que las entidades de control sean las pioneras en el compromiso de la educación frente a las veedurías de los servicios de salud.

No obstante, no es suficiente para cumplir con la normatividad, el fortalecimiento del Estado y su papel. Muchas de las dificultades para cumplir con la norma se relacionan con las capacidades de los ciudadanos (líderes, representantes, usuarios). En tal sentido, se deben fortalecer las capacidades ciudadanas y los recursos de poder para que la ciudadanía intervenga, incida y decida en la formulación de políticas públicas de salud y en sus programas en todo el ciclo: diseño, ejecución, evaluación, ajuste y gestión.

Para los participantes en los talleres es clave el fortalecimiento de capacidades financieras y logísticas para impulsar procesos de participación. Se trata de generar las condiciones materiales que permitan llenar de contenido al discurso del derecho a la participación en salud y a la institucionalidad para cumplir con su rol de garante del mismo. “Que se designe un rubro específico para garantizar la promoción eficaz, funcionamiento de las formas de participación social en salud”³¹.

De acuerdo con lo establecido en el estudio de Delgado M., Vázquez M., Zapata y García M.³², la gran mayoría de actores comunitarios atribuyen la escasa participación a factores que se ubican en ellos mismos y que se relacionan con los conocimientos, las actitudes y su grado de organización y cohesión. Así por ejemplo, aluden al limitado conocimiento de la legislación y de los mecanismos de participación existentes.

En tal sentido, fue unánime la propuesta, según la cual: “El marco normativo de la salud debe incluirse dentro del sistema educativo en el nivel secundario como cátedra, o en el currículo de cultura de la salud”³³.

Para impulsar e incentivar el ejercicio de veeduría sobre los recursos del sector salud y el cumplimiento de los planes de beneficios como instrumentos básicos para la garantía del derecho a la salud, acorde con lo planteado en la ley, es necesario reconocer que históricamente no hay un control efectivo sobre los recursos y la esfera pública en el marco de la salud por parte de la ciudadanía.

A pesar de la normatividad, se mantienen restricciones para que la ciudadanía ejerza control, lo que pasa por la generación de condiciones, la cualificación de la ciudadanía, la generación de procesos y procedimientos que permitan el control efectivo, lo que va más allá de la obtención de información, pues hay que generar capacidades para interpretar la información y facilitar los procesos.

En cuanto a la democratización de la información y su acceso, la ciudadanía propuso una mayor y mejor información acerca de los mecanismos de participación (exigibilidad); mantener y promover comportamientos y actitudes de confianza y tolerancia entre instituciones y usuarios, así como respeto, diálogo y respuestas frente a las propuestas y demandas de la población. Los usuarios perciben reconocimiento en cuanto a sus logros y la apropiación de experiencias en el trabajo organizado y el conocimiento de los mecanismos de participación, lo que para ellos indicaría un enorme potencial que impulsaría la participación, pues no cabe duda sobre las posibilidades que hay en el control si se aumentan las capacidades de los usuarios en la gestión en salud.

Es importante resaltar que para promover procesos de control y veeduría en la gestión en salud, se requiere sobreponerse a la lógica instrumental de los mismos, es decir, es necesario llenar de contenido el derecho fundamental a la salud y su valor como bien público que le permita a la ciudadanía mayor capacidad y posicionamiento como defensora de lo público en el marco de la exigencia del cumplimiento del derecho a la salud.

En relación con la promoción de procesos de gestión en salud y la participación en la presupuestación participativa en salud, que propone la Ley 1438 de 2011, la ciudadanía expresó, “A pesar de que existen experiencias de presupuestación participativa en otros sectores en salud aún no se vislumbran caminos al respecto”³⁴.

De igual forma, es reconocido que los avances en los procesos participativos aún no logran afectar las decisiones públicas acorde con las necesidades y las voces ciudadanas y que en muchos casos los fallidos intentos de presupuestos participativos generan falta de credibilidad por parte de la ciudadanía hacia el Estado y sentimientos de frustración que terminan invalidando el valor de la participación como instrumento de transformación de las inequidades y las injusticias.

Para el caso de salud, en el sistema existen una serie de dificultades que imposibilitan el ejercicio de la presupuestación participativa: la lógica de paquetes, la segmentación del sistema entre regímenes, la falta de territorialización de las necesidades sociales en salud, la fractura de los recursos. Es decir, este es uno de los desafíos más grande que tiene la política.

La presupuestación participativa en salud pasa por identificar las necesidades sociales en salud en territorios de forma tal que se posibilite la coherencia para poder generar la arquitectura institucional (proceso y procedimientos) que permitan el desarrollo de presupuestos participativos en salud.

Los avances en el tema de participación hacen parte de los planes de acción del departamento, distritos y/o municipios y son coherentes con las medidas de intervención que se diseñan e implementan y los recursos que se invierten. La participación es un tema suelto, no se evidencia interés de los gobernadores y alcaldes. “La comunidad solo participa por conveniencia, no es una prioridad de las administraciones, se identifica a su vez una dificultad de recursos y en muchas regiones la mayoría de la población vive en áreas rurales, no cuenta con las posibilidades económicas para desplazarse a las cabeceras municipales y asistir a los espacios de participación. Los espacios informales de participación son activos pero existe dificultad de los líderes para organizarse y asistir a reuniones: “La problemática

27 *Ibidem*.

28 Taller de formulación PPSS, Medellín, 15 de octubre de 2015.

29 Taller de formulación PPSS, Bogotá, D. C., 26 de agosto de 2015.

30 Taller de formulación PPSS, Sucre, 9 de octubre de 2015.

31 Taller de formulación PPSS, Bucaramanga, 25 de septiembre de 2015.

32 Delgado María Eugenia, Vázquez María Luisa, Zapata Yolanda y García Mariano, Participación Social en Salud: Conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa, Rev. Esp. Salud Pública vol.79 no.6 Madrid nov./dic. 2005.

33 Taller de formulación, Popayán, 12 de noviembre de 2015.

34 Taller de formulación PPSS, Pasto, 5 de noviembre de 2015.

es generalizada, no hay una asignación de recursos, al considerarse la participación social como transversal, no se le da la importancia que debería tener y se evidencia falta de claridad en la planeación y la falta de asignación de recursos lo que dificulta el funcionamiento con los recursos físicos y profesionales que se requieren”³⁵.

La percepción generalizada es que la participación comunitaria no ha tenido la importancia necesaria por parte de las administraciones departamentales y municipales, la participación es coyuntural y responde a intereses, la normatividad no permite una verdadera participación de la comunidad por falta de claridad, los líderes y las instituciones carecen de recursos para realizar y asistir a convocatorias. “Se recomienda que la norma sea clara, explícita y que asigne recursos, funciones y obligaciones específicas. No hay recursos, existen COPACOS y asociaciones de usuarios de papel, pues no hay recursos para su fortalecimiento. En las instituciones existen planes de acción sin tener en cuenta el tema de participación y en donde forma parte del plan de acción de la entidad territorial (...) con el tiempo la ejecución desaparece y no hay coherencia en la asignación de recursos en contraste con la respuesta que debe darse a los requerimientos de la Superintendencia de Salud y del Ministerio de Salud”³⁶.

Lo más próximo a que la comunidad esté en la toma de decisiones sería su representación en las juntas, pero esto no es un ejercicio de presupuestación participativa en salud, “(...) solo se participa a través de las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado a través del representante de los usuarios, en la defensa de los derechos de los usuarios”³⁷.

Se requiere que la PPSS logre un rediseño institucional que permita a las instancias y mecanismos de participación mayores recursos de poder para lograr afectar las políticas en salud en todo el proceso de gestión incluida la presupuestación. La ciudadanía planteó que en el marco legal se puede plantear un ejercicio de presupuestación participativa del PIC para avanzar posteriormente a otro tipo de proceso de la gestión en salud.

Es importante reiterar que la participación es la base de la democracia, lo que requiere de diseños institucionales y ciudadanías fuertes para convertirla en valor que cualifique el debate público y que incida en las decisiones públicas y en quienes las toman. En este marco, la PPSS debe lograr poner en discusión esta serie de situaciones problemáticas y buscar alternativas adecuadas, reglas de juego justas y estructurar e instalar una lógica de sistema de participación social en salud que garantice el derecho a la participación y a la salud.

En este contexto, es innegable que la ley estatutaria posibilita el ejercicio de la participación social en el marco de un discurso que integra las personas y las pone al alcance de la ciudadanía.

6. MARCO ESTRATÉGICO

El Marco Estratégico de la PPSS corresponde a la construcción de respuestas a las necesidades de la ciudadanía, las organizaciones, las formas y los trabajadores del sector salud para fortalecer los procesos de participación; de igual forma corresponde al reconocimiento de los requerimientos de las entidades territoriales y de las instituciones del sector salud. Durante el proceso de deliberación se discutieron todos los marcos de la política; sin embargo, se hizo énfasis en el marco estratégico con la intención de lograr que la ciudadanía tuviera tiempo para realizar las propuestas a las diversas problemáticas planteadas. Todos los departamentos y los actores participantes contribuyeron en la construcción del marco estratégico para lo cual el Ministerio utilizó un mecanismo de sistematización directo de escritura por parte de la misma ciudadanía. Gran parte del ejercicio participativo se concentró en definir los ejes estratégicos, a partir de sus propias experiencias.

A continuación, se define el marco estratégico que está compuesto por los principios, objetivos, alcance, ejes estratégicos y las actividades, entendido como el instrumento de gestión de la Política de Participación Social en Salud.

6.1 PRINCIPIOS ORIENTADORES

Los principios se reconocen como orientaciones ético-políticas para todos los actores e instancias que desarrollan procesos de participación social, ordenan las acciones tanto para el Estado, representado tanto a nivel central como a la totalidad de entidades territoriales; de igual forma, direccionan el relacionamiento de la ciudadanía y las instancias de participación social en salud y constituyen elementos para la interpretación de otras normas.

La garantía de la participación social respecto del derecho fundamental a la salud que se desarrolla mediante la PPSS se fundamenta en los siguientes principios:

a) **Enfoque de derechos.** Los ciudadanos son titulares y sujetos plenos para ejercer el derecho a la participación, y es responsabilidad de los servidores públicos adoptar las medidas necesarias para garantizar el ejercicio de este, incluyendo acciones de afirmación y restitución cuando ellos hayan sido vulnerados;

b) **Territorialidad.** La PPSS tendrá en cuenta las dinámicas territoriales y la diversidad y heterogeneidad de los procesos de participación en la perspectiva de impulsar y garantizar el derecho a la participación, lo que implica reconocer el desarrollo diferencial de los espacios, mecanismos e instancias de participación social;

c) **Diversidad.** Es el reconocimiento y promoción de la pluralidad, la heterogeneidad y la singularidad manifiesta en los planos étnico, cultural, de edad, sexo, identidad de género u orientación sexual, religiosa o política de los sujetos participantes;

d) **Solidaridad.** Capacidad de acción articulada entre las ciudadanas y ciudadanos, organizaciones e instituciones, en causas que aporten al desarrollo individual y colectivo, privilegiando a quienes se encuentren en desventaja manifiesta frente al ejercicio de su derecho a la participación;

e) **Autonomía.** Es el reconocimiento de la libertad y dignidad de las personas y organizaciones para ejercer el derecho a la participación, para lo cual las autoridades, instancias, espacios y organizaciones, ejercerán libremente sus funciones en materia de participación,

buscando el pleno ejercicio de la libertad y la promoción de la autodeterminación individual y colectiva;

f) **Equidad.** Desde la perspectiva de desarrollo humano, el concepto de equidad implica el reconocimiento de las condiciones desiguales que afectan a las personas para el ejercicio de la participación. El desarrollo de la política pública en participación debe tener en cuenta las asimetrías de poder y los diversos puntos de vista evitando las discriminaciones;

g) **Transparencia.** Hace referencia al establecimiento de mecanismos de acceso a la información, criterios y dispositivos que garanticen la participación en los procesos de gestión de la salud: de inversión en salud, rendición de cuentas, auditoría y contraloría social e interacción entre los funcionarios y/o trabajadores de la salud con la población, en torno al manejo administrativo y gerencial de los recursos públicos, así como el cumplimiento de políticas públicas y programas e impacto en la población. Se debe tener en cuenta el ejercicio del control social de la ciudadanía en los procesos de participación y uso de recursos públicos que se utilicen para tal fin;

h) **Corresponsabilidad.** La política de participación debe favorecer la concurrencia de esfuerzos de los actores sociales concertados y articulados entre sí, en un marco de colaboración protagónica, factibles de realizarse para enfrentar situaciones concretas relacionadas con los procesos de participación social en salud con el fin de lograr un mayor impacto en la calidad de vida.

6.2. ALCANCE DE LA POLÍTICA

La política parte del reconocimiento de la participación como derecho fundamental vinculado a otro derecho fundamental como lo es la salud. En tal sentido, el Estado es garante de los mismos y la ciudadanía tiene el derecho y el deber de coconstruir la salud. La política sienta las bases para el cumplimiento del derecho a la participación en el marco de la Ley 1438 de 2011 y la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751 de 2015) y cubre a todo el territorio nacional y a todos los integrantes del sistema de salud.

De esta manera y en consideración a las dos (2) normas citadas, a continuación, se define su objetivo general, del cual se desprenden los objetivos específicos, fruto de la construcción colectiva señalada en el acápite de la metodología de formulación de la PPSS.

6.3 OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de la PPSS es definir y desarrollar las directrices que le permitan al Estado garantizar el derecho a la participación social en salud y su fortalecimiento y a la ciudadanía la apropiación de mecanismos y condiciones para ejercer la participación social en salud en las decisiones para el cumplimiento del derecho fundamental a la salud en el marco de la Ley Estatutaria de Salud y en armonía con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS).

6.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

6.4.1 Fortalecer la capacidad institucional para garantizar el derecho a la participación social en salud.

6.4.2 Fortalecer la capacidad ciudadana y los recursos de poder para que la ciudadanía intervenga activamente, incida y decida en la definición, formulación de políticas públicas de salud: diseño, ejecución, evaluación y ajuste.

6.4.3 Promover la participación social para impulsar y difundir la cultura de la salud y el autocuidado, así como propiciar la defensa del derecho a la salud de los ciudadanos y detectar temas cruciales para mejorar los niveles de satisfacción.

6.4.4 Incentivar el ejercicio de control social y veeduría de recursos del sector salud y el cumplimiento de los planes de beneficios.

6.4.5 Promover los procesos de gestión y garantía en salud, y la participación en la presupuestación participativa en salud.

6.5 EJES ESTRATÉGICOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

El ejercicio participativo de construcción de la PPSS permitió la identificación de los principales ejes estratégicos, con el fin de desarrollar los objetivos propuestos. Estos ejes se constituyen en las líneas maestras de intervención sistemática, para el desarrollo de la PPSS. Los ejes estratégicos permiten viabilizar los éxitos del desarrollo y neutralizar los fracasos a que está expuesto el desarrollo de la PPSS. Es importante destacar que cada uno de los ejes estratégicos define las grandes líneas de acción que deben impactar, de manera transversal, cada uno de tales objetivos. Señalan los caminos a seguir en cada área estratégica para responder a las exigencias de la comunidad, respetando la diversidad territorial, institucional y poblacional.

En los ejes se agrupan una serie de nudos problemáticos y sus respuestas, de acuerdo con los cuales se definen las acciones por desarrollar. Estos son:

6.5.1 Fortalecimiento institucional

Uno de los principales problemas identificados es la debilidad institucional para la garantía del derecho a la participación. Lo anterior implica el fortalecimiento de las capacidades institucionales para cumplir con su papel de garante. Se debe contar con los recursos técnicos, logísticos, operativos, financieros y humanos. Se fortalecerán las estructuras del nivel nacional y del nivel territorial que lideran la promoción de la participación social en salud. Para el fortalecimiento institucional se debe propender por:

a) Destinar y gestionar los recursos financieros necesarios en los presupuestos en el nivel nacional y territorial orientados a fortalecer las estructuras administrativas y el recurso humano dedicado al fomento y gestión de los procesos de participación y en el desarrollo de la Política de Participación Social en Salud;

b) Definir los programas de formación y capacitación al personal del sector salud para la generación de capacidades para el derecho a la participación social, así como, herramientas pedagógicas, didácticas y tecnológicas que permitan la intervención de la comunidad en el sector;

35 Taller de formulación PPSS, Villavicencio, 9 de noviembre de 2015.

36 Taller de formulación PPSS, Medellín, 15 de noviembre de 2015.

37 Taller de formulación PPSS, Villavicencio, 9 de noviembre de 2015.

c) Desarrollar una estrategia sistemática de asistencia técnica a las entidades territoriales para la implementación de la Política de Participación Social en Salud;

d) Establecer mecanismos de cofinanciación de proyectos de inversión en los diferentes niveles de gobierno destinados a la promoción y gestión de la participación social en salud;

e) Realizar gestiones interinstitucionales para la formación de la comunidad en planeación, presupuestación y control social en salud;

f) Definir los lineamientos para las entidades territoriales y entidades del sector salud que propendan por garantizar la participación en la decisión en la gestión del sector salud en el marco del cumplimiento de los objetivos de la Política de Participación Social en Salud;

g) Transversalizar los procesos y dinámicas de participación social en el ciclo de las políticas públicas del sector salud a nivel nacional y territorial;

h) Incorporar el enfoque diferencial en el desarrollo de los espacios de participación en salud en la definición e implementación de los programas del sector salud;

i) Realizar los ajustes normativos que permitan la participación en la gestión del sector salud en los diferentes niveles territoriales e institucionales para el cumplimiento de los objetivos de la Política de Participación en el marco de la Ley Estatutaria de Salud.

6.5.2 Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en salud

Es necesario el desarrollo de capacidades por parte de la ciudadanía para que logre cumplir un rol activo y el desarrollo pleno de la ciudadanía en salud. Se deben fortalecer todas las instancias formales y autónomas que desarrollen procesos participativos para impulsar la incidencia, exigencia y decisión en el marco de la gestión de las políticas, planes y programas en salud.

Se propenderá por la legitimidad en la representatividad territorial e institucional, que facilite la coordinación entre los usuarios del Sistema de Salud y los entes responsables y vinculados con la salud, para garantizar la defensa de los derechos de salud y de participación social. Se trata de dotar de herramientas a las instancias, formas y organizaciones para que cumplan con su papel y se posibilite la garantía del derecho fundamental a la salud, lo que implica la coordinación entre instancias de participación y los mecanismos de coordinación entre los diferentes actores que les permita canalizar demandas relacionadas con la salud. Un elemento central de esta estrategia es ampliar la base de participantes y generar articulaciones y sinergias en pro del derecho. Para ello es preciso:

a) Crear una estrategia pedagógica permanente en salud para cualificar a los ciudadanos en los procesos de participación, en los temas de interés en salud y en el derecho a la salud;

b) Establecer los incentivos que propicien la participación social y comunitaria;

c) Impulsar y promocionar las iniciativas del uso y apropiación de las tecnologías de información y las comunicaciones en las organizaciones sociales en salud;

d) Fortalecer las estrategias de información y comunicación incluido el acceso a medios, boletines, periódicos que posibilite espacios a las organizaciones para impulsar y visibilizar sus procesos participativos;

e) Promover las formas de convocatoria de los espacios de participación que reconozca las dinámicas territoriales y comunitarias del sector salud;

f) Gestionar recursos para la financiación para las iniciativas comunitarias para que la comunidad incida, intervenga y decida en el ciclo de las políticas en salud;

g) Definir los lineamientos que permitan a las entidades territoriales el establecimiento en sus presupuestos de los recursos necesarios para garantizar la participación de la comunidad en los espacios requeridos para la deliberación de las políticas públicas;

h) Definir los mecanismos para fortalecer la representación de las comunidades en los espacios de incidencia en la política pública en salud;

i) Definir los mecanismos de consulta y de la transferencia de la información requerida para garantizar la participación de la comunidad, en las definiciones de política integral de salud, en las prioridades en salud, así como en inclusiones y exclusiones.

6.5.3 Impulso a la cultura de la salud

La salud como construcción social se ubica en la esfera pública (lo que es de todos de forma simbólica y material). En tal sentido, el Estado debe fomentar el desarrollo de la apropiación de la salud en la vida cotidiana y en el ejercicio del cuidado (colectivo) y del autocuidado (individual), como elemento esencial para el cumplimiento del derecho a la salud. Para los fines pertinentes es necesario:

a) Definir e implementar las estrategias de incidencia y formación para fortalecer la salud pública en concertación con las comunidades;

b) Diseñar una estrategia de comunicación e información para la promoción y socialización de una cultura de bienestar y salud con perspectiva comunitaria;

c) Promover un programa de formación de formadores comunitarios en salud pública con enfoque de derecho diferencial y de género;

d) Conformar y/o consolidar mecanismos de espacios para que la ciudadanía participe y se apropie de los programas de promoción y prevención;

e) Incorporar la política de participación en los lineamientos de salud pública orientados a las entidades territoriales.

6.5.4 Control social en salud

El control ciudadano sobre los recursos públicos, las instituciones y los actores del sistema, es un elemento crucial para la garantía del derecho a la salud y para que la ciudadanía apropie de manera significativa la construcción social de la salud. Por ende, se requiere el fortalecimiento explícito del control social y las veedurías ciudadanas en salud. Para tal propósito es necesario:

a) Impulsar procesos de capacitación y formación para el desarrollo de capacidades ciudadanas en los espacios de control social en salud en temas relacionados con la gestión pública;

b) Mejorar el acceso a la información por parte de la ciudadanía a través de la ampliación de canales de comunicación por parte de las instituciones;

c) Posicionar el control social como elemento básico de la democracia y la transparencia en salud, lo cual incluye el reconocimiento a veedores y a sus redes;

d) Implementar los mecanismos que permitan fortalecer la participación ciudadana en el análisis de información para que esta contribuya a que las autoridades hagan un manejo transparente de los asuntos y recursos públicos;

e) Definir e implementar una estrategia de formación dirigida a los funcionarios y la ciudadanía para el fortalecimiento y promoción del control social en las instituciones del sector salud;

f) Crear un observatorio de participación y control social en salud.

6.5.5 Gestión y garantía en salud con participación en el proceso de decisión

Esta estrategia permitirá que la ciudadanía apropie instrumentos de gestión del sector salud para impulsar la definición, implantación y control de políticas, programas, proyectos y servicios de salud. Este ejercicio pasa por la configuración de dispositivos y condiciones para el ejercicio de la participación como la generación de proyectos, incentivos y otras formas que potencien, de manera efectiva, las capacidades de la ciudadanía. En tal sentido, se hace necesario:

a) Diseñar y desarrollar las metodologías de planificación y presupuestación participativa con énfasis en la garantía de la participación de la población en la identificación, priorización, presupuestación, atenciones en salud y la solución de los problemas de salud de su entorno;

b) Implementar los dispositivos que le permitan a la ciudadanía participar en la gestión del sector salud en los niveles territoriales e institucionales;

c) Definir los mecanismos que permitan la participación de la población en la toma de decisiones en la inversión pública;

d) Fortalecer los escenarios para la participación en la decisión.

7. MECANISMOS Y ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN

Con el propósito de promover el derecho de la participación en la gestión del sector salud y para que esta se realice con principios de democracia participativa y democratización de la gestión pública, el Ministerio de Salud y Protección Social, las entidades territoriales, EPS, e IPS, se fortalecerán e implementarán escenarios, según el caso, para estimular la participación para el cumplimiento de los objetivos de la PPSS.

En todo caso, las instancias mencionadas deberán cumplir como mínimo con los siguientes criterios, para promover el derecho de la participación en salud:

a) Identificar y disponer los canales de comunicación y los medios electrónicos y presenciales para disponer información a la ciudadanía;

b) Identificar y desarrollar los mecanismos o espacios institucionales para adelantar procesos de discusión, negociación y concertación para analizar y decidir conjuntamente con los ciudadanos;

c) Establecer mecanismos para facilitar las veedurías ciudadanas y la participación de grupos sociales y de ciudadanos en el control social a la gestión institucional;

d) Identificar, por área misional, las iniciativas o temáticas sobre las cuales se pueden hacer ejercicios de participación;

e) Establecer diálogos participativos en las instancias del sector salud como espacios de encuentro entre las autoridades y la comunidad con la finalidad de recoger comentarios en forma directa y presencial;

f) Garantizar el reconocimiento de los representantes elegidos de forma democrática por parte de la ciudadanía para ocupar espacios o escenarios de representación;

g) Implementar la aplicación de las tecnologías de la información y comunicación para facilitar el acceso a la información y brindar espacios a los ciudadanos para expresar sus opiniones sobre los temas de su interés en salud. La aplicación de las TIC y uso de las redes sociales promoverán la generación de espacios de intercambio de información y generación de relaciones entre la ciudadanía y el Estado;

h) Implementar los diálogos participativos como espacios de encuentro entre las autoridades y la comunidad con la finalidad de recoger comentarios en forma directa y presencial.

8. COORDINACIÓN INTERSECTORIAL Y TERRITORIAL

Las funciones de coordinación y asistencia técnica de la PPSS estarán en cabeza de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y Protección Social. Las entidades territoriales asumirán la garantía y gestión sobre los procesos de participación social en salud, en cuanto a la operación de la Política de Participación Social en Salud; de igual forma, brindarán acompañamiento y apoyo a todas las instancias de participación: COPACOS, asociaciones de usuarios, veedurías en salud, elección a juntas directivas de los hospitales, comités de ética, consejos territoriales en salud, consejos de planeación, y todos los espacios de participación social en salud que se conformen en cumplimiento del derecho fundamental a la salud. Se garantizará la transparencia de los procesos participativos y el principio de igualdad de derechos y oportunidades para todos los usuarios, también se reconocerá el derecho a la autonomía de las organizaciones que consagra la Constitución Nacional.

9. GRADUALIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PPSS

La implementación se considerará por fases. En tal sentido, es importante el desarrollo de acciones de las siguientes fases: La fase de socialización y posicionamiento de la PPSS, implica garantizar que esta sea conocida y apropiada, tanto por la institucionalidad, la comunidad y el resto de actores del sistema: Entidades territoriales, EPS e IPS, generando piezas comunicativas de alto impacto. Así mismo las entidades del nivel nacional y territorial en tanto implementen actividades o se relacionen con procesos de participación social vinculados a la garantía del derecho fundamental a la salud deberán incorporar en sus respectivos lineamientos, prácticas y procesos la PPSS.

En la fase de implementación de los ejes de la PPSS se deberán desarrollar las siguientes estrategias operativas que serán gestionadas por los agentes del SGSSS en el marco de sus competencias.

a) Estrategia educativa para servidores públicos, actores del sistema y la ciudadanía, sus formas, mecanismos y organizaciones. La educación es una herramienta para alcanzar equidad en la medida en que cualifica a los sujetos y esto les permite apropiarse de capitales culturales que los posiciona de maneras distintas de comprensión y diálogo, en este sentido, esta estrategia debe garantizar:

1. Cualificar las capacidades, tanto de los servidores públicos como de la ciudadanía y sus organizaciones, para que la participación sea un instrumento efectivo para la realización del derecho a la salud.

2. Realizar una propuesta de pedagogía amplia e incluyente con herramientas y dispositivos pedagógicos adecuados y pertinentes a los diversos actores y públicos.

3. Diseñar programas de formación, tanto para los trabajadores del sector salud, como para los líderes comunitarios, en donde se evidencie el reconocimiento de experiencias desarrolladas por la ciudadanía y los funcionarios.

4. Generar condiciones para lograr tanto en la ciudadanía como en los servidores del sector salud, competencias, conocimientos y apertura hacia la participación;

b) La estrategia comunicativa busca articular a todos los actores y componentes del sistema bajo una perspectiva de acción comunicativa. Esta estrategia es fundamental para el desarrollo de los procesos de participación en la medida en que posibilita la interacción Estado-ciudadanía, a través del acceso a información y de la definición de los mecanismos de producción, circulación y apropiación de la misma.

En tal sentido, la estrategia deberá generar:

1. Procesos de democratización de la información en todos los planos.

2. Mecanismos de divulgación de la PPSS, que propendan por construir planes de medios desde la institucionalidad, articulados con la ciudadanía, que permitan el posicionamiento y la apropiación de la PPSS.

3. Identificación de medios institucionales y comunitarios en la perspectiva de proyectar posibles sinergias y mayor eficiencia en el uso de recursos comunicativos.

4. Mecanismos de articulación con los procesos institucionales internos, externos y comunitarios.

5. Conformación de redes de comunicadores comunitarios que permitan la apropiación de la PPSS, como una herramienta para avanzar en el derecho a la salud.

6. Canales de comunicación abiertos y de doble vía que faciliten la interacción entre Estado- sociedad civil, y la disposición de recursos logísticos y económicos, en aras de facilitar el ejercicio de los derechos de la población en la toma de decisiones en función de la gestión;

c) La estrategia de gestión se refiere a la instalación de todas las condiciones operativas, logísticas y de arreglos o acuerdos institucionales que se requieran para la implementación de la Política. En tal sentido, esta estrategia deberá:

1. Generar mecanismos y dispositivos que permitan al Estado el cumplimiento de su papel de garante del derecho a la participación y la ciudadanía, el desarrollo de sus capacidades para incidir, decidir y exigir a través de su participación el cumplimiento del derecho a la salud.

2. Identificar mecanismos de articulación y de coordinación institucional internos y externos con propuestas concretas de articulación, con la identificación de necesidades para la implementación de la PPSS.

3. Identificar recursos financieros, logísticos y humanos para la implementación de la PPSS, así como la identificación, generación y fortalecimiento de escenarios, espacios y mecanismos de participación social en salud.

La PPSS requiere, por lo tanto, el desarrollo gradual de instrumentos que permitan su implementación progresiva en los diferentes ámbitos territoriales e institucionales. En un plazo de un año, a partir de la expedición de la presente resolución, las instituciones del sector en el ámbito nacional y territorial dispondrán el alistamiento institucional que permita el desarrollo de la PPSS y la formulación de los planes de acción que lo garanticen. En el cuarto año de la adopción de la PPSS se evaluarán sus alcances, logros y aprendizajes en la perspectiva de orientarla y fortalecerla.

10. DE LAS REPOSABILIDADES QUE GENERA LA PPSS

El desarrollo de la PPSS genera las siguientes responsabilidades:

10.1 GARANTÍA DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN EN SALUD

El Ministerio, como ente rector del sector salud, a través de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y Protección Social, deberá promover que la PPSS sea el instrumento para garantizar el ejercicio del derecho a la participación social en salud. En este sentido, impulsará el respeto, la protección y la promoción del derecho a la participación en salud a través de las orientaciones y lineamientos que se requieran, así como prestar el apoyo técnico que sea necesario.

10.2 RESPETO DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN EN SALUD

Los integrantes del Sistema de Salud y las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones, deberán respetar el derecho a la participación en salud para el cumplimiento de los objetivos de la PPSS. En consecuencia, no podrán limitar el acceso de las personas a la misma y, por tanto, deberán abstenerse de realizar prácticas discriminatorias. De igual manera, tampoco estarán facultados para prohibir o impedir la participación social en sus diferentes expresiones conforme a la normatividad vigente sobre la materia.

10.3 PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN EN SALUD

La Superintendencia Nacional de Salud, las entidades territoriales, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), y las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, incentivarán el desarrollo de ejercicios de participación y de control social, y estarán obligados a su protección, así como a propiciar las garantías para su ejercicio, en el marco de lo señalado en el artículo 12 de la Ley 1751 de 2015. Para ello, deberán fortalecer e implementar los espacios de participación social que se requieran para estimular la participación de la ciudadanía en el cumplimiento de los objetivos de la Política de Participación Social en Salud, en el marco de la normatividad vigente.

11. DE LOS DEBERES FRENTE A LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

La PPSS produce los siguientes deberes:

11.1 DEFENSA DE LO PÚBLICO

Es deber de la ciudadanía y sus organizaciones la defensa de lo público, con base en el principio de prevalencia del interés general. En tal sentido, la defensa de lo público se debe expresar tanto en sus acciones como en la vigilancia de las actuaciones de los otros, así como en la vigilancia de los integrantes del sistema que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones, las cuales deberán regirse por la prevalencia del bien general.

11.2 RENDICIÓN DE CUENTAS A LOS ASOCIADOS

Los representantes de la ciudadanía en espacios como las asociaciones de usuarios, COPACOS, juntas directivas, el Consejo Territorial de Planeación, el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, las veedurías y otros espacios de participación social en salud que se generen, están obligados a rendir cuentas a los integrantes de dichos espacios o a la ciudadanía en general, con relación a sus actuaciones y participación en dichas instancias, lo anterior, en procura de fortalecer prácticas de transparencia.

12. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social y a las entidades del sector a nivel nacional y territorial, en el nivel que sea de su competencia, realizar el seguimiento y evaluación de la PPSS que permita identificar los alcances, logros y aprendizajes de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

Agudelo Carlos, Bol Of Sanzt Panom 95(3). Participación comunitaria en salud. Conceptos y criterios de valoración, 1983.

Amador, Fernando. Cuba: la cultura de la salud, Una conquista de la Revolución. La Habana. 1995.

Arévalo, Decsi Astrid: Participación Comunitaria y Control Social en el Sistema de Salud, Rev. Salud Pública, 2004.

Carmona, Luz Dary. Universidad Andina. Tesis: Análisis crítico del gobierno alternativo en salud. Capítulo 5: efectos de la Política de Participación Social en salud de Bogotá D.C. 2015.

Cordero Isaías, Urbina Alcides, et al. Propuesta Política de Participación Social en Salud. Comisión Especial de Participación Ciudadana de la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud (CNSPRIS). El Salvador, 2006

Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson. Módulo Estado, Políticas públicas y Participación Social. Módulo, 1. Escuela Popular de Líderes en salud y seguridad Social. Bogotá D.C., 2012.

Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson. Módulo, 3. Escuela Popular de Líderes en salud y seguridad Social. Bogotá D.C., 2012.

Cortina, Adela Ética aplicada y democracia radical, ed. Tecnos, Madrid 2001.

Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud que dio como fruto la Declaración de Yakarta. 1997

Cunill, Nuria. "Repensando lo público a través de la sociedad: Nuevas formas de gestión pública y representación social", 1997.

Cunill, Nuria. "Participación Ciudadana. Dilemas y Perspectivas para la Democratización de los Estados Latinoamericanos", Caracas, Venezuela. 1991.

Díaz Barriga, Frida y Hernández Gerardo. Estrategias para aprendizajes significativos. Mc Graw Hill. México, 2002.

Delgado María Eugenia, Vázquez María Luisa, Zapata Yolanda, García Mariano. Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa. Rev. Esp. Salud Publica vol.79 no.6 Madrid nov./dic. 2005.

Fundación Foro Nacional por Colombia, Fundación Corona, Fundación Social, CIDER. Balance de la participación ciudadana en Colombia, 2003.

Frazer, Nancy, Habermas and the Public Sphere, ed. Craig Calhoun, Cambridge, MA: M.I.T. Press, 1991.

Garay, Luis Jorge. Repensar a Colombia. Hacia un nuevo contrato social. Bogotá D.C. PNUD, 2002.

Gobernación de Antioquia. Sistematización: Caracterización y estado actual de los espacios de participación social en salud en el departamento de Antioquia. Antioquia, Colombia, 2010.

González, Helena, Caro Isabel, Bedoya, Isabel. Antecedentes históricos y perspectivas de la participación social en el sistema de salud colombiano. Rev. Universidad de La Salle. Bogotá D.C, Colombia, 2011.

Habermas, Jürgen. Facticidad y validez, Editorial Trotta, tercera edición. Madrid. 2001.

Hermann Olga Marina y Naranjo Jorge Enrique. Soporte técnico para la organización social en salud. Secretaría Departamental de Salud. Gobernación del Valle del Cauca, Santiago de Cali, Colombia, 2012.

López de la Roche, Fabio. Izquierdas y cultura política. En Oposición Alternativa. Colección sociedad y conflicto, Bogotá D.C. Colombia. Cinep. 1994.

Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres. Grupo para la Gestión y Promoción de la participación social. Documento Memorias de los Talleres de deliberación: Bogotá D.C. (Cundinamarca), Bucaramanga (Santander), Armenia (Quindío y Eje Cafetero), Medellín (Antioquia), Sincelejo (Sucre), Cali (Valle), Villavicencio (Meta), Pasto (Nariño) y Popayán (Cauca). Bogotá D.C, Colombia, 2015.

Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres. Grupo para la Gestión y Promoción de la participación social. Documento de diagnóstico sobre la Participación y Control Social, Bogotá D.C, Colombia, 2014.

Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, Grupo para la Gestión y Promoción de la Participación Social. Documento de Análisis de las Formas de Participación social: Encuesta de las Oficinas de Participación del País. 2014.

Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá D.C, Colombia, 2013.

Ministerio de Salud y Protección Social. Guía para la Formulación e implementación y Evaluación de Políticas Públicas y Protección Social. Bogotá D.C, Colombia, 2014.

Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos Conceptuales. Estrategia PASE a la Equidad en Salud https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=pdsp

Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos de gestión integral en salud, en el marco del PDSP 2012-2021. El papel de Gobernadores y Alcaldes: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Documento%20Lineamientos%20Incidencia%20Gobernadores%20y%20Alcaldes.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos Metodológicos, técnicos y operativos para la planeación integral en salud Estrategia PASE a la Equidad en Salud, en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=pdsp

Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos Metodológicos de Monitoreo y Evaluación del Plan Territorial de Salud – PTS: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/metodologia-monitoreo-eval-pts.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. Documento de orientación regional sobre las Determinantes Sociales de la salud en la región de las Américas, Washington, D.C. 2012.

Puerta Claudia y Agudelo Alejandro. Modalidades de interacción en el régimen subsidiado de salud en Medellín: Participación y estrategias sociales. Hacia la promoción de la salud, Volumen 17, No. 1 enero – junio 2012.

Rangel, Ana; Sánchez, Ligia; Lozada; Mireya. (compiladores). Wandersman (1984). Contribuciones a la Psicología en Venezuela. Tomo III. Edit. Fondo de Humanidades, Caracas, Venezuela, 1995.

Restrepo, Darío. La participación social como construcción del interés público entre el Estado y la sociedad. Revista Nómadas, número 3. Universidad Central, Bogotá D.C, Colombia, 1995.

Sabucedo, Jose Manuel; Sobral, Jorge. Participación Política y Conducta del voto. En revista papeles del Psicólogo <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=265>. 1986. Visitado Noviembre 2 de 2015.

Sanabria Griselda. Escuela Nacional de Salud Pública. Participación Social en el campo de la Salud. Rev. Cubana Salud Pública, (ciudad) 2004.

Sánchez. E. (nombre completo) Todos con la “Esperanza” Continuidad de la participación comunitaria Universidad Central de Venezuela. Facultad de Humanidades. Comisión de Posgrado. Caracas. (2000)

Secretaría Distrital de Salud. Decreto 530/2010. Política Distrital de Participación Social en Salud y Servicio a la Ciudadanía. Alcaldía Mayor. Bogotá D.C., 2010.

Sartori, Giovanni, ¿Qué es la democracia?, Altamir ediciones, Bogotá D.C., 1994, pág. 142.

Susskind y Elliot. Contribuciones iberoamericanas a la Psicología Social. (1983). En https://books.google.com.co/books?id=FRykeRu_OtwC. Visitado octubre 14 de 2015.

Velázquez Fabio, González, Esperanza. ¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia? Fundación Corona, Bogotá D.C. 2003.

Velásquez, Fabio, Crisis municipal y participación ciudadana en Colombia, en revista *Foro*, N° 1, Bogotá, septiembre de 1986.

Villarreal, María Teresa. Participación ciudadana y políticas públicas. Décimo Certamen de Ensayo Político. P 32. En:

<file:///C:/Users/Administrador/Downloads/MariaTeresaVillarrealMartinez.pdf> visitado el 10 de mayo de 2016.

(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 002064 DE 2017

(junio 12)

por la cual se adopta el instrumento para el reporte de información de los servicios y tecnologías en salud negados y aprobados por el CTC, y suministrados a los afiliados del Régimen Subsidiado.

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas en el numeral 23 del artículo 2° del Decreto-ley número 4107

de 2011 y el artículo 114 de la Ley 1438 de 2011 y en desarrollo del Auto 411 de 2015 de la Corte Constitucional, y

CONSIDERANDO:

Que el numeral 19 de la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, ordena adoptar las medidas para garantizar que todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) envíen a la Superintendencia Nacional de Salud, la Defensoría del Pueblo y en la actualidad a este Ministerio, un informe trimestral que incluya “i) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico; ii) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico de cada entidad, iii) indicando en cada caso las razones de la negativa, y en el primero, indicando además las razones por las cuales no fue objeto de decisión por el Comité Técnico-Científico”.

Que en cumplimiento de dicha orden, este Ministerio expidió la Resolución número 1683 de 2015 que adopta el Registro de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS, con el propósito de mejorar la oportunidad, seguridad y confiabilidad en la entrega de la información que están obligadas a reportar las EPS, respecto de la negación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a través de la plataforma de integración de datos - PISIS del Sistema de Información de la Protección Social (Sispro).

Que posteriormente, la Sala Especial de Seguimiento de la Corte Constitucional en evaluación al grado de cumplimiento de la precitada Orden, profirió el Auto 411 de 2015 y ordenó a este Ministerio en el numeral cuarto, adoptar las medidas en torno a la creación del nuevo registro de negaciones donde se rediseñen los lineamientos establecidos en la Resolución número 1683 de 2015 y el control de las irregularidades tratadas en los numerales 10.2 a 10.9, 10.12 y 10.13 del citado auto.

Que igualmente determinó, que se deben fortalecer los registros de tecnologías y servicios en salud que sean negados y aprobados por los CTC para que sean precisos, actualizados, consistentes y confiables, y que a través de los reportes de información se facilite el análisis cuantitativo y cualitativo de las tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, de manera que se determine: “i) cuáles son los servicios que más se niegan, ii) cuáles se encuentran incluidos en el POS, iii) cuáles son las EPS que más se abstienen de autorizar, iv) la razón por la que no son autorizados”.

Que se realizaron mesas de trabajo con delegados de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en las que se revisaron los ítems del Registro de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS de que trata la Resolución número 1683 de 2016, en particular lo correspondiente a la información de los servicios y tecnologías en salud negados, el motivo para no haberlas tramitado ante el Comité Técnico Científico (CTC) como “NTR” y las razones de negación de tecnologías por el CTC como “NEG”, calificadas como irregularidades por la Corte Constitucional en los numerales 10.2 a 10.9, 10.12 y 10.13 del citado Auto 411 de 2015.

Que con la expedición de la Resolución número 3951 de 2016 se eliminaron los CTC del Régimen Contributivo y se implementó el aplicativo “Reporte de Prescripción de Servicios y Tecnologías en Salud No Cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC - MIPRES No PBS”, el cual es obligatorio para el Régimen Contributivo y facultativo para el Régimen Subsidiado, herramienta que permite que el médico tratante, en ejercicio de su autonomía prescriba las tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios.

Que el citado aplicativo permite obtener la información de servicios y tecnologías en salud No cubiertos con el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, negadas a los usuarios por las EPS del Régimen Contributivo y por las Juntas de Profesionales de la Salud en los términos requeridos por el citado Auto 411 de 2015.

Que en el anterior contexto, se hace necesario adoptar un nuevo mecanismo de registro de información que recoja los lineamientos impartidos por la Corte Constitucional y que se adecue a las nuevas disposiciones normativas, que permita que las EPS del Régimen Subsidiado reporten información en la que se describa y especifique las causales de negación de los servicios y tecnologías en salud, y a este Ministerio, el seguimiento a los servicios y tecnologías suministrados a los usuarios por las entidades territoriales.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. *Objeto y ámbito de aplicación.* La presente resolución tiene por objeto establecer el instrumento para el reporte de la información de los servicios y tecnologías en salud a reportar por las entidades territoriales y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que operen el Régimen Subsidiado a este Ministerio, relacionada con los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico y los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico de cada entidad, indicando las razones de la negativa.

Parágrafo. Las entidades territoriales que estén implementando el aplicativo MIPRES No PBS, deberán en todo caso, dar cumplimiento a las disposiciones de que trata el presente acto administrativo.

Artículo 2°. *Plataforma para el reporte de la información.* La información de que trata el presente acto administrativo deberá reportarse por las Entidades Promotoras de Salud a través del Anexo Técnico 1, y las entidades territoriales a través del Anexo Técnico 2, en la Plataforma de Intercambio de Información (Pisis) del Sistema Integral de Información de la Protección Social (Sispro) del Ministerio de Salud y Protección Social, previa solicitud del usuario en los términos definidos en cada anexo.

Artículo 3°. *Validación de la información reportada.* Una vez reportada la información por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las entidades territoriales, se realizará el proceso de validación en dos fases:

1. **Primera validación.** Corresponde a la revisión de la estructura de los datos y calidad de la información, y en caso de presentarse errores e inconsistencias, se informará a la entidad reportante para que los subsane.

2. **Segunda validación.** Surtida la primera validación, se realizará el análisis de calidad de la información reportada y contenida en el aplicativo misional plataforma PISIS y se comunicará al reportante el resultado.

Parágrafo 1°. Se entenderá cumplida la obligación de reporte de información de que trata el presente acto administrativo, una vez las dos (2) validaciones anteriormente descritas se surtan de forma satisfactoria.

Parágrafo 2°. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que operen el Régimen Subsidiado deberán reportar la información a la entidad territorial del orden departamental o distrital relacionada con la prestación de los servicios y tecnologías en salud, sin cobertura en el Plan de Beneficios autorizados por sus afiliados, independientemente del procedimiento adoptado por estas entidades para el cobro y pago a los prestadores de servicios de salud.

Artículo 4°. *Periodicidad y plazo de reporte de la información.* Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las entidades territoriales, deberán reportar la información correspondiente al mes inmediatamente anterior, dentro de los primeros ocho (8) días calendario del siguiente mes, conforme lo dispone cada anexo. Cumplido el citado plazo sin que se allegue la información, se reportará a la Superintendencia Nacional de Salud la respectiva novedad, para lo de su competencia.

Parágrafo. El primer reporte de información, deberá efectuarse dentro de los primeros ocho (8) días del mes de agosto de 2017, con la información correspondiente al mes inmediatamente anterior. Entre tanto las Entidades Promotoras de Salud reportarán la información correspondiente al segundo trimestre del año 2017, en los términos de la Resolución número 1683 de 2015.

Artículo 5°. *Destinatarios de la información.* Dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la recepción de la información remitida por las EPS y las entidades territoriales, este Ministerio remitirá la información contenida en el presente acto administrativo a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo a través del Protocolo de Transferencia de Archivos (FTP) asignado a estas entidades.

Artículo 6°. *Tratamiento de la información.* Las entidades que participen en el reporte, flujo y consolidación de la información, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que le sea aplicable en el marco de las Leyes 1581 de 2012 y 1712 de 2014, el Decreto número 1377 de 2013 y las normas que las modifiquen o sustituyan, en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad, confidencialidad y veracidad de la información suministrada y sobre los datos a los cuales tienen acceso.

Artículo 7°. *Soporte y asistencia técnica.* Con el propósito de brindar asesoría y asistencia técnica, la Mesa de Ayuda de PISIS de este Ministerio estará disponible, y cuyo detalle de operación se especifica en el anexo de la presente resolución.

Artículo 8°. *Vigencia y derogatorias.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga la Resolución número 1683 de 2015.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 12 de junio de 2017.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Alejandro Gaviria Uribe.

ANEXO TÉCNICO 1

Reporte de servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud (EPS) y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico (CTC) y los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico (CTC)

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que operen el Régimen Subsidiado enviarán a este Ministerio, los archivos planos con la información de los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico y los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico.

Para este anexo técnico se definen cuatro capítulos:

1. Estructura y especificación de los archivos.
2. Características de los archivos planos.
3. Plataforma para el envío de archivos.
4. Periodo de reporte y plazo.

CAPÍTULO 1

Estructura y especificación de los archivos

a) Estructura y especificación del nombre del archivo

El nombre del archivo que contiene los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico y los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico deberá ser enviado por las Entidades Promotoras de Salud que operen en el Régimen Subsidiado, debe cumplir con el siguiente estándar:

Componente del nombre de archivo	Valores permitidos o formato	Descripción	Longitud fija	Requerido
Módulo de información	REC	Identificador del módulo de información: REC: Reportes de Control	3	SÍ
Tipo de fuente	140	Fuente de la Información	3	SÍ
Tema de información	RNSE	Información de los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico y los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico	4	SÍ
Fecha de corte	AAAAMMDD	Fecha de corte de la información reportada. Es el último día calendario del período de información reportada. No se debe utilizar ningún tipo de separador. Ejemplo: 20170731	8	SÍ
Tipo de identificación de la entidad que reporta	NI	Tipo de identificación de la entidad reportadora de la información: – NI: correspondiente al tipo de identificación NIT	2	SÍ
Número de identificación de la entidad que reporta	999999999999	Número de identificación de la entidad que envía los archivos, de acuerdo con el tipo de identificación del campo anterior: – Número de NIT sin incluir el dígito de verificación. Se debe usar el carácter CERO de relleno a la izquierda si es necesario para completar el tamaño del campo. Ejemplo: 000860999123	12	SÍ
Extensión del archivo	.txt	El archivo que trata este anexo técnico es un archivo plano	4	SÍ

NOMBRE DEL ARCHIVO

Tipo de archivo	Nombre de archivo	Longitud
Reporte de los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico y los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico	REC140RNSEAAAAMMDDNIxxxxxxxxxxx.TXT	36

b) Contenido del archivo

El archivo de la información de los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico y los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico está compuesto por un único registro de control (Registro Tipo 1) utilizado para identificar la entidad fuente de la información y varios tipos de registros de detalle (Registro Tipo 2 y 3) que contienen la información solicitada así:

Registro	Descripción	Reporte
Tipo 1	Registro de control	Obligatorio
Tipo 2	Registro de detalle de los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico y los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico.	Obligatorio
Tipo 3	Registro de detalle de los servicios médicos del Plan de Beneficio ordenados por el médico tratante a sus usuarios y negados por la Entidad Promotora de Salud o por el CTC bajo la modalidad "1. El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC" en los conceptos de negación NTR Y NEG.	Opcional

Cada registro está conformado por campos, los cuales van separados por pipe (|)

b.1. Registro Tipo 1 – Registro de Control

Es obligatorio. Es el primer registro que debe aparecer en los archivos que sean enviados.

N°	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Descripción y valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	1: valor que significa que el registro es de control	SÍ
1	Tipo de identificación de la entidad que reporta	2	A	NI : NIT	SÍ
2	Número de identificación de la entidad que reporta	12	N	Número de identificación sin dígito de verificación	SÍ
3	Código de la EPS	6	A	Corresponde al código asignado a las Entidades Promotoras de Salud que operen en el Régimen Subsidiado Ver tabla de referencia Códigos CCF y EPS Todas en web.sispro.gov.co	SÍ
4	Fecha inicial del período de la información reportada	10	F	En formato AAAA-MM-DD. Debe corresponder a la fecha de inicio del período de información reportada. Ejemplo: 2017-07-01.	SÍ
5	Fecha final del período de la información reportada	10	F	En formato AAAA-MM-DD. Debe corresponder a la fecha final del periodo de información reportada y debe concordar con la fecha de corte del nombre del archivo. Ejemplo: 2017-07-31	SÍ
6	Número total de registros de detalle contenidos en el archivo	10	N	Debe corresponder a la cantidad de registros tipo 2 más la cantidad de registros tipo 3.	SÍ

b.2. Registro tipo 2 – Registro de detalle de los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la entidad promotora de salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico y los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico

Mediante el Registro Tipo 2, las Entidades Promotoras de Salud que operen en el Régimen Subsidiado reportan el detalle de la información de los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico y los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico

N°	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Descripción y valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	2: valor que significa que el registro es de detalle.	SÍ
1	Consecutivo de registro	10	N	Número consecutivo de registros de detalle dentro del archivo. Inicia en 1 para el primer registro de detalle y va incrementando de 1 en 1, hasta el final del archivo.	SÍ
2	Código entidad	6	A	Código de la EPS, debe coincidir con el código reportado en el campo 3 del registro de control.	SÍ
3	Tipo de identificación del prestador donde se solicita el servicio	2	A	NI : NIT CC: Cédula de ciudadanía	SÍ
4	Número de identificación del prestador donde se solicita el servicio	12	N	Número de identificación sin dígito de verificación	SÍ
5	Código de habilitación del prestador	12	A	Código de habilitación del prestador. (Ver tabla de referencia IPS Cód. Habilitación en web.sispro.gov.co)	SÍ
6	Código del municipio donde se solicita el servicio	5	A	Tabla División Político Administrativa de Colombia Divipola del DANE. Los dos (2) primeros dígitos corresponden a departamento y los tres (3) siguientes a municipio (ver la tabla de referencia municipio en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo)	SÍ
7	Tipo de documento de Identificación del usuario	2	A	CN: Certificado de nacido vivo-DANE MS: Menor sin identificación RC: Registro civil TI :Tarjeta de identidad AS: Adulto sin identificación CC :Cédula de ciudadanía CE :Cédula de extranjería PA: Pasaporte SC: Salvoconducto de permanencia (Ver la tabla de referencia TipoIDAfiliadoRS en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo)	SÍ
8	Número de documento de identificación del usuario	17	A	Número de identificación del usuario	SÍ

N°	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Descripción y valores permitidos	Requerido
9	Sexo del usuario	1	A	<p>M: Mujer</p> <p>H: Hombre</p> <p>(Ver la tabla de referencia sexo en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo)</p>	SÍ
10	Fecha de nacimiento	10	F	Registre la fecha de nacimiento del usuario. En formato AAAA-MM-DD	SÍ
11	Código ámbito de atención	1	A	<p>1. Ambulatorio No Priorizado</p> <p>2. Ambulatorio Priorizado</p> <p>3. Hospitalario Domiciliario</p> <p>4. Hospitalario Internación</p> <p>5. Urgencias</p> <p>(Ver la tabla de referencia RECAmbitoAtencion en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo)</p>	SÍ
12	Código de diagnóstico principal	4	A	<p>Codificación en CIE 10. Corresponde al diagnóstico principal, es decir, la enfermedad o afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la atención del paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hace ningún diagnóstico, se selecciona el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante, como afección principal.</p> <p>(Ver la tabla de referencia CIE10 en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo)</p>	SÍ
13	Código del diagnóstico relacionado 1	4	A	<p>Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado.</p> <p>(Ver la tabla de referencia CIE10 en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo)</p>	NO
14	Código del diagnóstico relacionado 2	4	A	<p>Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado.</p> <p>(Ver la tabla de referencia CIE10 en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo)</p>	NO
15	Tipo de servicio solicitado	1	A	<p>M: Medicamentos</p> <p>P: Procedimientos</p> <p>D: Dispositivo médico no cubierto en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC</p> <p>N: Productos Nutricionales</p> <p>S: Servicios Específicos</p> <p>C: Servicios no financiados con recursos de salud (Ver la tabla de referencia RECTipoServicio en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo).</p>	SÍ

N°	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Descripción y valores permitidos	Requerido
16	Código del servicio o tecnología	15	A	<ul style="list-style-type: none"> • Si en el campo 15 “Tipo de servicio solicitado” se diligenció “M”, deberá utilizar la Denominación Común Internacional DCI. (Ver la tabla de referencia DCI en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo) • Si en el campo 15 “Tipo de servicio solicitado” se diligenció “P”, deberá utilizar los CUPS (Ver la tabla de referencia CUPS en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo). • Si en el campo 15 “Tipo de servicio solicitado” se diligenció “D”, deberá utilizar los códigos dispuestos en la tabla de referencia DispositivosMédicos en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo • Si en el campo 15 “Tipo de servicio solicitado” se diligenció “N”, deberá utilizar los códigos dispuestos en la tabla de referencia ProductosNutricionales en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo. • Si en el campo 15 “Tipo de servicio solicitado” se diligenció “S”, deberá utilizar los códigos dispuestos en la tabla de referencia REC-ServiciosEspecificosNoPos en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo. • Si en el campo 15 “Tipo de servicio solicitado” se diligenció “C”, deberá utilizar los códigos dispuestos en la tabla de referencia REC-CodigoServicioNoFinanciado en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo. 	SÍ
17	Tipo de medicamento	1	N	<p>Se debe diligenciar si en el campo 15 se tomó la opción M.</p> <p>1: Medicamento 2: Vital No Disponible 3: Preparación Magistral</p>	NO
18	El dispositivo está incluido en un procedimiento	1	N	<p>Se debe diligenciar si en el campo 15 se tomó la opción D.</p> <p>0: NO 1: SÍ</p>	NO
19	Tipo de prestación	1	N	<p>1: Única 2: Sucesiva</p>	NO
20	La solicitud es por la causa 1: Agotamiento de lo contenido en el Plan de Beneficios	1	N	<p>0: NO 1: SÍ</p>	SÍ
21	La solicitud es por la causa 2: Reacciones adversas o intolerancias por el paciente	1	N	<p>0: NO 1: SÍ</p>	SÍ
22	La solicitud es por la causa 3: Existen indicaciones o contraindicaciones expresas	1	N	<p>0: NO 1: SÍ</p>	SÍ
23	La solicitud es por la causa 4: No existe otra alternativa en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC	1	N	<p>0: NO 1: SÍ</p>	SÍ
24	Fecha de solicitud del servicio	10	F	Registre la fecha en la cual el usuario solicitó el servicio. En formato AAAA-MM-DD	SÍ
25	Concepto negación de servicios médicos	3	A	<p>NTR: Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC</p> <p>NEG: Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante negado por el CTC</p>	SÍ
26	Motivo para no haber tramitado la solicitud ante el CTC (NTR)	2	A	Deberá utilizar los códigos dispuesto en la tabla de referencia RECMotivoNtrCTC en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo	NO
27	Motivos de negación por el CTC (NEG)	2	A	Deberá utilizar los códigos dispuesto en la tabla de referencia RECMotivoNegCTC en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo	NO
28	Nombre de la exclusión	100	A	Este campo se debe diligenciar si en el campo 26 o 27 la causa de negación es “...causal de exclusión...”	NO
29	Número del acta de CTC	20	A	<p>Este campo se debe diligenciar si el campo 25 es NEG.</p> <p>Indique el número del acta de CTC.</p>	NO
30	Fecha de realización del CTC	10	F	<p>Este campo se debe diligenciar si el campo 25 es NEG.</p> <p>Fecha de realización del CTC (En formato AAAA-MM-DD)</p>	NO

N°	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Descripción y valores permitidos	Requerido
31	Identificador único del registro asignado por las EPS	10	N	Este identificador debe ser único asignado por las EPS y no debe repetirse en los registros tipo 2 enviados en la diferentes fechas de corte	SÍ

b.3. Registro Tipo 3 – Registro de Detalle de los Servicios Médicos del Plan de Beneficios Ordenados por el Médico Tratante a sus Usuarios y Negados por la Entidad Promotora de Salud o por el CTC Bajo La Causa “1. El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC” en los Conceptos de Negación NTR (Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC) y NEG (Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante negado por el CTC)

Para los registros tipo 3, los campos 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8 deben haber sido reportados en el tipo de registro 2 del archivo de la misma fecha de corte o en la fecha de corte del mes anterior.

N°	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Descripción y valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	3: valor que significa que el registro es de detalle.	SÍ
1	Consecutivo de registro	10	N	Número consecutivo de registros de detalle dentro del archivo. Continuar en el siguiente consecutivo en que terminó el consecutivo del registro tipo 2 y va incrementando de 1 en 1, hasta el final del archivo.	SÍ
2	Código entidad	6	A	Código de la EPS, debe coincidir con el código reportado en el campo 3 del registro de control.	SÍ
3	Tipo de documento de Identificación del usuario	2	A	Registre el tipo de documento de identificación reportada en el registro tipo 2 (Campo 7)	SÍ
4	Número de documento de identificación del usuario	17	A	Registre el tipo de documento de identificación reportada en el registro tipo 2 (Campo 8)	SÍ
5	Tipo de servicio solicitado	1	A	Registre el tipo de servicio solicitado reportado en el registro tipo 2 (Campo 15)	SÍ
6	Código del servicio o tecnología	15	A	Registrar el código del servicio o tecnología reportado en el registro tipo 2 (campo 16)	SÍ
7	Fecha de solicitud del servicio	10	F	Registre la fecha reportada en el registro tipo 2 (Campo 24 En formato AAAA-MM-DD)	SÍ
8	Concepto de negación del servicio o tecnología.	3	A	Registre el concepto de negación reportado en el registro tipo 2 (Campo 25)	SÍ
9	Identificador único del registro asignado por las EPS	10	N	Registre el identificador reportado en el registro tipo 2 (campo 31) del archivo de la misma fecha de corte o en la fecha de corte del mes anterior.	SÍ
10	Prestó el servicio solicitado	1	N	Este campo se debe diligenciar si en el registro tipo 2 en los campos 26 o 27 el motivo de negación es “1. El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC” Prestó o no el servicio solicitado registrado en el campo 5 0: NO 1: SÍ	SÍ
11	Fecha de la prestación	10	F	Se debe diligenciar si el campo 10 tiene la opción SÍ, diligenciar fecha en que se generó la prestación. En formato AAAA-MM-DD	NO
12	Código de la autorización	20	A	Se debe diligenciar si el campo 10 tiene la opción SÍ, indique el código de la autorización de la prestación del servicio	NO
13	Tipo de identificación del prestador que suministra o presta el servicio	2	A	NI : NIT CC: Cédula de ciudadanía	NO
14	Número de identificación del prestador que suministra o presta el servicio	12	N	Número de identificación sin dígito de verificación	NO
15	Código de habilitación del prestador	12	A	Código de habilitación del prestador Ver tabla de referencia IPSCodHabilitacion en web.sispro.gov.co	NO

N°	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Descripción y valores permitidos	Requerido
16	Código del municipio del prestador	5	A	Tabla División Político Administrativa de Colombia Divipola del DANE. Los dos (2) primeros dígitos corresponden a departamento y los tres (3) siguientes a municipio (Ver la tabla de referencia municipio en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo)	NO
17	Causa por la cual no se prestó el servicio	100	T	Se debe diligenciar si el campo 10 tiene la opción NO. Deberá utilizar los códigos dispuestos en la tabla de referencia RECCausaNoEntrega en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo	NO

CAPÍTULO 2

Características de los Archivos Planos

Los archivos deben ser tipo texto y cumplir con las siguientes especificaciones técnicas:

- a) En el anexo técnico de los archivos, el tipo de dato, corresponde a los siguientes: A-Alfanumérico N- Numérico D- decimal F- Fecha T- Texto con caracteres especiales;
- b) Todos los datos deben ser grabados como texto en archivos planos de formato ANSI, con extensión .txt;
- c) Los nombres de archivos y los datos de los mismos deben ser grabados en letras mayúsculas, sin caracteres especiales y sin tildes;
- d) El separador de campos debe ser pipe (|) y debe ser usado exclusivamente para este fin. Los campos que corresponden a descripciones no deben incluir el carácter especial pipe (|);
- e) Cuando dentro de un archivo de datos se definan campos que no son obligatorios y que no sean reportados, este campo no llevará ningún valor, es decir debe ir vacío y reportarse en el archivo entre dos pipes, por ejemplo si entre el dato1 y el dato3, el dato2 está vacío se reportará así: dato1||dato3;
- f) Ningún dato en el campo debe venir encerrado entre comillas (") ni ningún otro carácter especial;
- g) Los campos numéricos deben venir sin ningún formato de valor ni separación de miles. Para los campos que se permita valores decimales, se debe usar el punto como separador de decimales;
- h) Los campos de tipo fecha deben venir en formato AAAA-MM-DD incluido el carácter guion, a excepción de las fechas que hacen parte del nombre de los archivos;
- i) Las longitudes de campos definidas en los registros de control y detalle de este anexo técnico se deben entender como el tamaño máximo del campo, es decir que los datos pueden tener una longitud menor al tamaño máximo;
- j) Los valores registrados en los archivos planos no deben tener ninguna justificación, por lo tanto no se les debe completar con ceros ni espacios;
- k) Tener en cuenta que cuando los códigos traen ceros, estos no pueden ser remplazados por la vocal 'O' la cual es un carácter diferente a cero;
- l) Los archivos planos no deben traer ningún carácter especial de fin de archivo ni de final de registro. Se utiliza el enter como fin de registro;
- m) Los archivos deben estar firmados digitalmente.

CAPÍTULO 3

Plataforma para el envío de archivos

Este Ministerio dispondrá de la Plataforma de Intercambio de Información (Pisis) del Sistema Integral de Información de la Protección Social (Sispro), para que las entidades reporten la información desde sus instalaciones. Si el reportante aún no tiene usuario debe solicitarlo previo registro de su entidad en el sitio web del Sispro.

Registrar entidad: <http://web.sispro.gov.co/WebPublico/Entidades/RegistrarEntidad.aspx>

Registrar solicitud de usuario:

<http://web.sispro.gov.co/Seguridad/Cliente/Web/RegistroSolicitudes.aspx>

Control de calidad de los datos.

La Plataforma Pisis recibe los archivos conformados según la estructura del presente Anexo Técnico determinado en este acto administrativo y realiza el proceso de validación, así:

- Primera validación: corresponde a la revisión de la estructura de los datos y se informa el estado de la recepción al reportante.
- Segunda validación: Una vez realizada en forma exitosa la primera validación se realiza el control de calidad de contenido en el aplicativo misional y se informa al reportante el resultado.

Se entiende cumplida la obligación de este reporte una vez las dos validaciones sean exitosas.

Mesa de ayuda

Con el propósito de brindar ayuda técnica para el reporte de los archivos, transporte de datos y demás temas relacionados, el Ministerio de Salud y Protección Social tiene dispuesta una mesa de ayuda. Los datos de contacto se encuentran en el siguiente enlace:

http://www.sispro.gov.co/recursosapp/Pages/Mesa_Ayuda.aspx

Adicionalmente, se dispone de documentación para el uso de la plataforma Pisis en el siguiente enlace: <http://web.sispro.gov.co/WebPublico/Soporte/FAQ/FAQ.aspx>

Tratamiento de la información

Las entidades que participen en el flujo y consolidación de la información, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que le sea aplicable en el marco de las Leyes Estatutarias 1581 de 2012 y 1712 de 2014, el Decreto número 1377 de 2013 y las normas que las modifiquen, reglamenten, aclaren o sustituyan.

Seguridad de la información

Para garantizar la seguridad y veracidad de la información reportada, las entidades deben enviar los archivos firmados digitalmente, lo cual protege los archivos garantizando su confidencialidad, integridad y no repudio. Para firmar digitalmente los archivos, se debe usar un certificado digital emitido por una entidad certificadora abierta aprobada por la entidad competente.

CAPÍTULO 4

Período de reporte y plazo

La periodicidad del reporte es mensual, cada mes de información se envía dentro de los primeros ocho (8) días calendario del siguiente mes.

Fecha de corte de la Información a reportar	Plazo para enviar el archivo plano	
	Desde:	Hasta:
2017-07-31	2017-08-01	2017-08-08
2017-08-31	2017-09-01	2017-09-08
Y así sucesivamente:		
Último día calendario del mes a reportar	Primer día calendario del siguiente mes.	Octavo día calendario del siguiente mes.

ANEXO TÉCNICO 2

Reporte de información y detalle de los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios y aprobados por el Comité Técnico Científico (CTC)

Las entidades territoriales deberán enviar al Ministerio de Salud y Protección Social, los archivos planos con la información de los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean aprobados por el Comité Técnico Científico. Para este anexo técnico se definen cuatro capítulos:

1. Estructura y especificación de los archivos.
2. Características de los archivos planos.
3. Plataforma para el envío de archivos.
4. Período de reporte y plazo.

CAPÍTULO 1

Estructura y especificación de los archivos

a) Estructura y especificación del nombre del archivo

El nombre del archivo de los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean aprobado por el Comité Técnico debe ser enviado por las Entidades Territoriales, el cual debe cumplir con el siguiente estándar:

Componente del nombre de archivo	Valores permitidos o formato	Descripción	Longitud fija	Requerido
Módulo de información	REC	Identificador del módulo de información: REC: Reportes de Control	3	Sí
Tipo de fuente	120	Fuente de la Información - Entidades Territoriales del orden Departamental y Distrital	3	SÍ
Tema de información	RNSE	Servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean aprobados por el Comité Técnico Científico.	4	SÍ
Fecha de corte	AAAAMMDD	Fecha de corte de la información reportada. Es el último día calendario del período de información reportada. No se debe utilizar ningún tipo de separador. Ejemplo: 20170630	8	SÍ
Tipo de identificación de la entidad reportadora	XX	Tipo de identificación de la entidad reportadora de la información: – DE: Departamento – DI: Distrito	2	SÍ
Número de identificación de la entidad reportadora	999999999999	Tabla División Política Administrativa de Colombia Divipola del DANE. De acuerdo al tipo de identificación del campo anterior, Si es DE en este campo va el código del departamento. Ejemplo: 00000000025 Si es DI en este campo va el código del Distrito Ejemplo: 00000011001	12	SÍ
Extensión del archivo	.txt	El archivo que trata este Anexo Técnico es un archivo plano	4	SÍ

NOMBRE DEL ARCHIVO

Tipo de archivo	Nombre de archivo	Longitud
Reporte de los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean aprobados por el Comité Técnico Científico.	REC120RNSEAAAAMMDDDEXXXXXXXXXXXX.TXT	36

b) Contenido del archivo

El archivo de la información de los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean aprobados por el Comité Técnico Científico está compuesto por un único registro de control (Registro Tipo 1) utilizado para identificar la entidad fuente de la información y varios tipos de registros de detalle numerados a partir del Registro Tipo 2 que contienen la información solicitada así:

Registro	Descripción	Reporte
Tipo 1	Registro de control	Obligatorio
Tipo 2	Registro de detalle de los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean aprobados por el Comité Técnico Científico.	Obligatorio

Cada registro está conformado por campos, los cuales van separados por pipe (|)

b.1 Registro tipo 1 – Registro de control

Es obligatorio. Es el primer registro que debe aparecer en los archivos que sean enviados.

N°	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Descripción y valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	1: valor que significa que el registro es de control.	SÍ
1	Tipo de identificación de la entidad reportadora	2	A	Tipo de identificación de la entidad reportadora de la información: – DE: Departamento – DI: Distrito	SÍ
2	Número de identificación de la entidad reportadora	5	N	Tabla División Política Administrativa de Colombia Divipola del DANE. De acuerdo al tipo de identificación del campo anterior, Si es DE en este campo va el código del departamento. Ejemplo: 25 Si es DI en este campo va el código del Distrito Ejemplo: 11001	SÍ
3	Fecha inicial del período de la información reportada	10	F	En formato AAAA-MM-DD. Debe corresponder a la fecha de inicio del período de información reportada. Ejemplo: 2017-06-01.	SÍ
4	Fecha final del período de la información reportada	10	F	En formato AAAA-MM-DD. Debe corresponder a la fecha final del período de información reportada y debe concordar con la fecha de corte del nombre del archivo. Ejemplo: 2017-06-30	SÍ
5	Número total de registros de detalle contenidos en el archivo	10	N	Debe corresponder a la cantidad de registros tipo 2, contenidos en el archivo.	SÍ

b.2 Registro Tipo 2 – Registro de Detalle de los Servicios Médicos Ordenados por el Médico Tratante a sus Usuarios que sean Aprobados por el Comité Técnico Científico

Mediante el Registro Tipo 2, las entidades territoriales reportan el detalle de la información de los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean aprobados por el Comité Técnico Científico

N°	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Descripción y valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	2: valor que significa que el registro es de detalle.	SÍ
1	Consecutivo de registro	10	N	Número consecutivo de registros de detalle dentro del archivo. Inicia en 1 para el primer registro de detalle y va incrementando de 1 en 1, hasta el final del archivo.	SÍ
2	Código entidad	6	A	Código de la EPS del afiliado	SÍ
3	Tipo de identificación del prestador que suministra o presta el servicio	2	A	NI : NIT CC: Cédula de ciudadanía	SÍ
4	Número de identificación del prestador que suministra o presta el servicio	12	N	Número de identificación sin dígito de verificación.	SÍ
5	Código de habilitación del prestador	12	A	Código de habilitación del prestador ver tabla de referencia IPSCodHabilitacion en web.sispro.gov.co	
6	Código del municipio donde se suministró o garantizó el servicio	5	A	Tabla División Político- Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Los dos (2) primeros dígitos corresponden a departamento y los tres (3) siguientes a municipio (Ver la tabla de referencia municipio en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo)	SÍ
7	Tipo de documento de Identificación del usuario	2	A	CN: Certificado de nacido vivo-DANE MS: Menor sin identificación RC: Registro civil TI : Tarjeta de identidad AS: Adulto sin identificación CC : Cédula de ciudadanía CE : Cédula de extranjería PA: Pasaporte SC: Salvoconducto de permanencia (Ver la tabla de referencia TipoIDAfiliadoRS en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo).	SÍ
8	Número de documento de identificación del usuario	17	A	Número de identificación del usuario	SÍ
9	Sexo del usuario	1	A	M: Mujer H: Hombre (Ver la tabla de referencia sexo en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo).	SÍ
10	Fecha de nacimiento	10	F	Registre la fecha de nacimiento del usuario. En formato AAAA-MM-DD	SÍ
11	Código ámbito de atención	1	A	1. Ambulatorio No Priorizado 2. Ambulatorio Priorizado 3. Hospitalario Domiciliario 4. Hospitalario Internación 5. Urgencias (Ver la tabla de referencia RECAmbitoAtencion en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo).	SÍ
12	Código de diagnóstico principal	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde al diagnóstico principal, es decir, la enfermedad o afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la atención del paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hace ningún diagnóstico, se selecciona el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante, como afección principal. (Ver la tabla de referencia CIE10 en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo).	SÍ
13	Código del diagnóstico relacionado 1	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado. (Ver la tabla de referencia CIE10 en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo).	NO
14	Tipo de servicio solicitado	1	A	M: Medicamentos P: Procedimientos D: Dispositivo médico no cubierto en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC N: Productos Nutricionales S: Servicios Específicos C: Servicios no financiados con recursos de salud, (Ver la tabla de referencia RECTipoServicio en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo).	SÍ

N°	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Descripción y valores permitidos	Requerido
15	Código del servicio o tecnología	15	A	<ul style="list-style-type: none"> • Si en el campo 14 “Tipo de servicio solicitado” se diligenció “M”, deberá utilizar la Denominación Común Internacional DCI. (Ver la tabla de referencia DCI en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo). • Si en el campo 14 “Tipo de servicio solicitado” se diligenció “P”, deberá utilizar los CUPS, (Ver la tabla de referencia CUPS en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo). • Si en el campo 14 “Tipo de servicio solicitado” se diligenció “D”, deberá utilizar los códigos dispuestos en la tabla de referencia DispositivosMedicos en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo • Si en el campo 14 “Tipo de servicio solicitado” se diligenció “N”, deberá utilizar los códigos dispuesto en la tabla de referencia ProductosNutricionales en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo. • Si en el campo 14 “Tipo de servicio solicitado” se diligenció “S”, deberá utilizar los códigos dispuestos en la tabla de referencia RECServiciosEspecificosNoPos en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo. • Si en el campo 14 “Tipo de servicio solicitado” se diligenció “C”, deberá utilizar los códigos dispuestos en la tabla de referencia RECCodigoServicioNoFinanciado en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo. 	SÍ
16	Número del acta de CTC	20	A	Indique el número del acta de CTC	SÍ
17	Fecha de realización del CTC	10	F	Fecha de realización del CTC (En formato AAAA-MM-DD)	SÍ
18	Fecha de suministro o prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el plan de beneficios con cargo a la UPC	10	F	Fecha de la entrega de la prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el plan de beneficios con cargo a la UPC (En formato AAAA-MM-DD)	SÍ
19	Cantidad total solicitadas en el CTC	3	N	Cantidad total solicitada en el CTC del servicio o tecnología del campo 15.	SÍ
20	Entrega mensual	1	N	Existen entregas parciales mensuales 0: NO 1: SÍ	SÍ
21	Última entrega	1	N	Última entrega en caso de dispensaciones parciales o mensuales para una misma prescripción. 0: NO 1: SÍ	SÍ
22	Número de entrega parcial	2	N	Digite el número de la entrega parcial	NO
23	Entrega completa	1	N	Existen entregas pendientes para la misma prescripción 0: NO 1: SÍ	SÍ
24	Cantidad total entregada	7	N	Cantidad total entregada	SÍ
25	Causa de no entrega	2	N	Deberá utilizar los códigos dispuesto en la tabla de referencia RECCausaNoEntrega en web.sispro.gov.co	NO

CAPÍTULO 2

Características de los Archivos Planos

Los archivos deben ser tipo texto y cumplir con las siguientes especificaciones técnicas:

- a) En el anexo técnico de los archivos, el tipo de dato, corresponde a los siguientes: A-Alfanumérico N-Numérico D-decimal F-Fecha T-Texto con caracteres especiales;
- b) Todos los datos deben ser grabados como texto en archivos planos de formato ANSI, con extensión .txt;
- c) Los nombres de archivos y los datos de los mismos deben ser grabados en letras mayúsculas, sin caracteres especiales y sin tildes;
- d) El separador de campos debe ser pipe (|) y debe ser usado exclusivamente para este fin. Los campos que corresponden a descripciones no deben incluir el carácter especial pipe (|);
- e) Cuando dentro de un archivo de datos se definan campos que no son obligatorios y que no sean reportados, este campo no llevará ningún valor, es decir debe ir vacío y reportarse en el archivo entre dos pipes, por ejemplo si entre el dato1 y el dato3, el dato2 está vacío se reportará así: dato1||dato3;
- f) Ningún dato en el campo debe venir encerrado entre comillas (“”) ni ningún otro carácter especial;
- g) Los campos numéricos deben venir sin ningún formato de valor ni separación de miles. Para los campos que se permita valores decimales, se debe usar el punto como separador de decimales;
- h) Los campos de tipo fecha deben venir en formato AAAA-MM-DD incluido el carácter guion, a excepción de las fechas que hacen parte del nombre de los archivos;

i) Las longitudes de campos definidas en los registros de control y detalle de este anexo técnico se deben entender como el tamaño máximo del campo, es decir que los datos pueden tener una longitud menor al tamaño máximo;

j) Los valores registrados en los archivos planos no deben tener ninguna justificación, por lo tanto no se les debe completar con ceros ni espacios;

k) Tener en cuenta que cuando los códigos traen ceros, estos no pueden ser remplazados por la vocal ‘O’ la cual es un carácter diferente a cero;

l) Los archivos planos no deben traer ningún carácter especial de fin de archivo ni de final de registro. Se utiliza el enter como fin de registro;

m) Los archivos deben estar firmados digitalmente.

CAPÍTULO 3

Plataforma para el envío de archivos

Este Ministerio dispondrá de la Plataforma de Intercambio de Información (Pisis) del Sistema Integral de Información de la Protección Social (Sispro), para que las entidades reporten la información desde sus instalaciones. Si el reportante aún no tiene usuario debe solicitarlo previo registro de su entidad en el sitio web del Sispro.

Registrar entidad: <http://web.sispro.gov.co/WebPublico/Entidades/RegistrarEntidad.aspx>

Registrar solicitud de usuario:

<http://web.sispro.gov.co/Seguridad/Cliente/Web/RegistroSolicitudes.aspx>

Control de calidad de los datos.

La Plataforma Pisis recibe los archivos conformados según la estructura del presente Anexo Técnico determinado en este acto administrativo y realiza el proceso de validación, así:

• Primera validación: corresponde a la revisión de la estructura de los datos y se informa el estado de la recepción al reportante.

• Segunda validación: Una vez realizada en forma exitosa la primera validación se realiza el control de calidad de contenido en el aplicativo misional y se informa al reportante el resultado.

Se entiende cumplida la obligación de este reporte una vez las dos validaciones sean exitosas.

Mesa de ayuda

Con el propósito de brindar ayuda técnica para el reporte de los archivos, transporte de datos y demás temas relacionados, el Ministerio de Salud y Protección Social tiene dispuesta una mesa de ayuda. Los datos de contacto se encuentran en el siguiente enlace: http://www.sispro.gov.co/recursosapp/Pages/Mesa_Ayuda.aspx

Adicionalmente, se dispone de documentación para el uso de la plataforma Pisis en el siguiente enlace: <http://web.sispro.gov.co/WebPublico/Soporte/FAQ/FAQ.aspx>

Tratamiento de la información

Las entidades que participen en el flujo y consolidación de la información, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que le sea aplicable en el marco de las Leyes Estatutarias 1581 de 2012 y 1712 de 2014, el Decreto número 1377 de 2013 y las normas que las modifiquen, reglamenten, aclaren o sustituyan.

Seguridad de la información

Para garantizar la seguridad y veracidad de la información reportada, las entidades deben enviar los archivos firmados digitalmente, lo cual protege los archivos garantizando su confidencialidad, integridad y no repudio. Para firmar digitalmente los archivos, se debe usar un certificado digital emitido por una entidad certificadora abierta aprobada por la entidad competente.

CAPÍTULO 4

Período de reporte y plazo

La periodicidad del reporte es mensual, cada mes de información se envía dentro de los primeros ocho (8) días calendario del siguiente mes.

Fecha de corte de la Información a reportar	Plazo para enviar el archivo plano	
	Desde:	Hasta:
2017-07-31	2017-08-01	2017-08-08
2017-08-31	2017-09-01	2017-09-08
Y así sucesivamente:		
Último día calendario del mes a reportar.	Primer día calendario del siguiente mes.	Octavo día calendario del siguiente mes.

(C. F.).

Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 00012 DE 2017

(enero 12)

por la cual se deja sin efecto la Resolución número 000547 del 12 de julio de 2010.

La Directora del Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre (Coldeportes), en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas en el Decreto-ley 1228 de 1995 y en el Decreto Reglamentario 407 de 1996 y

ANTECEDENTES:

Primero. Que el artículo 25 del Decreto-ley 1228 de 1995, dispone: “Coldeportes, ofrecerá cursos de administración deportiva dirigidos a los miembros de dirección y administración de los organismos deportivos, personal técnico y de juzgamiento, como requisito para el desempeño de sus funciones.

Esta capacitación será atendida por la Escuela Nacional del Deporte, y demás organismos especializados, de conformidad con lo que sobre el particular disponga el Plan Nacional de Capacitación.

En un término de cuatro (4) años contados a partir de la publicación del presente decreto, los actuales directivos de los organismos deportivos deberán acreditar el cumplimiento de este requisito. Vencido este término, será indispensable para ser elegido en los organismos deportivos”.

Segundo. Que a través de la Resolución número 000547 del 12 de julio de 2010, esta Entidad reglamentó los requisitos para la acreditación referente a la capacitación de los miembros del órgano de administración o juntas directivas o de comisiones técnicas o de juzgamiento de los organismos deportivos del Sistema Nacional.

CONSIDERACIONES:

Teniendo en cuenta que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 4° del Decreto Antitrámites número 019 del 2012, corresponde a las autoridades administrativas que tienen el impulso oficioso de los procesos administrativos a su cargo, como es el caso de

Coldeportes, de la facultad de otorgar la personería jurídica de Federaciones Deportivas y Clubes Profesionales constituidos como asociaciones o corporaciones, inscripción de miembros de Federaciones Deportivas y Clubes Profesionales constituidos como asociaciones o corporaciones, otorgamiento, renovación y actualización del reconocimiento deportivo de Federaciones Deportivas, Clubes Profesionales constituidos como asociaciones o corporaciones y como sociedades anónimas, Ligas Deportivas y Asociaciones Deportivas, propender por agilizar los trámites, de manera que no se impongan requisitos legales adicionales a los usuarios, se considera pertinente y procedente recoger la Resolución número 000547 del 12 de julio de 2010 para dejarla sin efectos.

En armonía con lo antes señalado y con el fin de garantizar celeridad en las actuaciones administrativas señaladas, se procede a definir el alcance del artículo 25 del Decreto-ley 1228 de 1995, para la acreditación relacionada a la capacitación de los miembros del órgano de administración o juntas directivas o de comisiones técnicas o de juzgamiento de los organismos deportivos del Sistema Nacional.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. Que para ser elegidos como miembros del órgano de administración o juntas directivas o de comisiones técnicas o de juzgamiento de los organismos deportivos del Sistema Nacional del Deporte, cada miembro deberá acreditar uno de los siguientes requisitos:

• Haber adelantado una capacitación en administración deportiva de la Escuela Nacional del Deporte y demás organismos especializados.

• Tener título profesional, técnico, o tecnológico concedido por una institución de educación superior nacional o extranjera o cualquier institución educativa reconocida por la ley.

• Haber ocupado cargos administrativos y/o directivo del nivel técnico, tecnológico o profesional en los entes municipales, departamentales, el Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte de Bogotá o Coldeportes.

• Haber ocupado cargos de administración o juntas directivas de los diferentes organismos deportivos y demás integrantes del Sistema Nacional del Deporte.

• Haber ocupado cargos directivos en las divisiones aficionadas o profesionales de las Federaciones Deportivas.

• Haber sido miembro de juntas directivas, representantes legales o gerentes de sociedades o empresas unipersonales.

• Haber sido miembro de comisiones técnicas o de juzgamiento.

• Haber adelantado una capacitación relacionada con aspectos técnicos o de Juzgamiento.

Artículo 2°. Esta Resolución modifica y deroga las disposiciones anteriores que le sean contrarias.

Artículo 3°. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

La Directora Coldeportes,

Clara Luz Roldán González.

Imprenta Nacional de Colombia. Recibo 21700972. 13-VI-2017. Valor \$295.200.

CIRCULARES EXTERNAS

CIRCULAR EXTERNA NÚMERO 001 DE 2017

(enero 12)

Para: Organismos deportivos que integran el Sistema Nacional del Deporte.

Asunto: Se deja sin efecto la Circular Externa número 000003 de junio 29 de 2012.

1. FUNDAMENTOS JURÍDICOS

Que de conformidad con lo establecido en los artículos 4°, 5° y 6° del Decreto Antitrámites número 019 del 2012, corresponde a las autoridades administrativas que tienen el impulso oficioso de los procesos administrativos a su cargo, adelantar los mismos en armonía con los principios de celeridad, economía y simplicidad de los trámites, de manera que no sean exigidos requisitos que no están contemplados en la ley.

Por lo anterior, se considera procedente y pertinente dejar sin efectos la Circular Externa número 000003 de junio 29 de 2012, para dar estricto cumplimiento a las disposiciones legales que regulan cada uno de los trámites institucionales relativos a la obtención de la personería jurídica de Federaciones Deportivas y Clubes Profesionales constituidos como asociaciones o corporaciones, inscripción de miembros de Federaciones Deportivas y Clubes Profesionales constituidos como asociaciones o corporaciones, otorgamiento, renovación y actualización del reconocimiento deportivo de Federaciones Deportivas, Clubes Profesionales constituidos como asociaciones o corporaciones y como sociedades anónimas, Ligas Deportivas y Asociaciones Deportivas, Inscripción de reforma estatutaria de Federaciones Deportivas y Clubes Profesionales constituidos como asociaciones o corporaciones, minuta de estatutos de clubes profesionales constituidos como sociedad anónima, registro de libros de actas de reuniones de Federaciones Deportivas y Clubes con deportistas profesionales constituidos como asociaciones o corporaciones y certificados de existencia y representación legal.

2. TRÁMITES INSTITUCIONALES

Que para la obtención de la personería jurídica de Federaciones Deportivas y Clubes Profesionales constituidos como asociaciones o corporaciones, inscripción de miembros de Federaciones Deportivas y Clubes Profesionales constituidos como asociaciones o corporaciones, otorgamiento, renovación y actualización del reconocimiento deportivo de Federaciones Deportivas, Clubes Profesionales constituidos como asociaciones o corporaciones

y como sociedades anónimas. Ligas Deportivas y Asociaciones Deportivas, Inscripción de reforma estatutaria de Federaciones Deportivas y Clubes Profesionales constituidos como asociaciones o corporaciones, minuta de estatutos de clubes profesionales constituidos como sociedad anónima, registro de libros de actas de reuniones de Federaciones Deportivas y Clubes con deportistas profesionales constituidos como asociaciones o corporaciones y certificados de existencia y representación legal, se deberá dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 181 de 1995, Ley 1445 de 2011, Ley 49 de 1993, Ley 582 de 2000, Ley 962 de 2005, Decreto 2166 de 1986, Decreto 515 de 1986, Decreto-ley 1228 de 1995, Decreto 1227 de 1995, Decreto Reglamentario 00407 de 1996, Decreto Reglamentario número 0776 de 1996, Decreto 641 de 2001, Decreto 4183 de 2011, Decreto 1085 de 2015 y demás normas concordantes.

3. DISPOSICIONES FINALES

El Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre (Coldeportes) en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control podrá solicitar información adicional para verificar el cumplimiento de los requisitos legales y estatutarios del trámite correspondiente.

Si se hubiere suministrado a Coldeportes documentación soporte exigida para un determinado trámite y la misma mantiene su vigencia sin modificación, no será necesario remitir nuevamente la información.

4. VIGENCIA Y DEROGATORIA

La presente circular rige a partir de su expedición y deroga la Circular Externa número 000003 de junio 29 de 2012.

Publíquese y cúmplase.

La Directora Coldeportes,

Clara Luz Roldán González.

Imprenta Nacional de Colombia. Recibo 21700973. 13-VI-2017. Valor \$295.200.

SUPERINTENDENCIAS

Superintendencia de la Economía Solidaria

CIRCULARES EXTERNAS

CIRCULAR EXTERNA NÚMERO 09 DE 2017

(junio 5)

Para: Órganos de Administración y Vigilancia de las Organizaciones de la Economía Solidaria Vigiladas
De: Superintendente
Asunto: Tratamiento de los Resultados por Adopción y Aplicación de los Nuevos Marcos Normativos Contables
Fecha: Bogotá D. C., 5 de junio de 2017

Con base en las facultades contenidas en los numerales 1 y 22 del artículo 36 de la Ley 454 de 1998, le corresponde a la Superintendencia de la Economía Solidaria verificar la observancia de las disposiciones que sobre estados financieros dicte el Gobierno nacional, e instruir a las instituciones vigiladas sobre la manera como deben cumplirse las disposiciones que rigen su actividad, fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de tales normas y señalar los procedimientos para su cabal aplicación.

Por lo anterior, y en concordancia con lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley 1314 de 2009, esta Superintendencia instruye a las organizaciones vigiladas sobre el tratamiento de los resultados acumulados por adopción y aplicación de las Normas de Contabilidad e Información Financiera aceptadas en Colombia, compiladas en el Decreto Único Reglamentario 2420 de 2015 y sus modificatorios.

1. Tratamiento de los Resultados Acumulados por Adopción por Primera vez de las Nif¹.

Los nuevos marcos normativos, compilados en el Decreto Único Reglamentario 2420 de 2015 y sus modificatorios, señalaron que en aplicación de la NIIF 1, la sección 35 de la NIIF para las Pymes, y el párrafo 15.8 del Decreto 2706 de 2012, según sea el caso, los ajustes resultantes de la adopción por primera vez de las NIF, contenidos en el estado de situación financiera de apertura (ESFA), se reconocerían directamente en las ganancias acumuladas, o, si fuera apropiado, en otra categoría dentro del patrimonio².

En desarrollo de estos preceptos legal y reglamentarios, esta Superintendencia creó la cuenta “Resultados Acumulados por Adopción por Primera Vez”, código “3600” en el Catálogo Único de Información Financiera con Fines de Supervisión, con el fin de que las entidades vigiladas registraran en esta cuenta los ajustes resultantes de la aplicación por primera vez de las NIF, es decir, al inicio del periodo de transición, bajo la premisa de que las políticas contables utilizadas en la adopción por primera vez pueden diferir de las que se aplicaban a la misma fecha utilizando los Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados (PCGA) anteriores.

1 La Ley 1314 de 2009 y sus Decretos reglamentarios definieron las NIF como las Normas de Información Financiera en Colombia, las cuales a su vez, están conformadas, en esencia, por las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF) para las entidades clasificadas en el grupo 1, la Norma Internacional de Información Financiera para Pequeñas y Medianas Entidades (NIIF para las Pymes) para las clasificadas en el grupo 2 y a la Contabilidad Simplificada para Microempresas para las clasificadas en el grupo 3.

2 Párrafo 11 de la NIIF 1, párrafo 35.8 de la sección 35 de la NIIF para las Pymes, y, párrafo 15.8 del Capítulo 15 del Marco Técnico Normativo de Información Financiera para las Microempresas.

En todo caso, las entidades pertenecientes al grupo 1, debieron evaluar si requerían usar la cuenta “Otro Resultado Integral”, código “3700”, para registrar los ajustes derivados del uso de las exenciones, como por ejemplo, el costo atribuido en las propiedades, planta y equipo, tal como lo prevé la NIIF 1.

Por lo anterior, esta Superintendencia imparte instrucciones de acuerdo con las siguientes situaciones:

1.1 Tratamiento del saldo neto positivo³ en la cuenta de resultados acumulados por adopción por primera vez.

En línea con lo conceptuado por el Consejo Técnico de la Contaduría Pública (CTCP)⁴, esta Superintendencia establece que en razón a que este saldo neto positivo en la cuenta de resultados acumulados por adopción por primera vez se originó en la transición a NIF y no corresponde a resultados ya realizados, no se debe considerar dentro del monto de excedentes a ser distribuidos en virtud del régimen legal establecido en materia de distribución de excedentes para cada tipo de entidad⁵.

La distribución de estos resultados solo podrá efectuarse cuando los activos sean efectivamente realizados, es decir, cuando se haga efectiva la entrada de los fondos correspondientes, se registren en el estado de resultados y afecte el excedente a ser distribuido conforme al régimen legal.

Ahora bien, el saldo neto positivo en la cuenta de resultados acumulados por adopción por primera vez bien podría ser utilizado, si fuera el caso, para compensar la pérdida que se llegase a originar al final del periodo de transición por aplicación de NIF.

1.2 Saldo neto negativo en la cuenta de resultados acumulados por adopción por primera vez

El saldo neto negativo en la cuenta de resultados acumulados por adopción por primera vez, que se origina cuando en el proceso de ajustes resultantes por adopción a las NIF, el valor de las pérdidas de dichos ajustes (cuenta 3610 del catálogo) sea superior al valor de los excedentes por efecto de ajustes (cuenta 3605 del catálogo), en este caso se disminuye el patrimonio de la entidad y en virtud de lo previsto en el artículo 55 de la Ley 79 de 1988, este saldo debe ser compensado con excedentes, o con la reserva de protección de los aportes sociales, según sea el caso.

2. TRATAMIENTO DE LAS DIFERENCIAS RESULTANTES AL FINAL DEL PERIODO DE TRANSICIÓN

Los decretos reglamentarios de la Ley 1314 de 2009, compilados en el Decreto Único Reglamentario 2420 de 2015 y sus modificatorios, definieron el periodo de transición como el año anterior a la aplicación de los nuevos marcos normativos, en el cual se debió llevar la contabilidad de acuerdo con la normatividad vigente en ese momento, es decir, conforme con el Decreto 2649 de 1993, y, simultáneamente, obtener información financiera bajo los nuevos marcos normativos, para ser utilizada con fines comparativos en los estados financieros resultantes del primer periodo de aplicación, en donde la contabilidad se llevará para todos los efectos, de acuerdo con los nuevos marcos normativos.

Teniendo en cuenta que los principios para preparar los estados financieros aplicando los nuevos marcos normativos en el periodo de transición, pudo generar resultados diferentes a los obtenidos en los estados financieros aplicando la normatividad bajo los PCGA anteriores, la Superintendencia de la Economía Solidaria establece:

2.1 Ajuste a los libros de contabilidad

En concordancia con lo señalado por el CTCP⁶ y en el Documento de Orientación Técnica 001 Contabilidad bajo los nuevos marcos normativos de 2014:

“(…) no es posible continuar la contabilidad de acuerdo con las nuevas bases sin reflejar el efecto del cambio de marco técnico. Es decir, no se puede cerrar el año de transición con unos saldos e iniciar el año de la primera aplicación con otros saldos. Por consiguiente, es necesario efectuar un comprobante de ajuste donde se incluyan las diferencias por reconocimiento, baja en cuenta, revalorización y reclasificación para cada cuenta, al iniciar el año de la primera aplicación del nuevo marco técnico normativo que corresponda”.

De esta manera el comprobante contable sugerido por el CTCP hará equivalente el último estado de situación financiera preparado bajo los PCGA anteriores con el estado de situación financiera preparado bajo los nuevos marcos normativos.

Así las cosas, el registro inicial de los libros de contabilidad elaborados sobre la base de las NIF debió basarse en los saldos de los libros elaborados sobre la base de PCGA locales debidamente ajustados a los importes que resultaron de aplicar las NIF.

Este ajuste debió realizarse a máximo nivel de detalle, con el fin de que las entidades pudieran, posteriormente, hacer el seguimiento individual y exhaustivo de las transacciones.

2.2 Diferencias en resultados

En relación con la diferencia en resultados, el CTCP señaló en el Concepto número 2014-577: “Ahora bien, dado que el valor del patrimonio en los últimos estados financieros sobre la base local difiere del valor del patrimonio sobre la base NIIF, al final del periodo de transición, la diferencia resultante deberá ser distribuida entre las utilidades o pérdidas acumuladas (ganancias retenidas) y los resultados del ejercicio, con el fin de mantener

3 El saldo neto positivo se origina cuando en el proceso de ajustes resultantes por adopción a las NIF, el valor de excedentes de dichos ajustes (cuenta 3605 del catálogo) sea superior al valor de las pérdidas por efecto de ajustes (cuenta 3610 del catálogo).

4 Conceptos del CTCP número 2014-056, 2014-341, 2014-577, 2016-093, 2016-304, 2016-490, 2016-917, 2017-025, 2017-033.

5 Artículo 54 de la Ley 79 de 1988 tratándose de cooperativas, Capítulo 4 del Decreto 1480 de 1989 para asociaciones mutualistas, Capítulo 4 del Decreto 1481 de 1989 en el caso de fondos de empleados y Capítulo 3 del Decreto 1482 de 1989 para las empresas de servicios en las formas de administraciones públicas cooperativas.

6 Concepto del CTCP número 2014-577

control sobre las ganancias retenidas que podrían ser distribuidas con base en los primeros estados financieros preparados bajo NIIF”.

En desarrollo de lo anterior, esta Superintendencia establece:

a) Tratamiento de la pérdida acumulada por la diferencia en resultados.

Si en las organizaciones vigiladas se presentó una situación, en donde el excedente obtenido en los últimos estados financieros elaborados con base en los PCGA anteriores resultó superior al excedente obtenido por efecto de la aplicación de los nuevos marcos normativos, se entiende que se realizó una distribución de excedentes mayor al excedente acumulado en el periodo de transición por aplicación de NIF, lo cual dará lugar a una pérdida acumulada.

En este caso las organizaciones solidarias vigiladas podrán absorber dicha pérdida acumulada con el saldo de la cuenta “Resultados Acumulados por Adopción por Primera Vez”, siempre que este saldo sea positivo, en el caso en que este saldo no sea suficiente para cubrir la totalidad de la pérdida, se deberá cubrir con los excedentes futuros de la entidad, o utilizando la reserva para protección de aportes sociales, según sea el caso, en concordancia con lo previsto en el artículo 55 de la Ley 79 de 1988.

Ahora bien, si el saldo de la cuenta “Resultados Acumulados por Adopción por Primera Vez” es negativo, la entidad no podrá efectuar este ajuste y la pérdida acumulada se deberá compensar con los excedentes futuros de la entidad, o utilizando la reserva para protección de aportes sociales, según se mencionó en el párrafo anterior.

b) Tratamiento de los excedentes acumulados por la diferencia en resultados.

Si en las organizaciones vigiladas se presentó una situación, en donde el excedente obtenido en los últimos estados financieros elaborados con base en los PCGA anteriores resultó inferior al excedente obtenido por efecto de la aplicación de los nuevos marcos normativos, se entiende que se realizó una distribución de excedentes menor al excedente acumulado en el periodo de transición por aplicación de NIF, lo cual dará lugar a un excedente acumulado.

En este caso bien pudieran las organizaciones vigiladas considerar dicha ganancia acumulada dentro del monto de excedentes a ser distribuidos en virtud del régimen legal establecido en materia de distribución de excedentes para cada tipo de entidad⁷.

3. RESPONSABILIDAD DE ADMINISTRADORES Y REVISORES FISCALES

Los estados financieros certificados por el representante legal y el contador y debidamente dictaminados por el revisor fiscal, serán el instrumento para determinar la situación económica y financiera de la organización.

Por lo tanto, los administradores en virtud de lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 222 de 1995, así como los revisores fiscales en cumplimiento de lo previsto en los artículos 207, 208 y 209 del Código de Comercio, serán responsables de los efectos que tenga la información financiera certificada y dictaminada.

COMENTARIO

La presente circular rige a partir de la fecha de su publicación en el *Diario Oficial*. Cordialmente,

El Superintendente,

Héctor Raúl Ruiz Velandia.
(C. F.).

UNIDADES ADMINISTRATIVAS ESPECIALES

Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 000033 DE 2017

(junio 8)

por la cual se adopta el registro de activos de información, el índice de información clasificada y reservada y el esquema de publicación de información, en la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales.

El Director General de Impuestos y Aduanas Nacionales, en uso de las facultades legales y en especial las dispuestas en el numeral 22 del artículo 6° del Decreto 4048 de 2008, y

CONSIDERANDO:

Que la Ley Estatutaria 1712 de 2014 de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional, reglamenta el derecho de acceso a los documentos públicos establecido en el artículo 74 de la Constitución Política.

Que la mencionada ley en su artículo 3° establece el principio de la divulgación proactiva de la información, según el cual “el derecho de acceso a la información no radica únicamente en la obligación de dar respuesta a las peticiones de la sociedad, sino también en el deber de los sujetos obligados de promover y generar una cultura de transparencia, lo que conlleva la obligación de publicar y divulgar documentos y archivos que plasman la actividad estatal y de interés público, de forma rutinaria y proactiva, actualizada, accesible y comprensible, atendiendo a límites razonables del talento humano y recursos físicos y financieros”.

⁷ Artículo 54 de la Ley 79 de 1988 tratándose de cooperativas, Capítulo 4 del Decreto 1480 de 1989 para asociaciones mutualistas, Capítulo 4 del Decreto 1481 de 1989 en el caso de fondos de empleados y Capítulo 3 del Decreto 1482 de 1989 para las empresas de servicios en las formas de administraciones públicas cooperativas.

Que en desarrollo de lo anterior, en el literal j) del artículo 11 ibídem se consagran el registro de activos de información y el registro de publicaciones o esquema de publicación de información, entre otros documentos mínimos obligatorios que los sujetos obligados deben publicar de manera proactiva.

De igual manera, el artículo 20 del citado ordenamiento establece que los sujetos obligados deberán mantener actualizado el índice de información clasificada y reservada con los actos, documentos e informaciones calificados como clasificados o reservados. El índice incluirá sus denominaciones, la motivación y la individualización del acto en que conste tal calificación.

Que el Decreto 1081 del 26 de mayo de 2015, “por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República”, compila y racionaliza las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector, entre ellas el Decreto 103 de 2015 en el Título 1, “Disposiciones generales en materia de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional”.

Que en desarrollo de lo previsto en la Ley 1712 de 2014, el Decreto 1081 de 2015 en su artículo 2.1.1.5.1, dispone que el Registro de Activos de Información, el Índice de Información Clasificada y Reservada y el Esquema de Publicación de Información, se denominan instrumentos de gestión de la información pública, los cuales deben ser articulados por los sujetos obligados mediante el uso eficiente de las tecnologías de la información y las comunicaciones, y garantizar su actualización y divulgación.

Que la implementación de los instrumentos de gestión de la información pública antes señalados, permitirá desarrollar las mejores prácticas de Buen Gobierno, contribuirá a incrementar los niveles de confianza y credibilidad ante la ciudadanía, permitirá cumplir con las exigencias del Programa de Gobierno en Línea, los lineamientos de la Norma Técnica NTC-ISO-IEC 27001:2013, los objetivos del Sistema de Gestión de Calidad, Control Interno y Gestión Ambiental, y las recomendaciones impartidas por la Procuraduría General de la Nación como garante del cumplimiento de este requisito de conformidad con lo previsto en el artículo 23 de la Ley de Transparencia.

Que la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) está obligada a cumplir lo ordenado en los artículos citados, de conformidad con lo previsto en el artículo 5° de la Ley 1712 de 2014, por lo anterior, el desarrollo e implementación de los instrumentos de gestión de la información pública señalados, está previsto en la iniciativa “TGI.4. Implementar el Manual de Gobierno en línea en la estrategia de Seguridad y Privacidad de la Información”, del Plan Táctico 2014-2018 de la entidad.

Que en cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 8 del artículo 8° de la Ley 1437 de 2011, el texto de esta resolución fue publicado antes de su expedición, durante tres (3) días, desde el 23 hasta el 27 de marzo de 2017, en la página web de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).

En mérito de lo expuesto y en ejercicio de sus facultades legales, el Director General de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales,

RESUELVE:

Artículo 1°. *Instrumentos de gestión de la información pública.* Adóptense el Registro de Activos de Información, el Índice de Información Clasificada y Reservada y el Esquema de Publicación de Información, como instrumentos para garantizar el cumplimiento del derecho a acceder a la información pública en cumplimiento de lo establecido en la Ley 1712 de 2014 y Decreto 1081 de 2015 en la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).

Artículo 2°. *Registro de Activos de Información.* Es el inventario de la información pública que se genera, obtiene, adquiere, transforma o controla por parte de las dependencias que conforman la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).

Artículo 3°. *Índice de Información Clasificada y Reservada.* Es el inventario de la información calificada como reservada o clasificada de conformidad con las normas que regulan la materia y los lineamientos proferidos por la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).

Artículo 4°. *Esquema de Publicación de Información.* Es el instrumento establecido por la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), el cual contiene las clases de información publicadas, la manera en la cual se publicará dicha información, las recomendaciones establecidas por el Ministerio Público y la periodicidad de la divulgación.

Artículo 5°. *Responsabilidades.* El competente para la aprobación, actualización y publicación de la información contenida en los instrumentos de gestión de la información pública es el Director de Gestión o Jefe de Oficina responsable del proceso que produzca o administre la información, de conformidad con los lineamientos proferidos por la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).

La Dirección de Gestión Organizacional o quien haga sus veces, debe expedir el procedimiento para la elaboración, modificación, eliminación y publicación de los instrumentos de gestión de la información pública, adoptados en la presente resolución, de conformidad con lo previsto en la Ley 1712 de 2014 y Decreto 1081 de 2015.

Artículo 6°. *Actualización de los instrumentos de gestión de información pública.* Los instrumentos de gestión de la información pública se actualizarán de conformidad con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1712 de 2014, Decreto 1081 de 2015 y demás normas aplicables.

Artículo 7°. *Publicación de los instrumentos de gestión de información pública.* Los instrumentos de gestión de la información pública se publicarán en el sitio web, en el enlace Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública.

Artículo 8°. Publicar la presente resolución de conformidad con el artículo 65 de la Ley 1437 de 2011.

Artículo 9°. La presente resolución rige a partir de su expedición y deroga, modifica o aclara las normas que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 8 de junio de 2017.

El Director General,

Santiago Rojas Arroyo.
(C. F.)

RESOLUCIÓN NÚMERO 000034 DE 2017

(junio 12)

por la cual se crean los Comités Especiales de Conciliación y Terminación por Mutuo Acuerdo en las Direcciones Seccionales de Impuestos, de Aduanas y de Impuestos y Aduanas y se establece el trámite interno de las solicitudes de conciliación y terminación por mutuo acuerdo de que tratan los artículos 305 y 306 de la Ley 1819 de 2016.

El Director General de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), en ejercicio de las facultades legales y en especial las conferidas por los numerales 12 y 32 del artículo 6° del Decreto 4048 de 2008, el artículo 1.6.4.1.1. del Decreto 1625 de 2016, adicionado por el artículo 1° del Decreto 927 de 2017 y el parágrafo 5° del artículo 305 de la Ley 1819 de 2016.

CONSIDERANDO:

Que la Ley 1819 de 2016, en sus artículos 305 y 306 facultó a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), para realizar conciliaciones en procesos contenciosos administrativos, en materia tributaria, aduanera y cambiaria, y para terminar por mutuo acuerdo los procesos administrativos tributarios, aduaneros y cambiarios.

Que el parágrafo 5° del artículo 305 de la Ley 1819 de 2016, facultó a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) para crear Comités de Conciliación Seccionales en las Direcciones Seccionales de Impuestos, de Aduanas y de Impuestos y Aduanas para el trámite y suscripción de las solicitudes de conciliación, presentadas por los contribuyentes, usuarios aduaneros y/o cambiarios de su jurisdicción.

Que el Gobierno nacional mediante Decreto 927 de 2017, por el cual se adicionó el Decreto Único Reglamentario en Materia Tributaria 1625 de 2016, en su artículo 1.6.4.1.1. facultó al Comité de Conciliación y Defensa Judicial de la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) para acordar y suscribir las fórmulas conciliatorias y los actos de terminación por mutuo acuerdo de que trata la Ley 1819 de 2016.

Que el mismo decreto facultó al Director General de la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) para crear los Comités Especiales de Conciliación y Terminación por Mutuo Acuerdo en las Direcciones Seccionales de Impuestos, de Aduanas y de Impuestos y Aduanas, definir su competencia y el trámite interno para la realización de las conciliaciones y las terminaciones por mutuo acuerdo, que se presenten en las respectivas seccionales.

Que en virtud de la estructura de la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), establecida en el Decreto 4048 de 2008, los procesos contenciosos administrativos así como los procesos administrativos tributarios, aduaneros y cambiarios se encuentran distribuidos funcionalmente tanto en el Nivel Central, en las Subdirecciones de Gestión de Recursos Jurídicos y de Gestión de Representación Externa, como en las Direcciones Seccionales, por lo cual se requiere asignar la competencia para el trámite de las solicitudes de conciliación y terminación por mutuo acuerdo atendiendo la estructura y distribución de funciones de la entidad.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

CAPÍTULO I

De los Comités de Conciliación y Terminación por mutuo acuerdo

Artículo 1°. *Comité de Conciliación y Defensa Judicial de la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).* El Comité de Conciliación y Defensa Judicial de la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) tendrá competencia para decidir sobre las peticiones de conciliación en procesos contenciosos administrativos en materia tributaria, aduanera y cambiaria, cuya representación judicial esté a cargo de la Subdirección de Gestión de Representación Externa.

También tendrá competencia para decidir sobre las solicitudes de terminación por mutuo acuerdo de los procesos en discusión en sede administrativa en materia tributaria, aduanera y cambiaria que por competencia funcional correspondan a la Subdirección de Gestión de Recursos Jurídicos y que a la fecha de la solicitud se haya interpuesto recurso y se encuentre para fallo.

Parágrafo. La solicitud de terminación por mutuo acuerdo no suspende los términos para el trámite de los recursos de reconsideración, por lo cual, si bien la Ley 1819 de 2016 establece como plazo máximo para acordar la terminación por mutuo acuerdo el 30 de octubre de 2017, se deberá atender el recurso de reconsideración dentro del término legal.

Artículo 2°. *Comités especiales de conciliación y terminación por mutuo acuerdo.* Para efectos de la aplicación de los artículos 305 y 306 de la Ley 1819 de 2016 se crean en cada Dirección Seccional de Impuestos, de Aduanas y de Impuestos y Aduanas los Comités Especiales de Conciliación y Terminación por Mutuo Acuerdo, los cuales estarán integrados por:

- El Director Seccional;
- El Jefe de la División de Gestión de Fiscalización;
- El Jefe de la División de Gestión de Liquidación;
- El Jefe de la División de Gestión de Cobranzas o de Gestión de Recaudo y Cobranzas o el Jefe del Grupo de Gestión de Cobranzas, en las Direcciones Seccionales que cuenten con estas dependencias en su estructura interna.
- El Jefe de la División de Gestión Jurídica o quien haga sus veces, en las Direcciones Seccionales que cuenten con esta dependencia en su estructura interna.

Todos los miembros del Comité Especial de Conciliación y Terminación por Mutuo Acuerdo tendrán voz y voto y las decisiones se adoptarán por mayoría simple.

Los miembros del Comité Especial de Conciliación y Terminación por Mutuo Acuerdo designarán el secretario técnico del mismo, quien tendrá voz, pero no voto.

Artículo 3°. *Competencia de los comités especiales de conciliación y terminación por mutuo acuerdo.* Los Comités Especiales de Conciliación y Terminación por Mutuo Acuerdo tendrán competencia para decidir:

1. Las peticiones de conciliación en procesos contenciosos administrativos en materia tributaria, aduanera y cambiaria cuya representación judicial esté a cargo de la respectiva Seccional.
2. Las solicitudes de terminación por mutuo acuerdo de los procesos en discusión en sede administrativa, en materia tributaria, aduanera y cambiaria en los cuales la respectiva seccional haya proferido los actos administrativos objeto de la solicitud.
3. Las solicitudes de terminación por mutuo acuerdo sobre los cuales a la fecha de radicación de la solicitud se haya notificado el fallo del recurso de reconsideración por parte de la Subdirección de Gestión de Recursos Jurídicos y no haya operado la caducidad.

Parágrafo. Las solicitudes presentadas ante las Direcciones Seccionales de Impuestos y Aduanas Delegadas serán tramitadas por la Dirección Seccional a la cual se encuentren adscritas, según su competencia.

CAPÍTULO II

Trámite interno de las solicitudes de conciliación y terminación por mutuo acuerdo

Artículo 4°. *Presentación de las solicitudes.* Las solicitudes de conciliación y terminación por mutuo acuerdo deberán presentarse por escrito dirigido al Comité de Conciliación y Defensa Judicial o al Comité Especial de Conciliación y Terminación por Mutuo Acuerdo competente y radicadas en el Nivel Central o en la Dirección Seccional con competencia para su trámite, según el caso.

En el evento en que se radique la solicitud en una seccional que carece de la competencia funcional para atenderla, el receptor remitirá de inmediato la petición junto con sus anexos al competente utilizando el mecanismo más expedito, e informará del hecho al solicitante.

Artículo 5°. *Estudio de la solicitud.* En el Nivel Central, el Jefe de la Coordinación de Conciliación y Defensa Judicial de la Subdirección de Gestión de Representación Externa, designará el funcionario de esta Coordinación para la realización del trámite interno de verificación, sustanciación, elaboración del proyecto de acuerdo conciliatorio, cuando a ello hubiere lugar, proyecto de acta individual de la decisión del Comité y su presentación ante el Comité de Conciliación y Defensa Judicial.

Por su parte, el Subdirector de Gestión de Recursos Jurídicos designará el funcionario de esta Subdirección para la realización del trámite interno de verificación, sustanciación, elaboración del proyecto de acuerdo de terminación por mutuo acuerdo, cuando a ello hubiere lugar, proyecto de acta individual de la decisión del Comité y su presentación ante el Comité de Conciliación y Defensa Judicial.

En el Nivel Seccional, el Jefe de la División de Gestión Jurídica, o quien haga sus veces, designará el funcionario de esa dependencia para que realice el trámite interno de verificación, sustanciación, elaboración del proyecto de acuerdo conciliatorio o de terminación por mutuo acuerdo, cuando a ello hubiere lugar, proyecto de acta individual de la decisión del Comité y presentación ante el Comité Especial de Conciliación y Terminación por Mutuo Acuerdo, o lo realizará directamente.

Corresponde al Jefe de la División de Gestión de Cobranzas o de Recaudo y Cobranzas de la Dirección Seccional competente certificar dentro del término de los diez (10) días hábiles siguientes al envío de la solicitud por parte del funcionario designado: i) Que la declaración privada del impuesto objeto de conciliación o terminación por mutuo acuerdo se encuentre cancelada en su totalidad, discriminando los valores pagados por cada concepto, ii) el valor total de la obligación objeto de conciliación o terminación por mutuo acuerdo, de conformidad con los valores establecidos en los actos administrativos correspondientes, iii) los valores cancelados para acogerse al beneficio, especificando las sumas pagadas por cada concepto, iv) los valores a conciliar o transar, discriminando el valor de la actualización de la sanción e intereses de mora generados, de conformidad con la normatividad vigente, v) las sumas canceladas por otros conceptos diferentes a impuestos, sanciones, actualización de sanciones e intereses, cuando se requiera dicha información, a solicitud del funcionario asignado, y vi) Pago total de los valores determinados en la declaración o declaraciones privadas del año 2016, correspondientes al mismo impuesto o retenciones objeto de conciliación o terminación por mutuo acuerdo.

Igualmente, certificarán si el peticionario suscribió acuerdos de pago con fundamento en el artículo 7° de la Ley 1066 de 2006, el artículo 1° de la Ley 1175 de 2007, el artículo 48 de la Ley 1430 de 2010, los artículos 147, 148 y 149 de la Ley 1607 de 2012 y los artículos 55, 56 y 57 de la Ley 1739 de 2014, y si a 29 de diciembre de 2016 se encontraba en mora por las obligaciones contenidas en los mismos.

El funcionario designado para el estudio de la solicitud de conciliación o terminación por mutuo acuerdo, efectuará la verificación previa de los requisitos a que se refieren los artículos 305 y 306 de la Ley 1819 de 2016, para lo cual elaborará la respectiva ficha técnica.

En el evento de presentarse alguna inconsistencia o deficiencia formal en la petición, el funcionario designado lo comunicará inmediatamente al Jefe de la Coordinación de Conciliación y Defensa Judicial, al Subdirector de Gestión de Recursos Jurídicos o al Jefe de la División de Gestión Jurídica de la respectiva Seccional, quien a su vez informará al interesado con el fin de que sea subsanada.

Si dentro del mes siguiente a la comunicación de las inconsistencias y/o deficiencias de la petición el interesado no ha subsanado las mismas, operará el desistimiento en los términos del artículo 17 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sin perjuicio de que la solicitud pueda ser nuevamente presentada, siempre y cuando se haga dentro del término legal establecido para el beneficio.

En todo caso, el interesado deberá subsanar la solicitud de conciliación antes del 30 de septiembre de 2017 y la solicitud de terminación por mutuo acuerdo antes del 30 de octubre de 2017, de conformidad con lo establecido en los artículos 305 y 306 la Ley 1819 de 2016.

Parágrafo 1°. Para el trámite de la certificación de que trata el presente artículo, el funcionario designado para la realización del trámite interno deberá remitir copia de la solicitud y sus anexos, y para las terminaciones por mutuo acuerdo la copia del acto administrativo objeto de transacción.

Parágrafo 2°. Los funcionarios competentes para expedir la certificación de cobranzas deberán utilizar el formato unificado diseñado por la Subdirección de Gestión de Recaudo y Cobranzas, de la Dirección de Gestión de Ingresos.

Artículo 6°. *Evaluación de las solicitudes de conciliación y terminación por mutuo acuerdo.* En los procesos contenciosos administrativos a conciliar el funcionario designado para el estudio de la solicitud de conciliación deberá adelantar todas las diligencias para definir la procedencia de la solicitud y presentar al Comité, una vez terminado el estudio los siguientes documentos:

1. Solicitud del peticionario, con sus anexos.
2. Certificación del área de cobranzas correspondiente.
3. Ficha técnica sustentada donde exprese su recomendación para conciliar o no.
4. Proyecto de acta de acuerdo conciliatorio, cuando haya lugar al mismo.
5. Proyecto de acta individual de la decisión adoptada por el Comité.

En los procesos administrativos a terminar por mutuo acuerdo el funcionario asignado para el estudio de la solicitud deberá adelantar todas las diligencias para definir la procedencia de la solicitud y presentar al comité, una vez terminado el estudio, los siguientes documentos:

1. Solicitud del peticionario, con sus anexos.
2. Certificación del área de cobranzas correspondiente.
3. Ficha técnica sustentada donde exprese su recomendación para transar o no.
4. Proyecto de acta de acuerdo de terminación por mutuo acuerdo, cuando haya lugar al mismo.
5. Proyecto de acta individual de la decisión adoptada por el Comité.

El Secretario Técnico del Comité remitirá al área competente el acta para su notificación conforme con el procedimiento establecido en el artículo 565 del Estatuto Tributario y se le entregará copia de la misma al notificado.

Artículo 7°. *Recursos contra las decisiones del Comité.* Contra las decisiones del Comité de Conciliación y Defensa Judicial de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales en el Nivel Central procede únicamente el recurso de reposición; contra las decisiones de los Comités Especiales de Conciliación y Terminación por Mutuo Acuerdo de las Direcciones Seccionales proceden los recursos de reposición y apelación, este último ante el Comité de Conciliación y Defensa Judicial de la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) en el Nivel Central, de conformidad con el procedimiento previsto en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Artículo 8°. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C. a 12 de junio de 2017.

El Director General,

Santiago Rojas Arroyo.
(C. F.)

RESOLUCIÓN NÚMERO 004035 DE 2017

(junio 12)

por la cual se efectúan unos nombramientos con carácter provisional.

El Director General de Impuestos y Aduanas Nacionales, en uso de las facultades conferidas por los artículos 19 del Decreto-ley 1072 de 1999, 25 y 26 del Decreto-ley 765 de 2005 y 60 de la Ley 1739 de 2014 y 332 de la Ley 1819 de 2016,

CONSIDERANDO:

Que en la planta de personal de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a la fecha existen empleos en vacancia definitiva y temporal, los cuales por necesidades del servicio requieren ser provistos a través del nombramiento en provisionalidad, en razón a que agotado el procedimiento establecido para la provisión transitoria mediante encargo no fue posible su provisión.

Que los gastos de personal que se generen con ocasión de los nombramientos que se efectúan mediante la presente resolución, se encuentren amparados por el CDP 32817 del 17 de mayo de 2017, expedido por el Jefe de la Coordinación de Presupuesto de la Subdirección de Gestión de Recursos Financieros.

Que en virtud de lo anterior,

RESUELVE:

Artículo 1°. Nombrar con carácter provisional en el empleo Gestor II Código 302 Grado 02 – ROL GH3007 – Gestor II de Gestión Humana y ubicar en la Coordinación de la Dinámica de las Competencias Laborales de la Subdirección de Gestión de Procesos y Competencias Laborales de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a Rosa Marcela Patiño Pedraza, identificada con cédula de ciudadanía número 52182932, por el término que la titular del mismo Betty del Carmen Riveros Riveros, identificada con cédula de ciudadanía número 51789033, permanezca separada de este.

Artículo 2°. Nombrar con carácter provisional en el empleo Facilitador III Código 103 Grado 03 – ROL FC1002 – Facilitador III de Procesos y ubicar en el Despacho de la Subdirección de Gestión de Normativa y Doctrina de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a Paola Rico Martínez, identificada con cédula de ciudadanía número 52750216, por el término que el titular del mismo Antola Rappi Cubillos, identificado con cédula de ciudadanía número 79529691, permanezca separado de este.

Artículo 3°. Nombrar con carácter provisional en el empleo Gestor I Código 301 Grado 01 – ROL OA3023 – Gestor I en Operadores de Comercio Exterior y Operador Económico Autorizado y ubicar en la Coordinación de Sustanciación de la Subdirección de Gestión de Registro Aduanero de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a Margarita María Ramírez Barragán, identificada con cédula de ciudadanía número 1019036152, por el término que la titular del mismo Betsabeth Maestre Bello, identificada con cédula de ciudadanía número 49728863, permanezca separada de este.

Artículo 4°. Nombrar con carácter provisional en el empleo Gestor I Código 301 Grado 01 – ROL FL3008 – Gestor I de Fiscalización y Liquidación TACI y ubicar en el Despacho de la Subdirección de Gestión de Fiscalización Internacional de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a Juan Sebastián Segura Rodríguez, identificado con cédula de ciudadanía número 1136881866, por el término que el mismo permanezca vacante.

Artículo 5°. Nombrar con carácter provisional en el empleo Gestor I Código 301 Grado 01 – ROL SC3035 – Gestor I en Operación Aduanera Seccionales y ubicar en la División de Gestión de la Operación Aduanera de la Dirección Seccional de Aduanas de Bogotá de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a David Ricardo Romero Ramírez, identificado con cédula de ciudadanía número 1032424069, por el término que el mismo permanezca vacante.

Artículo 6°. Nombrar con carácter provisional en el empleo Gestor I Código 301 Grado 01 – ROL SC3035 – Gestor I en Operación Aduanera Seccionales y ubicar en la División de Gestión de la Operación Aduanera de la Dirección Seccional de Aduanas de Bogotá de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a María Consuelo de Arcos León, identificada con cédula de ciudadanía número 1069462921, por el término que la titular del mismo Ana Silvia Cárdenas Parra, identificada con cédula de ciudadanía número 20743830, permanezca separada de este.

Artículo 7°. Nombrar con carácter provisional en el empleo Gestor II Código 302 Grado 02 – ROL SC3031 – Gestor II de Recaudación y Administración de Cartera – Seccionales y ubicar en la División de Gestión de Cobranzas de la Dirección Seccional de Impuestos de Grandes Contribuyentes de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a Rosa Elina Rodríguez Acosta, identificada con cédula de ciudadanía número 65744620, por el término que el titular del mismo Óscar Emilio Parra Cabrera, identificado con cédula de ciudadanía número 79123368, permanezca separado de este.

Artículo 8°. Nombrar con carácter provisional en el empleo Facilitador IV Código 104 Grado 04 – ROL FC1001 – Facilitador IV de Procesos y ubicar en la División de Gestión de Liquidación de la Dirección Seccional de Grandes Contribuyentes de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a Karen Rocío Molina Prada, identificada con cédula de ciudadanía número 1030541523, por el término que el mismo permanezca vacante.

Artículo 9°. Nombrar con carácter provisional en el empleo Gestor II Código 302 Grado 02 – ROL DE3007 – Gestor II de Despacho y ubicar en el Despacho de la Dirección Seccional de Impuestos y Aduanas de Santa Marta de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a María Luisa Hidalgo Palacio, identificada con cédula de ciudadanía número 1082868628, por el término que la titular del mismo Carmen Alicia Lastra Fuscaldo, identificada con cédula de ciudadanía número 36548964, permanezca separada de este.

Artículo 10. Nombrar con carácter provisional en el empleo Gestor II Código 302 Grado 02 - ROL CA3007 - Gestor II de Administración de Cartera y ubicar en la División de Gestión de Recaudo y Cobranzas de la Dirección Seccional de Impuestos y Aduanas de Bucaramanga de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a Maritza Sepúlveda Carreño, identificada con cédula de ciudadanía número 63508339, por el término que la titular del mismo Claudia Lucía Camargo Sánchez, identificada con cédula de ciudadanía número 63330824, permanezca separada de este.

Artículo 11. Nombrar con carácter provisional en el empleo Gestor I Código 301 Grado 01 - ROL SC3036 - Gestor I de Asistencia al Cliente y Gestión Masiva - Seccionales y ubicar en la División de Gestión de Asistencia al Cliente de la Dirección Seccional de Impuestos y Aduanas de Bucaramanga de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a Sandra Bibiana González Arenas, identificada con cédula de ciudadanía número 52517413, por el término que la titular del mismo María Teresa Restrepo Reyes, identificada con cédula de ciudadanía número 37934616, permanezca separada de este.

Artículo 12. Nombrar con carácter provisional en el empleo Gestor II Código 302 Grado 02 - ROL SC3031 - Gestor II de Recaudación y Administración de Cartera – Seccionales y ubicar en la División de Gestión de Recaudo y Cobranzas de la Dirección Seccional de Impuestos y Aduanas de Valledupar de la Unidad Administrativa Especial Dirección de

Impuestos y Aduanas Nacionales, a Fernando José Noriega Orrego, identificado con cédula de ciudadanía número 7573102, por el término que el mismo permanezca vacante.

Artículo 13. Nombrar con carácter provisional en el empleo Gestor II Código 302 Grado 02 - ROL SC3026 - Gestor II en Operación Aduanera Seccionales y ubicar en el Despacho de la Dirección Seccional de Impuestos y Aduanas de Arauca de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a Ana Jackeline Leal Rojas, identificada con cédula de ciudadanía número 68295363, por el término que el mismo permanezca vacante.

Artículo 14. Nombrar con carácter provisional en el empleo Gestor I Código 301 Grado 01 - ROL CA3008 - Gestor I de Administración de Cartera y ubicar en la División de Gestión de Cobranzas de la Dirección Seccional de Impuestos de Cali de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a Juan Sebastián Sicacha Reyes, identificado con cédula de ciudadanía número 1112466086, por el término que la titular del mismo Adriana Loaiza Escobar, identificada con cédula de ciudadanía número 31898642, permanezca separada de este.

Artículo 15. Nombrar con carácter provisional en el empleo Gestor I Código 301 Grado 01 - ROL FL3008 - Gestor I de Fiscalización y Liquidación - TACI y ubicar en la División de Gestión de Fiscalización de la Dirección Seccional de Impuestos y Aduanas de Popayán de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a Karla Isabella Hurtado López, identificada con cédula de ciudadanía número 1061760749, por el término que el mismo permanezca vacante.

Artículo 16. Nombrar con carácter provisional en el empleo Facilitador II Código 102 Grado 02 - ROL FC1003 - Facilitador II de Procesos y ubicar en la División de Gestión Administrativa y Financiera de la Dirección Seccional de Impuestos y Aduanas de Ipiales de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a Yuly Paola Gómez Santacruz, identificada con cédula de ciudadanía número 1085938578, por el término que la titular del mismo María Eugenia Arciniegas Rosero, identificada con cédula de ciudadanía número 36995584, permanezca separada de este.

Artículo 17. Nombrar con carácter provisional en el empleo Gestor II Código 302 Grado 02 - ROL SC3026 - Gestor II en Operación Aduanera Seccionales y ubicar en el Despacho de la Dirección Seccional Delegada de Impuestos y Aduanas de Puerto Asís de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a Víctor Alfonso Cortés Aguinda, identificado con cédula de ciudadanía número 97437107, por el término que el mismo permanezca vacante.

Artículo 18. Nombrar con carácter provisional en el empleo Facilitador III Código 103 Grado 03 - ROL FC1002 - Facilitador III de Procesos y ubicar en el Despacho de la Dirección Seccional de Aduanas de Cali de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a Deyanira Villaquirán Salazar, identificada con cédula de ciudadanía número 38602646, por el término que el titular del mismo Américo Mosquera Valencia, identificado con cédula de ciudadanía número 16513052, permanezca separado de este.

Artículo 19. Nombrar con carácter provisional en el empleo Facilitador II Código 102 Grado 02 - ROL FC1003 - Facilitador II de Procesos y ubicar en la División de Gestión Administrativa y Financiera de la Dirección Seccional de Aduanas de Cali de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a María Eloísa Rivas Barrios, identificada con cédula de ciudadanía número 27297672, por el término que el titular del mismo Luis Alberto Galvis García, identificado con cédula de ciudadanía número 94282553, permanezca separado de este.

Artículo 20. Nombrar con carácter provisional en el empleo Facilitador IV Código 104 Grado 04 - ROL FC1001 - Facilitador IV de Procesos y ubicar en la División de Gestión de Recaudo y Cobranzas de la Dirección Seccional de Impuestos y Aduanas de Neiva de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a Piedad Cristina Hernández Murcia, identificada con cédula de ciudadanía número 26592770, por el término que la titular del mismo Ana Cristina Manrique Plata, identificada con cédula de ciudadanía número 36166075, permanezca separada de este.

Artículo 21. Nombrar con carácter provisional en el empleo Gestor II Código 302 Grado 02 - ROL FL3007 - Gestor II de Fiscalización y Liquidación TACI y ubicar en la División de Gestión de Fiscalización de la Dirección Seccional de Impuestos y Aduanas de Villavicencio de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a Julián David Garzón Gómez, identificado con cédula de ciudadanía número 80800605, por el término que el titular del mismo Javier Castiblanco Torres, identificado con cédula de ciudadanía número 17322386, permanezca separado de este.

Artículo 22. Nombrar con carácter provisional en el empleo Gestor II Código 302 Grado 02 - ROL SC3028 - Gestor II de Asistencia al Cliente y Gestión Masiva Seccionales y ubicar en el Despacho de la Dirección Seccional Delegada de Impuestos y Aduanas de San José del Guaviare de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a Yeins Alexandra Vargas Baquero, identificada con cédula de ciudadanía número 1121877612, por el término que el mismo permanezca vacante.

Artículo 23. Nombrar con carácter provisional en el empleo Gestor I Código 301 Grado 01 - ROL GJ3009 - Gestor I de Apoyo a la Gestión Jurídica y ubicar en la Subdirección de Gestión de Representación Externa de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a Yazmín Bibiana Rubio Moya, identificada con cédula de ciudadanía número 35199770, por el término que la misma permanezca vacante.

Artículo 24. A través de la Coordinación de Notificaciones de la Subdirección de Gestión de Recursos Físicos, comunicar el contenido de la presente resolución a las personas mencionadas en los artículos primero a veintitrés de esta, quienes se podrán ubicar en las siguientes direcciones.

NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCIÓN
ROSA MARCELA PATIÑO PEDRAZA	Calle 127 B N°. 71 A 86 Bogotá, D. C.
PAOLA RICO MARTÍNEZ	Calle 58 F sur N°. 48 B 60 - Barrio la Coruña Bogotá, D. C.
MARGARITA MARÍA RAMÍREZ BARRAGÁN	Calle 185 N°. 49 - 60 - Tejares del Norte 3 - Casa 64 Barrio Mirandela - Bogotá, D. C.
JUAN SEBASTIÁN SEGURA RODRÍGUEZ	Calle 103 A N°. 19 A 36 - Barrio Chicó Navarra Bogotá, D. C.
DAVID RICARDO ROMERO RAMÍREZ	Carrera 73 B N°. 8 B - 50 - Barrio Bavaria II Bogotá, D. C.
MARÍA CONSUELO DE ARCOS LEÓN	Carrera 8 N°. 46 - 34 - Apartamento 901 - Edificio La Plazoleta - Chapinero Alto Bogotá, D. C.
ROSA ELINA RODRÍGUEZ ACOSTA	Avenida Caracas N°. 48 - 26 - Apartamento 301 - Barrio Chapinero - Bogotá, D. C.
KAREN ROCÍO MOLINA PRADA	Calle 42 N°. 79 F 10 sur - Barrio Kennedy Bomberos Bogotá, D. C.
MARÍA LUISA HIDALGO PALACIO	Manzana G Casa 8 Urbanización Villa del Mar Santa Marta (Magdalena)
MARITZA SEPÚLVEDA CARREÑO	Carrera 25 N°. 33 - 95 - Torre 2 - Apartamento 1002 Bucaramanga (Santander)
SANDRA BIBIANA GONZÁLEZ ARENAS	Calle 55 N°. 80 - 22 - Apartamento 217 Bogotá, D. C.
FERNANDO JOSÉ NORIEGA ORREGO	Carrera 14 N°. 7 B 10 - Casa 2 - Barrio San Carlos Valledupar (Cesar)
ANA JACKELINE LEAL ROJAS	Calle 15 A N°. 26 - 65 - Barrio Guarataros Arauca (Arauca)
JUAN SEBASTIÁN SICACHA REYES	Carrera 112 N°. 22 A 31 - Casa 35 - Paraíso de Ciudad Jardín I - Cali (Valle)
KARLA ISABELLA HURTADO LÓPEZ	Carrera 7 N°. 31 N 60 - Barrio Nogales de la Hacienda - Popayán (Cauca)
YULY PAOLA GÓMEZ SANTACRUZ	Barrio Lirios Norte - Ed. Mera Pepinosa - P.502 Ipiales (Nariño)
VÍCTOR ALFONSO CORTÉS AGUINDA	Barrio Villa Paz II - Diagonal Fábrica de Tubos de Concreto - Puerto Asís (Putumayo)
DEYANIRA VILLAQUIRÁN SALAZAR	Carrera 52 Oeste N°. 9 A - 44 Cali (Valle)
MARÍA ELOÍSA RIVAS BARRIOS	Calle 8ª Oeste N°. 28 - 140 - Barrio los Cristales Cali (Valle)
PIEDAD CRISTINA HERNÁNDEZ MURCIA	Calle 8 N°. 48 - 40 Casa 9 Calle Castilla - Conjunto Residencial Portal del Campo Neiva (Huila)
JULIÁN DAVID GARZÓN GÓMEZ	Calle 25 F N°. 80 B 20 - Barrio Modelia Bogotá, D. C.
YEINS ALEXANDRA VARGAS BAQUERO	Carrera 19 N°. 19 - 21 - Barrio La Granja Villavicencio (Meta)
YAZMÍN BIBIANA RUBIO MOYA	Carrera 70 D N°. 65 - 60 Sur - Barrio Perdomo Bogotá

Artículo 25. De conformidad con el artículo 332 de la Ley 1819 de 2016, las reclamaciones contra la presente resolución deberán interponerse en primera instancia ante la Comisión de Personal de la DIAN dentro de los cinco (5) días siguientes a la publicación de la misma, sin que se suspendan sus efectos, y en segunda instancia ante la Comisión Nacional del Servicio Civil (CNSC), dentro de los cinco días siguientes a la notificación de la decisión de primera instancia de la Comisión de Personal de la DIAN.

Parágrafo. De prosperar la reclamación a que refiere el presente artículo el funcionario vinculado provisionalmente será desvinculado en forma inmediata.

Artículo 26. Como garantía a la oportunidad de reclamaciones laborales, publicar a solicitud de la Subdirección de Gestión de Personal la presente resolución en la Diannet, y a partir del día siguiente de esta publicación cuentan los cinco (5) días para oportuna interposición.

Artículo 27. Por conducto de la Coordinación de Notificaciones de la Subdirección de Gestión de Recursos Físicos, enviar copia de la presente resolución al Despacho de las Subdirecciones de Gestión de Procesos y Competencias Laborales, Normativa y Doctrina, Registro Aduanero, Fiscalización Internacional y Representación Externa; de las Direcciones Seccionales de Aduanas de Bogotá y Cali; de las Direcciones Seccionales de Impuestos de Grandes Contribuyentes, Bogotá y Cali; de las Direcciones Seccionales de Impuestos y Aduanas de Bucaramanga, Valledupar, Arauca, Popayán, Neiva, Villavicencio e Ipiales y de las Direcciones Seccionales Delegadas de Puerto Asís y San José del Guaviare; al Despacho y a la Coordinación de Nómina de la Subdirección de Gestión de Personal y a las Historias Laborales.

Artículo 28. De conformidad con el artículo 65 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, publicar en el *Diario Oficial* la presente resolución.

Artículo 29. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

Publíquese, comuníquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 12 de junio de 2017.

El Director General,

Santiago Rojas Arroyo.

(C. F.)

RESOLUCIÓN NÚMERO 004036 DE 2017

(junio 12)

por la cual se efectúan unos nombramientos con carácter provisional.

El Director General de Impuestos y Aduanas Nacionales, en uso de las facultades conferidas por los artículos 19 del Decreto-ley 1072 de 1999, 25 y 26 del Decreto-ley 765 de 2005 y 60 de la Ley 1739 de 2014 y 332 de la Ley 1819 de 2016,

CONSIDERANDO:

Que, en la planta de personal de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a la fecha existen empleos en vacancia definitiva y temporal, los cuales por necesidades del servicio requieren ser provistos a través del nombramiento en provisionalidad, en razón a que agotado el procedimiento establecido para la provisión transitoria mediante encargo no fue posible su provisión.

Que, los gastos de personal que se generen con ocasión de los nombramientos que se efectúan mediante la presente resolución, se encuentren amparados por el CDP 25817 del 13 de marzo de 2017, expedido por el Jefe de la Coordinación de Presupuesto de la Subdirección de Gestión de Recursos Financieros.

Que, en virtud de lo anterior,

RESUELVE:

Artículo 1°. Nombrar con carácter provisional en el empleo Facilitador III Código 103 Grado 03 – ROL FC1002 – Facilitador III de Procesos y ubicar en la División de Gestión de Fiscalización de la Dirección Seccional de Impuestos y Aduanas de Villavicencio de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a Merly Sánchez Poveda identificada con cédula de ciudadanía número 52474104, por el término que la titular del mismo Luz Marina Rey Rodríguez identificada con cédula de ciudadanía número 40375007, permanezca separada de este.

Artículo 2°. Nombrar con carácter provisional en el empleo Facilitador III Código 103 Grado 03 – ROL FC1002 – Facilitador III de Procesos y ubicar en el Despacho de la Subdirección de Gestión de Fiscalización Aduanera de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a Elsa Milena Reyes Vargas identificada con cédula de ciudadanía número 52194390, por el término que el mismo permanezca vacante.

Artículo 3°. Por conducto de la Coordinación de Notificaciones de la Subdirección de Gestión de Recursos Físicos, comunicar el contenido de la presente resolución a las personas mencionadas en los artículos primero y segunda de esta, quienes se podrán ubicar en las siguientes direcciones.

NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCIÓN
MERLY SÁNCHEZ POVEDA	Calle 16 A N°. 7 – 63 – Barrio Danubio Villavicencio (Meta)
ELSA MILENA REYES VARGAS	Carrera 53 G N°. 2 A 40 Bogotá, D.C.

Artículo 4°. De conformidad con el artículo 332 de la Ley 1819 de 2016, las reclamaciones contra la presente resolución deberán interponerse en primera instancia ante la Comisión de Personal de la DIAN dentro de los cinco (5) días siguientes a la publicación de la misma, sin que se suspendan sus efectos, y en segunda instancia ante la Comisión Nacional del Servicio Civil (CNCS), dentro de los cinco días siguientes a la notificación de la decisión de primera instancia de la Comisión de Personal de DIAN.

Parágrafo. De prosperar la reclamación a que refiere el presente artículo el funcionario vinculado provisionalmente será desvinculado en forma inmediata.

Artículo 5°. Como garantía a la oportunidad de reclamaciones laborales, publicar a solicitud de la Subdirección de Gestión de Personal la presente resolución en la Diannet, y a partir del día siguiente de esta publicación cuentan los cinco (5) días para su oportuna interposición.

Artículo 6°. Por conducto de la Coordinación de Notificaciones de la Subdirección de Gestión de Recursos Físicos, enviar copia de la presente resolución al Despacho de la Subdirección de Gestión de Fiscalización Aduanera y de la Dirección Seccional de Impuestos y Aduanas de Villavicencio; al Despacho y a la Coordinación de Nómina de la Subdirección de Gestión de Personal y a las Historias Laborales.

Artículo 7°. De conformidad con el artículo 65 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, publicar en el *Diario Oficial* la presente resolución.

Artículo 8°. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

Publíquese, comuníquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 12 de junio de 2017.

El Director General,

Santiago Rojas Arroyo.

(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 000035 DE 2017

(junio 12)

por la cual se reglamenta el Decreto 1567 del 31 de julio de 2015, correspondiente al Programa de Fomento para la Industria Automotriz y se dictan otras disposiciones.

El Director General de Impuestos y Aduanas Nacionales, en ejercicio de sus facultades legales, en especial las que le confieren los numerales 7, 12 y 23 del artículo 6° del Decreto 4048 de 2008 con sus modificaciones y adiciones, y

CONSIDERANDO:

Que mediante el Decreto 1567 de 2015, el Gobierno nacional modificó el Programa de Fomento para la Industria Automotriz.

Que el artículo 21 de la citada norma dispone que corresponde a la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) el control al cumplimiento de los compromisos de los Programas de Fomento para la Industria Automotriz en ejecución, por lo cual se requiere expedir la respectiva resolución reglamentaria.

Que en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 3° y numeral 8 del artículo 8° de la Ley 1437 de 2011, el proyecto de resolución publicado en la página web de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales desde el 6 de abril hasta el 8 de abril de 2016.

Que teniendo en cuenta que el Decreto 1567 de 2015, establece en su artículo 23 que rige a partir de su publicación, la cual se dio el 31 de julio de 2015; por ende, se encuentra vigente; en aplicación de la Ley 1609 de 2013, artículo segundo se expide la presente resolución, y de conformidad a lo señalado en el parágrafo segundo del artículo citado y siguiendo la regla general, esta resolución entrará en vigencia a partir de los quince días comunes siguientes a la fecha de su publicación.

RESUELVE:

Artículo 1°. *Programa de fomento a la industria automotriz.* Es la autorización otorgada a una persona jurídica dedicada a la producción de vehículos o autopartes para la importación con franquicia o exoneración del gravamen arancelario de las mercancías comprendidas en el artículo 3° del Decreto 1567 de 2015, destinadas a la producción de bienes terminados contemplados en el artículo 7° del mismo ordenamiento, para la venta en el mercado nacional o para la exportación.

Artículo 2°. *Modalidad de importación con franquicia.* Las personas jurídicas autorizadas para utilizar el Programa de Fomento para la Industria Automotriz, de conformidad con el Decreto 1567 de 2015, podrán importar con franquicia o exoneración del gravamen arancelario y utilizando los códigos de modalidad que se establezcan para el efecto por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, los bienes contenidos en las subpartidas arancelarias del artículo 3° del Decreto 1567 de 2015.

Parágrafo. Las mercancías sometidas a este Programa deberán cumplir con todos los requisitos, autorizaciones, permisos y vistos buenos exigidos por las normas especiales que las regulen.

Artículo 3°. *Servicio Informático Electrónico (SIE).* La Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales hará los desarrollos informáticos necesarios para la identificación de este grupo de usuarios en el Registro Único Tributario, así como para la adecuada prestación del servicio y control aduanero del Programa de Fomento para la Industria Automotriz. Para ello proferirá mediante resolución las especificaciones técnicas del Servicio Informático Electrónico (SIE), que contendrá, entre otros, los requisitos y condiciones de la información que deberán enviar los usuarios del Programa, a través del mismo.

En casos de contingencia, se dará aplicación a lo indicado en los artículos 1° y 2° de la Resolución DIAN 72 de 2016, con sus modificaciones o adiciones.

Artículo 4°. *Actualización del usuario en el Registro Único Tributario (RUT).* Dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de la resolución de autorización del Programa, por parte del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, le corresponde a la División de Gestión de Asistencia al Cliente o la dependencia que haga sus veces de la respectiva Dirección Seccional del domicilio del usuario autorizado, realizar de oficio la actualización del RUT, respecto del campo de código de usuario aduanero con la calidad del programa y la dirección de las plantas de producción o instalaciones industriales atendiendo lo dispuesto en el artículo 14 del Decreto 2460 de 2013.

Sin perjuicio de lo indicado en el inciso anterior, el usuario autorizado en el Programa de Fomento para la Industria Automotriz puede realizar la actualización en el RUT en las condiciones establecidas en el Decreto 2460 de 2013, presentando, además de los requisitos establecidos, copia de la resolución de aprobación del programa expedida por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, debidamente ejecutoriada.

En caso de presentarse la situación prevista en el artículo 9° de la Resolución 3429 del 12 de noviembre de 2015, expedida por el Ministerio de Comercio Industria y Turismo, el beneficiario del programa deberá actualizar el RUT, previo a la realización de operaciones en las nuevas plantas autorizadas; para lo cual deberá presentar como soporte el acto administrativo expedido por el Ministerio de Comercio Industria y Turismo.

Artículo 5°. *Certificaciones para la aprobación del programa.* Para efectos de dar cumplimiento a los literales a, b y c del artículo 11 del Decreto 1567 de 2015 y emitir la aprobación del Programa por parte del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, la solicitud de las certificaciones por parte de este Ministerio se sujetará a lo siguiente:

Las dependencias competentes de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales para emitir las certificaciones son:

1. La subdirección de Gestión de Análisis Operacional, emite el pronunciamiento sobre el concepto de la medición de riesgo de la persona jurídica solicitante; de sus socios o accionistas, de las personas naturales o jurídicas que ejerzan el control individual o conjunto, directo o indirecto, de los miembros de la junta directiva, de los representantes legales, de los administradores, y de cualquier otro beneficiario real o efectivo.

El requisito relacionado con los socios de las sociedades anónimas abiertas solamente deberá cumplirse en relación con los accionistas que tengan un porcentaje de participación superior al 30% del capital accionario.

2. La Subdirección de Gestión de Recaudo y Cobranzas, emite las certificaciones relacionadas con el hecho de no tener deudas exigibles en materia tributaria, aduanera o cambiaria a favor de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, al momento de presentación de la solicitud, o tener acuerdo de pago vigente sobre las mismas.

3. La Subdirección de Gestión de Fiscalización Tributaria, emite la certificación de no haber sido sancionado por improcedencia en las devoluciones de impuestos durante los últimos tres (3) años anteriores a la presentación de la solicitud de la persona jurídica solicitante, sus socios o accionistas, de las personas naturales o jurídicas que ejerzan el control individual o conjunto, directo o indirecto, de los miembros de la junta directiva, de los representantes legales, de los administradores, y de cualquier otro beneficiario real o efectivo.

Las áreas competentes de la DIAN, darán respuesta a la solicitud dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recibo de la misma.

Artículo 6°. *Competencia para el control del programa.* El control del programa corresponde a la Dirección Seccional de Aduanas o de Impuestos y Aduanas con jurisdicción en el domicilio fiscal del beneficiario del programa, a través de la División de Gestión de la Operación Aduanera o la que haga sus veces, en el control previo y simultáneo; y, a través de la División de Gestión de Fiscalización Aduanera, en el control posterior; lo anterior en cumplimiento del Decreto 4048 de 2008; la Resolución 7 de 2008 y las normas que la adicionen, modifiquen, aclaren o deroguen.

Artículo 7°. *Administración del Registro y Trámite del Cargue de la Información del Usuario en el Servicio Informático Electrónico (SIE).* Corresponde a la División de Gestión de la Operación Aduanera o la que haga sus veces de la Dirección Seccional con competencia para el control del programa, según lo establecido en el artículo 6° de la presente resolución, el cargue, administración, mantenimiento y control de la información de los datos de registro del beneficiario del programa en el Servicio Informático Electrónico (SIE) para el Programa de Fomento para la Industria Automotriz.

Una vez autorizado el usuario del Programa de Fomento para la Industria Automotriz y recibida la resolución por parte del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, dentro de los cinco (5) días siguientes, corresponde a la División de Gestión de Operación Aduanera de la respectiva Dirección Seccional adelantar el procedimiento de cargue de la información en el Servicio Informático Electrónico en las condiciones y forma que se determine para este servicio. Dicho cargue deberá contener como mínimo:

1. Número de la resolución de autorización del programa.
2. Número del programa general y subprograma.
3. Dirección y ubicación de las plantas de fabricación contenidas en la resolución de autorización del programa.

En caso de presentarse la situación prevista en el artículo 9° de la Resolución 3429 del 12 de noviembre de 2015, expedida por el Ministerio de Comercio Industria y Turismo, una vez en firme el acto administrativo, el Ministerio remitirá copia del mismo a la Dirección Seccional competente, para actualizar la información con las nuevas plantas de producción autorizadas.

Artículo 8°. *Cuadro Insumo Producto (CIP).* El Cuadro Insumo Producto de que trata el Decreto 1567 de 2015, es el documento por medio del cual se demuestra la participación de los bienes importados a utilizar en los bienes a producir. Estos se presentarán atendiendo las especificaciones técnicas que establezca la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales para su entrega, a través del Servicio Informático Electrónico (SIE).

Artículo 9°. *Código Numérico Único.* Los beneficiarios del Programa de Fomento para la Industria Automotriz utilizarán un código numérico único por cada bien a importar. Dicho código se asignará en forma numérica y consecutiva por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, de conformidad con lo establecido en los artículos 2° y 11 del Decreto 1567 de 2015; y el artículo 4° de la Resolución número 3429 del 12 de noviembre de 2015, expedida por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo; o las normas que los sustituyan, modifiquen o adicionen; y será utilizado en los Cuadros Insumo Producto que lo requieran. Este código interno de producto deberá declararse en la casilla "Código Interno Producto" de la declaración de importación.

Cuando el bien importado sea susceptible de tener variantes en sus referencias, que no modifiquen el carácter esencial del bien, se incluirán todas las referencias bajo el mismo código interno de producto.

El informe anual de cumplimiento del programa contendrá la totalidad de referencias asociadas a un mismo código interno de producto.

Artículo 10. *Presentación del cuadro insumo producto (CIP).* Para la presentación del Cuadro Insumo Producto de que trata el Decreto 1567 de 2015, se adoptará el respectivo formato con la siguiente información:

1. **Datos del usuario responsable del programa:**
 - NIT;
 - Nombre o razón social.
2. **Información general:**
 - Tipo de envío (Inicial o corrección);
 - Número de formulario anterior (cuando se presente la corrección de que trata el artículo 11 de esta resolución);
 - Fecha formulario anterior.
3. **Información del programa:**
 - Tipo de programa: Profia Autopartes (Código PA) o Profia Vehículos (Código PV);
 - Número de subprograma: 8 dígitos numéricos que corresponden a los del programa aprobado por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.
4. **Información del Cuadro Insumo Producto (CIP) (bien a producir):**
 - Número del Cuadro Insumo Producto;
 - Subpartida arancelaria;
 - Código de la unidad física (contempladas en la Decisión comunitaria 653 y en la normatividad aduanera);

- Subproductos generados de los desperdicios: Deberá marcarse si tiene subproductos generados por los desperdicios;

- Descripción del bien final en la cual, para los vehículos, se debe adicionar: el modelo, variante o versión;

- Descripción del bien final en la cual, para autopartes, se debe adicionar: tipo, marca y referencia.

5. Información de los bienes a importar:

- Código interno de producto de los bienes a importar;
- Subpartida arancelaria;
- Código de la unidad física (contempladas en la Decisión comunitaria 653 y en la normatividad aduanera);
- Consumo por unidad de producto final (El consumo incluye los residuos y desperdicios);
- Porcentaje de desperdicio;
- Descripción del bien a importar.

Parágrafo. Cuando se modifiquen las condiciones técnicas, industriales o de diseño de un bien final o bien a importar, se presentará un nuevo Cuadro Insumo Producto, antes de iniciar las correspondientes importaciones, obteniendo previamente la respectiva aprobación del subprograma por parte del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Artículo 11. *Aprobación del cuadro insumo producto.* Se considera que la información se presentó en forma correcta en el momento en que a través de los Servicios Informáticos Electrónicos se señale que la operación fue exitosa, evento en el cual se considerará que el Cuadro Insumo Producto se encuentra aprobado por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales sin perjuicio del control y verificación por parte de la autoridad aduanera.

La corrección del Cuadro Insumo Producto procede antes de la realización de importaciones con cargo al respectivo cuadro. En caso de haber iniciado importaciones, este puede ser corregido dentro del término máximo de un (1) mes posterior a la presentación de la primera declaración de importación con cargo al respectivo Cuadro Insumo Producto. La corrección reemplaza en todas sus partes el Cuadro Insumo Producto inicial, excepto en la fecha de presentación inicial y el número del cuadro. En todo caso, la fecha inicial del Cuadro Insumo Producto es la fecha a partir de la cual se contabiliza el término para la realización de las importaciones según lo establecido en el artículo 15 del Decreto 1567 de 2015.

La corrección del Cuadro Insumo Producto procede siempre y cuando se dé cumplimiento a lo establecido en el artículo 18 de la Resolución 3429 del 12 de noviembre de 2015 del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Parágrafo. Vencido el término de un (1) mes para presentar las correcciones de que trata el presente artículo, se entenderá que la información es definitiva y los bienes importados deben ser incorporados al bien final relacionado en el respectivo Cuadro Insumo Producto.

En caso de no involucrar los bienes importados en el bien final del respectivo Cuadro Insumo Producto definitivo, el beneficiario del programa debe presentar la correspondiente declaración de importación, liquidando y pagando el gravamen arancelario, la diferencia de IVA, las sanciones y los intereses moratorios correspondientes o reexportar las mercancías a más tardar dentro de los treinta (30) días siguientes al vencimiento del término establecido en el artículo 8° del Decreto 1567 de 2015.

Artículo 12. *Contenido de la declaración de importación.* En la declaración de importación deberán indicarse los bienes correspondientes a un solo código interno de producto y relacionar los respectivos números de Cuadro Insumo Producto previamente aprobados, para los cuales vienen destinados los bienes importados. En la casilla "programa número" debe declararse el número del programa general aprobado por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

La descripción comprenderá el nombre o denominación comercial de las mercancías en forma individual con las descripciones mínimas señaladas en la Resolución 057 de 13 de abril de 2015, o la norma que la modifique, adicione o derogue.

En caso de inspección física o documental se verificará que los bienes importados no tengan Registro de Producción Nacional vigente en los términos señalados en el artículo 3° del Decreto 1567 de 2015, en la base de datos de la página web del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Parágrafo. Para efectos de diligenciamiento de la declaración de importación se realizará el procedimiento señalado en los artículos 120 a 128 del Decreto 2685 de 1999, o las normas que los sustituyan, modifiquen o adicionen, para la modalidad de importación ordinaria en lo no regulado en forma especial en esta resolución y a través de los Servicios Informáticos Electrónicos (SIE) de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales.

Artículo 13. *Almacenamiento de las Mercancías del Programa.* Los usuarios beneficiarios del programa podrán almacenar en los depósitos de transformación o ensamble habilitados por la autoridad aduanera, las mercancías en proceso de nacionalización, diferenciadas y separadas por áreas delimitadas de las mercancías de la modalidad de transformación o ensamble, de manera que se permita su individualización, previa a la presentación de la declaración de importación con la modalidad del Programa de Fomento para la Industria Automotriz, sujetándose a los términos de permanencia de la mercancía en depósito previsto en el artículo 115 del Decreto 2685 de 1999, o las normas que los sustituya, modifique o adicione.

Artículo 14. *Instalaciones del Proceso Industrial.* Las mercancías importadas con el beneficio del programa, una vez presentada la declaración de importación con la modalidad del programa, pueden ser ingresadas a las instalaciones del proceso industrial donde se desarrollan simultáneamente las operaciones de la modalidad de transformación o ensamble para la industria automotriz, de acuerdo a lo establecido en los artículos 5° y 9° del Decreto 1567 de 2015, "coexistencia de programas" y no podrán ser producidos a través de otra modalidad de importación.

Para efectos de control, las mercancías importadas con el beneficio que se encuentren en proceso de producción, deberán diferenciarse y separarse de manera que se permita el

control de inventarios. Los beneficiarios del programa deberán garantizar que las mercancías importadas se involucren en el bien final para el cual fueron importados, so pena de incurrir en la causal de cancelación del programa de que trata el numeral 4 del artículo 18 del Decreto 1567 de 2015.

Artículo 15. *Lugar de presentación de la declaración de importación.* La declaración de importación deberá presentarse en la jurisdicción de la Dirección Seccional donde se encuentra la mercancía.

Artículo 16. *Trámite de la importación.* La presentación de la declaración de importación de la mercancía se someterá al procedimiento y reglas generales previstas por el Decreto 2685 de 1999 y las normas que lo adicionen, modifiquen, aclaren o deroguen.

Artículo 17. *Documento de incorporación y finalización para la libre disposición.* Se entenderá que los bienes importados fueron incorporados al bien final, cuando respecto de estos se emite por parte del beneficiario del Programa el documento de ingreso o recepción al inventario de productos terminados denominado "Certificado de Producción".

La fecha de dicho documento, asignada por el Servicio Informático Electrónico de la Entidad una vez presentado, es la fecha a partir de la cual la mercancía sometida al Programa queda en libre disposición, sin ser necesaria la presentación de una declaración de modificación y para efectos del control del término del artículo 8° del Decreto 1567 de 2015. La información contenida en este documento hará parte del Informe Anual de Cumplimiento del Programa, en la forma y especificaciones que se determine para el Servicio Informático Electrónico (SIE).

El documento a que hace referencia el presente artículo debe contener, además de la identificación de la empresa y el NIT, la información del Cuadro Insumo Producto del bien final objeto de producción, la cantidad de vehículos o autopartes producidas por Cuadro Insumo Producto y la descripción de la mercancía que para el caso de vehículos debe contener modelo, variante o versión, clase de vehículo, línea, marca, cilindraje, servicio, color, cantidad de puestos, capacidad pasajeros, número de motor, número de chasis, VIN y tipo de carrocería; y para las autopartes el tipo, marca y cantidad por referencia; adicionalmente, para las autopartes que contengan números que la singularicen o tipifiquen, estos se deben indicar. Igualmente, el documento deberá contener un número de identificación de quince (15) dígitos, conformado de la siguiente manera:

- PV o PA, según corresponda el programa PV – Programa Vehículos, PA – Programa Autopartes;

- 0000, cuatro dígitos que corresponden al número del programa general autorizado por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo;

- 0000, cuatro dígitos que corresponden a los dígitos del año en que se presenta el "Certificado de Producción";

- 00000, cinco dígitos que corresponden al consecutivo del documento por cada empresa beneficiaria del programa.

Parágrafo 1°. Para efectos aduaneros, el documento a que se refiere este artículo, hará las veces de Declaración Aduanera.

Parágrafo 2°. Los Certificados de Producción deben presentarse por el representante legal principal o suplente a través del Servicio Informático Electrónico (SIE), en la forma y condiciones que disponga la Entidad.

Artículo 18. *Término para producir los bienes finales.* Conforme lo señala el artículo 8° del Decreto 1567 de 2015, el plazo para la fabricación del bien final será de doce (12) meses siguientes a la obtención del levante de la mercancía, amparada en la declaración de importación con franquicia o exoneración de derechos y gravámenes.

Este plazo podrá exceder el término de los doce (12) meses, únicamente en los siguientes casos:

1. Hasta por tres (3) meses más, a solicitud del interesado, la cual debe ser presentada quince (15) días calendario antes de vencerse el término inicial para fabricar el bien final, a través del Servicio Informático Electrónico (SIE). Esta solicitud se entenderá concedida con el acuse de recibo que arroje el Servicio Informático Electrónico (SIE).

2. Cuando se requiera de un plazo mayor a los tres (3) meses indicado en el numeral anterior, el usuario deberá presentar solicitud justificada por lo menos un (1) mes antes al vencimiento del plazo inicial para fabricar el bien final, ante la División de Gestión de la Operación Aduanera con competencia para el control del programa, estipulando el tiempo estrictamente requerido. El Jefe de la División de Gestión de la Operación Aduanera resolverá la solicitud mediante acto administrativo, dentro del término de diez (10) días siguientes a la presentación de la solicitud. Contra esta providencia solo procede el recurso de reposición, en los términos del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

De otorgarse el plazo mayor requerido del presente numeral, la División de Gestión de la Operación Aduanera deberá hacer la actualización de fecha en el Servicio Informático Electrónico (SIE), para efectos de la contabilización del plazo contemplado en el artículo 8 del Decreto 1567 de 2015.

Artículo 19. *Bienes finales que no tengan registro de producción nacional.* Las empresas que al momento de hacer la solicitud para el Programa de Fomento para la Industria Automotriz ante el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, no tengan el Registro de Producción Nacional por cada uno de los bienes que van a producir, deben asumir el compromiso de obtenerlo dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de autorización de levante de la primera declaración de importación con cargo al Cuadro Insumo Producto del bien final aprobado en el subprograma respectivo.

Cuando no se obtenga el Registro de Producción Nacional en el término establecido para un bien final, la empresa debe liquidar y pagar el arancel exento, la diferencia del IVA, las sanciones e intereses a que haya lugar mediante la presentación de la Declaración de Modificación dentro del mes siguiente a la ejecutoria del acto administrativo que declara la terminación del subprograma. En este caso, el beneficio se termina solamente

para el subprograma frente al cual se incumplió el compromiso de obtener el Registro de Producción Nacional.

Parágrafo 1°. Para efectos del control al cumplimiento a que hace referencia el presente artículo, la División de Gestión de la Operación Aduanera de la respectiva Dirección Seccional con competencia para el control del programa, realizará la correspondiente verificación en la base de datos del Registro de Producción Nacional del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Los incumplimientos detectados serán informados al Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, con el objeto que proceda a dar aplicación al artículo 19 del Decreto 1567 de 2015 y al grupo competente de la División de Gestión de Fiscalización para que inicie el procedimiento administrativo de determinación de los tributos aduaneros o derechos e impuestos y sanciones e intereses exigibles, según la competencia establecida en la Resolución 7 de 2008 y las demás normas que la modifiquen y/o adicionen.

Parágrafo 2°. El representante legal principal o suplente de la empresa beneficiaria del Programa de Fomento para la Industria Automotriz, dentro de los cinco (5) días siguientes a la obtención del levante de la primera declaración de importación con cargo a un Cuadro Insumo Producto, debe registrar el número de formulario y fecha de levante de la misma, en las condiciones y forma que establezca la entidad, a través del Servicio Informático Electrónico (SIE). En caso de error en el número del formulario o fecha de levante se puede corregir máximo dentro de los diez (10) días siguientes al plazo anterior, entendiéndose como información definitiva para efectos de la contabilización del término y la obligación establecida en el parágrafo 3° del artículo 10 del Decreto 1567 de 2015.

Parágrafo 3°. Obtenida la aprobación del Registro de Producción Nacional del bien final, dentro de los cinco (5) días siguientes, el representante legal principal o suplente, debe registrar el número de radicado, fecha del radicado y fecha de vencimiento, otorgados por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo en las condiciones y forma que establezca la entidad, a través del Servicio Informático Electrónico (SIE).

&SArtículo 20. *Salida temporal de mercancías de las instalaciones industriales.* Cuando se requiera la realización de procesamientos parciales, el desplazamiento de las mercancías entre las diferentes plantas de producción del beneficiario, o entre estas y las de terceros ubicados en el territorio aduanero nacional o en Zona Franca, debe hacerse solo a las plantas de producción aprobadas en la resolución de autorización general del programa por parte del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Cuando se trate de procesamientos parciales en instalaciones diferentes a las aprobadas en la resolución de autorización general del programa, debe obtenerse previamente a la realización de la operación, la respectiva aprobación de la planta de producción por parte del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, en la que se adicionen las direcciones de las nuevas plantas de producción. La resolución debe remitirse a la Dirección Seccional con competencia para el control del programa para realizar el procedimiento de que trata el artículo 4° de la presente resolución y para el cargue en el Servicio Informático Electrónico (SIE).

Artículo 21. *Destrucción de la mercancía.* Cuando la mercancía declarada bajo la modalidad de Importación con Franquicia, al amparo del Programa de Fomento para la Industria Automotriz; o los residuos o desperdicios del proceso productivo, deba ser destruida, de tal forma que quede inservible para el fin que fue importada, el beneficiario del programa, previamente a la destrucción, presentará la solicitud de autorización de destrucción, con mínimo cinco (5) días hábiles de antelación a ella, al Jefe de la División de Gestión de Fiscalización, o a la dependencia que haga sus veces de la jurisdicción donde se encuentre la mercancía, informando el lugar, hora y lista de la mercancía a destruir, indicando subpartida arancelaria, valor, descripción, cantidad, el código interno del producto, el número de Cuadro Insumo Producto al que está vinculada, las declaraciones de importación mediante las cuales se importaron los bienes, la fecha de levante y la unidad física. De dicha circunstancia también deberán dar aviso a las autoridades sanitarias y ambientales de la jurisdicción, cuando haya lugar.

De la destrucción deberá levantarse un acta por el funcionario responsable, en la cual se consignará el lugar, hora y detalle de las mercancías clasificadas por las subpartidas, indicando las cantidades efectivamente destruidas y la información solicitada en el inciso anterior. El acta de destrucción deberá conservarse por un período de cinco años.

En caso que la mercancía destruida se encuentre en una planta de producción diferente a la jurisdicción de su domicilio fiscal, la respectiva acta de destrucción debe ser remitida a la División de Gestión de Operación Aduanera de la Dirección Seccional con competencia para el control del Programa.

La información contenida en el acta hará parte del Informe Anual de Cumplimiento del Programa que debe remitir el beneficiario a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, en la forma y especificaciones que se determine para el Servicio Informático Electrónico (SIE).

Parágrafo. La destrucción de la mercancía y la elaboración de la respectiva acta de destrucción deben realizarse dentro del término de que trata el artículo 8° del Decreto 1567 de 2015. La mercancía no destruida en las condiciones establecidas en el presente artículo dará lugar a la aplicación de lo contemplado en el inciso tercero del artículo 6° del Decreto 1567 de 2015.

Artículo 22. *Residuos y/o desperdicios.* Los residuos y/o desperdicios del proceso productivo y la mercancía destruida de que trata el artículo anterior que a juicio del beneficiario del Programa de Fomento para la Industria Automotriz tengan valor comercial, deberán ser objeto de importación ordinaria según lo previsto en las normas generales del Decreto 2685 de 1999 y las demás normas que lo modifiquen y/o adicionen, liquidando y pagando los tributos correspondientes de acuerdo con su clasificación arancelaria.

La nacionalización de las mercancías de que trata el presente artículo, se debe realizar antes de utilizar los mismos con fines comerciales o de producción de otros bienes no indicados en las subpartidas arancelarias del artículo 7° del Decreto 1567 de 2015, a más tardar dentro de los treinta (30) días siguientes al vencimiento del término establecido en el artículo 8° del mismo decreto.

Artículo 23. *Informe anual de cumplimiento del programa.* El Informe Anual de Cumplimiento del Programa, que comprende las operaciones realizadas entre el 1.º de enero y el 31 de diciembre de un mismo año, deberá ser presentado y firmado por el representante legal de la empresa beneficiaria del programa y refrendado por el revisor fiscal o contador, mediante sus respectivas firmas digitales, en las condiciones y forma que establezca la entidad, a través del Servicio Informático Electrónico (SIE). En todo caso deberá contener como mínimo la información de que trata el numeral 3 del artículo 16 del Decreto 1567 de 2015, y las que se determinen en la presente resolución reglamentaria, sus modificaciones o adiciones.

En caso de no presentarse el Informe Anual de Cumplimiento del Programa en las condiciones y forma que establezca la entidad dentro del término de que trata el numeral 3 del artículo 16 del Decreto 1567 de 2015, no podrán realizarse nuevas importaciones al amparo del mismo de conformidad con el artículo 17 *ibidem*, hasta tanto sea presentado dicho informe y en todo caso con anterioridad al último día hábil del mes de junio del mismo año.

Artículo 24. *Procedimiento para la suspensión de las importaciones.* La autoridad aduanera a través de la División de Gestión de la Operación Aduanera o la que haga sus veces de la respectiva Dirección Seccional con competencia para el control del programa, una vez tenga conocimiento de la ocurrencia del incumplimiento en la presentación del informe anual, el último día hábil del mes de abril del año siguiente a la realización de las importaciones, sin necesidad de acto administrativo que así lo declare, inactivará el programa general en el Servicio Informático Electrónico (SIE) del Programa de Fomento para la Industria Automotriz de manera que se suspendan las importaciones, levantando la medida solo hasta cuando el usuario dé cumplimiento a la presentación del informe.

Artículo 25. *Remisión del acto administrativo de cancelación del programa.* Surtida la cancelación por cualquiera de las causales del artículo 18 del Decreto 1567 de 2015, por parte de la División de Gestión de Fiscalización de la Dirección Seccional con competencia para el control del Programa, en el acto administrativo que así lo declare deberá ordenarse remitir copia debidamente ejecutoriada, dentro del término de cinco (5) días siguientes, a la División de Gestión de Asistencia al Cliente de la respectiva Dirección Seccional con control del programa y al Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, para lo de su competencia. Así mismo la División de Gestión de la Operación Aduanera procederá a la cancelación del usuario en el Servicio Informático Electrónico (SIE) del Programa de Fomento para la Industria Automotriz.

Artículo 26. *Informe de causales para terminación del programa al Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.* Para los efectos de la terminación del Programa por los eventos contemplados en el artículo 19 del Decreto 1567 de 2015, se remitirá el informe respectivo al Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, por cada área, así:

1. La Coordinación de Administración y Perfilamiento del Riesgo deberá remitir el informe cuando realice un nuevo análisis de riesgo y este genera un concepto desfavorable del beneficiario del Programa.

2. La División de Gestión de la Operación Aduanera de la respectiva Dirección Seccional con competencia para el control del Programa, deberá remitir el informe cuando verifique la ocurrencia de la causal 4 del artículo 19 del Decreto 1567 de 2015.

3. La División de Gestión de Operación Aduanera de la respectiva Dirección Seccional con competencia para el control del Programa, deberá remitir el informe cuando verifique la ocurrencia de la causal 5 del artículo 19 del Decreto 1567 de 2015, para un subprograma (tipo, referencia y marca de las autopartes o modelo, variante o versión del vehículo), de conformidad con el inciso tercero del artículo 20 de esta resolución.

Los informes a que hace referencia el presente artículo deberán ser remitidos dentro de los cinco (5) días siguientes a la detección del hecho que da lugar a la terminación del programa.

Parágrafo 1º. Cuando se reciba del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo el acto administrativo debidamente ejecutoriado de terminación del programa por los numerales 1 a 4 del artículo 19 del Decreto 1567 de 2015, la División de Gestión de la Operación Aduanera de la respectiva Dirección Seccional con competencia para el control del programa, procederá a la cancelación del usuario del programa en el Servicio Informático Electrónico (SIE) del Programa de Fomento para la Industria Automotriz y remitirá el informe a la División de Gestión de Asistencia al Cliente o la que haga sus veces de la respectiva Seccional para que actualice el RUT, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes, cancelando el código de usuario aduanero “beneficiario del Programa de Fomento para la Industria Automotriz”.

Parágrafo 2º. Cuando se reciba del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, el acto administrativo debidamente ejecutoriado de terminación del subprograma por el numeral 5 del artículo 19 del Decreto 1567 de 2015, la División de Gestión de Operación Aduanera de la respectiva Dirección Seccional con competencia para el control del programa, procederá a actualizar el estado del subprograma al estado “Terminado subprograma” en el Servicio Informático Electrónico (SIE) del Programa de Fomento para la Industria Automotriz.

Artículo 27. *Presentación de la declaración de importación por cancelación o terminación del programa.* En caso de cancelación o terminación del programa por cualquiera de las causales de los artículos 18 y 19 del Decreto 1567 de 2015, el usuario debe dar cumplimiento a las obligaciones aduaneras derivadas de las importaciones al amparo del programa, presentando las declaraciones de importación de los bienes importados que no hayan sido involucrados en el bien final, liquidando y pagando el gravamen arancelario, la diferencia de IVA, las sanciones y los intereses moratorios correspondientes, o reexportar las mercancías dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de ejecutoria del acto administrativo de cancelación o terminación, según corresponda. En caso contrario, la respectiva Dirección Seccional con competencia dará inicio al procedimiento administrativo para la determinación de los tributos aduaneros o derechos e impuestos a la importación y sanciones e intereses moratorios exigibles.

Parágrafo. Para efectos de la presentación de las declaraciones de importación de la mercancía no involucrada en el bien final, el beneficiario del programa debe presentar el Informe Anual de Cumplimiento del Programa con las condiciones y forma que se esta-

blecen en el numeral 3 del artículo 16 del Decreto 1567 de 2015 y en el artículo 25 de la presente resolución dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de la resolución de cancelación o terminación debidamente ejecutoriada, previamente a la presentación de las declaraciones de importación. En caso de no demostrarse por parte del beneficiario, el involucramiento de las mercancías en los bienes finales, se debe declarar la totalidad de mercancías importadas con el procedimiento establecido en el presente artículo.

Artículo 28. *Cancelación de la calidad del usuario en el RUT.* En caso de cancelación del programa por parte de la División de Gestión de Fiscalización de la respectiva Dirección Seccional con competencia para el control del programa de acuerdo con el artículo 18 del Decreto 1567 de 2015, una vez ejecutoriado el acto administrativo, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes, la División de Gestión de Asistencia al Cliente o la que haga sus veces de la respectiva Seccional, debe proceder de oficio a la actualización del RUT, cancelando el código de usuario aduanero para el beneficio del Programa de Fomento para la Industria Automotriz.

Artículo 29. Modifíquese el literal c) del artículo 1.º de la Resolución DIAN 13292 de 2009; el cual quedará así:

c) Cuando se trate de vehículos ensamblados en el país, mediante el Programa de Fomento para la Industria Automotriz la empresa ensambladora expedirá el certificado individual de aduanas, en el que conste: número del documento “Certificado de Producción”; que hará las veces de los números de Aceptación y de levante de la Declaración de Importación; la fecha del documento “Certificado de Producción” que hará las veces de fechas de aceptación y de levante; clase de vehículo, marca, línea, modelo, color, número de motor, número de chasis, VIN, número de pasajeros, cilindraje en (cm³), peso bruto del vehículo en kilogramos; el número Certificado de Emisiones por prueba Dinámica, CEPD y de la Ficha Técnica de Homologación cuando aplique”.

Artículo 30. Modifíquese el parágrafo 3º del artículo 1º de la Resolución DIAN 13292 de 2009, el cual quedará así:

“Parágrafo 3º. Para los efectos del Programa de Fomento para la Industria Automotriz de que trata el Decreto 1567 de 2015, el número y la fecha de la declaración aduanera corresponde al número y fecha del “Certificado de Producción”.

Artículo 31. *Vigencia.* De conformidad con lo señalado en el considerando número cuatro de esta resolución; en aplicación del parágrafo segundo del artículo segundo de la Ley 1609 de 2013, la presente resolución rige a partir de los quince días comunes después de su publicación, y deroga la Resolución 150 del 17 de julio de 2014.

Publíquese, y cúmplase.

12 de junio de 2017.

El Director General,

Santiago Rojas Arroyo.
(C. F.).

CIRCULARES

CIRCULAR NÚMERO 1275700002841 DE 2017

(junio 12)

Para:	Funcionarios de la DIAN, importadores y demás usuarios del Comercio Exterior
De:	Director de Gestión de Aduanas
Asunto:	Gravámenes <i>ad valorem</i> aplicables a productos agropecuarios de referencia, sus sustitutos, productos agroindustriales o subproductos.

En cumplimiento de las disposiciones del Sistema Andino de las Franjas de Precios Agropecuarios (SAFP), según las Decisiones de la Comisión del Acuerdo de Cartagena, las Resoluciones emanadas de la Junta de la Comunidad Andina y demás normatividad vigente, me permito informarles los Aranceles Totales para los productos marcadores, sus sustitutos, productos agroindustriales o subproductos señalados en dichas normas.

Los valores señalados corresponden al arancel total aplicable a las importaciones procedentes de terceros países, acorde con el Decreto 547 del 31 de marzo de 1995 y sus modificaciones, por tanto no considera las preferencias arancelarias concedidas en virtud de acuerdos comerciales suscritos por Colombia.

Vigencia:	24. Fecha desde	25. Fecha hasta
	2 0 ^h 1 7, 0 ^m 6, 1 ^s 6	2 0 ^h 1 7, 0 ^m 6, 3 ^s 0
Colombia, un compromiso que no podemos evadir.		
Firma funcionario autorizado		
984. Nombre	GAVIRIA VASQUEZ CLAUDIA MARIA	992. Área
985. Cargo	DIRECTOR DE ADUANAS	990. Lugar admivo.
989. Dependencia	Dirección de Gestión de Aduanas	991. Organización
		997. Fecha expedición
		Año Mes Día Hora Min Seg

DIAN		Circular de Aranceles Totales del Sistema Andino de Franjas de Precios (SAFP)		PÁGINA 2 de 6 Hoja No. 2			
Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario					
(415)7707212489984(8020) 00127570000284 1							
Arancel total del SAFP-AV aplicable a terceros países							
Item	26. Cód. Franja	27. Nombre de la franja	28. Código de nomenclatura	29. Arancel Total SAFP (%)	30. Marcador	31. No aplica SAFP	32. Notas del SAFP
1	1	FRANJA DE LA CARNE DE CERDO	0203290000	4	X		
2			0203110000	4			
3			0203120000	4			
4			0203191000	4			
5			0203192000	4			
6			0203193000	4			
7			0203199000	4			
8			0203210000	4			
9			0203220000	4			
10			0203291000	4			
11			0203292000	4			
12			0203293000	4			
13			0210120000	4			
14			0210190000	4			
15			1601000000	4			
16			1602410000	4			
17			1602420000	4			
18	2	FRANJA DE LOS TROZOS DE POLLO	0207140010	161	X		
19			0207110000	92			
20			0207120000	92			
21			0207130010	161			
22			0207130090	161			
23			0207140090	161			
24			0207260000	161			
25			0207270000	161			
26			0207430000	161			
27			0207440000	161			
28			0207450000	161			
29			0207530000	161			
30			0207540000	161			
31			0207550000	161			
32			1602311000	70			
33			1602321000	70			
34			1602391000	70			
35	3	FRANJA DE LA LECHE ENTERA	0402211900		X	X	1
36			0401100000	30			
37			0401200000	30			
38			0401400000	30			
39			0401500000	30			
40			0402101000			X	1
41			0402109000			X	1
42			0402211100			X	1
43			0402219100			X	1
44			0402219900			X	1
45			0402291100			X	1
46			0402291900			X	1
47			0402299100			X	1
48			0402299900			X	1
49			0402911000			X	1

DIAN		Circular de Aranceles Totales del Sistema Andino de Franjas de Precios (SAFP)		PÁGINA 4 de 6 Hoja No. 2			
Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario					
(415)7707212489984(8020) 00127570000284 1							
Arancel total del SAFP-AV aplicable a terceros países							
Item	26. Cód. Franja	27. Nombre de la franja	28. Código de nomenclatura	29. Arancel Total SAFP (%)	30. Marcador	31. No aplica SAFP	32. Notas del SAFP
1			2309901000	57			
2			2309909000	57			
3			3505100000	57			
4			3505200000	57			
5	7	FRANJA DEL MAIZ BLANCO	1005901200		X	X	3
6			1102200000	34			
7	8	FRANJA DE LA SOYA EN GRANO	1201900000	40	X		
8			1202410000	40			
9			1205109000	40			
10			1205909000	40			
11			1206009000	40			
12			1207409000	40			
13			1207999100	40			
14			1207999900	40			
15			1208100000	40			
16			1208900000	40			
17			2301201100	40			
18			2301201900	40			
19			2304000000	40			
20			2306100000	40			
21			2306300000	40			
22			2306900000	40			
23	9	FRANJA DE ACEITE CRUDO DE SOYA	1507100000	32	X		
24			1507901000	32			
25			1507909000	32			
26			1508100000	32			
27			1508900000	32			
28			1512111000	32			
29			1512112000	32			
30			1512191000	32			
31			1512192000	32			
32			1512210000	32			
33			1512290000	32			
34			1514110000	32			
35			1514190000	32			
36			1514910000	32			
37			1514990000	32			
38			1515210000	32			
39			1515290000	32			
40			1515500000	32			
41			1515900010	32			
42			1515900090	32			
43	10	FRANJA DE ACEITE CRUDO DE PALMA	1511000000	24	X		
44			1501100000	20			
45			1501200000	20			
46			1501900000	20			
47			1502101000	20			
48			1502109000	20			
49			1502901000	20			

DIAN		Circular de Aranceles Totales del Sistema Andino de Franjas de Precios (SAFP)		PÁGINA 3 de 6 Hoja No. 2			
Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario					
(415)7707212489984(8020) 00127570000284 1							
Arancel total del SAFP-AV aplicable a terceros países							
Item	26. Cód. Franja	27. Nombre de la franja	28. Código de nomenclatura	29. Arancel Total SAFP (%)	30. Marcador	31. No aplica SAFP	32. Notas del SAFP
1			0402919000			X	1
2			0402999000			X	1
3			0404109000			X	2
4			0404900000			X	2
5			0405100000	31			
6			0405200000	31			
7			0405902000	31			
8			0405909000	31			
9			0406300000	31			
10			0406904000	31			
11			0406905000	31			
12			0406906000	31			
13			0406909000	31			
14	4	FRANJA DEL TRIGO	1001190000	34	X		
15			1001991010	34			
16			1001991090	34			
17			1001992000	34			
18			1101000000	34			
19			1103110000	34			
20			1108110000	34			
21			1902190000	34			
22	5	FRANJA DE LA CEBADA	1003900010	17	X		
23			1003900090	17			
24			1107100000	17			
25			1107200000	17			
26	6	FRANJA DEL MAIZ AMARILLO	1005901100	57	X		
27			0207240000	57			
28			0207250000	57			
29			0207410000	57			
30			0207420000	57			
31			0207510000	57			
32			0207520000	57			
33			0207600000	57			
34			1005901900	57			
35			1005903000	57			
36			1005904000	57			
37			1005909000	57			
38			1007900000	57			
39			1108120000	57			
40			1108190000	57			
41			1702302000	57			
42			1702309000	57			
43			1702401000	57			
44			1702402000	57			
45			2302100000	57			
46			2302300000	57			
47			2302400000	57			
48			2308009000	57			
49			2309109000	57			

DIAN		Circular de Aranceles Totales del Sistema Andino de Franjas de Precios (SAFP)		PÁGINA 5 de 6 Hoja No. 2			
Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario					
(415)7707212489984(8020) 00127570000284 1							
Arancel total del SAFP-AV aplicable a terceros países							
Item	26. Cód. Franja	27. Nombre de la franja	28. Código de nomenclatura	29. Arancel Total SAFP (%)	30. Marcador	31. No aplica SAFP	32. Notas del SAFP
1			1502909000	20			
2			1503000000	20			
3			1506001000	20			
4			1506009000	20			
5			1511900000	24			
6			1513110000	24			
7			1513190000	24			
8			1513211000	24			
9			1513291000	24			
10			1515300000	24			
11			1516200000	24			
12			1517100000	24			
13			1517900000	24			
14			1518001000	24			
15			1518009000	24			
16			3823110000	20			
17			3823120000	20			
18			3823190000	20			
19	11	FRANJA DEL AZUCAR CRUDO	1701140000	31	X		
20			1701120000	31			
21	12	FRANJA DEL AZUCAR BLANCO	1701999000	26	X		
22			1701910000	26			
23			1701991000	26			
24			1702600000	26			
25			1702902000	26			
26			1702903000	26			
27			1702904000	26			
28			1702909000	26			
29			1703100000	26			
30			1703900000	26			
31	13	FRANJA ARROZ BLANCO	1006300090		X	X	4
32			1006109000			X	4
33			1006200000			X	4
34			1006400000			X	4
35							
36							
37							
38							
39							
40							
41							
42							
43							
44							
45							
46							
47							
48							
49							

 Circular de Aranceles Totales del Sistema Andino de Franjas de Precios (SAFP)		 1275	
Espacio reservado para la DIAN		Página 6 de 6 Hoja No. 3	
		4. Número de formulario	
			
Notas del Sistema Andino de Franjas de Precios - SAFP			
1	33. Nota No.: 1	Establecer un arancel de 98% para la importación de leche y nata (crema) clasificada por la partida arancelaria 04.02, por tal motivo estos productos no estarán sujetos al mecanismo de franja de precios, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 2906 de 2010.	
2	33. Nota No.: 2	Establecer un arancel de 94% para la importación de lactosuero clasificados por las subpartidas arancelarias 0404.10.90.00 y 0404.90.00.00, por tal motivo estos productos no estarán sujetos al mecanismo de franja de precios, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 2112 de 2009.	
3	33. Nota No.: 3	Establecer un arancel de 40% para la importación de maíz blanco, clasificado por la subpartida arancelaria 1005.90.12.00, el cual registró desde el 25 de enero de 2010 de acuerdo a lo establecido en el decreto 140 de 2010. Este arancel no se aplicará a las mercancías que estén amparadas con certificados de índice base de subasta agropecuaria (IBSA), expedidos en virtud de los decretos 430 y 1873 de 2004 y 4676 de 2007.	
4	33. Nota No.: 4	De acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 873 de 2005, modificado parcialmente por el Decreto 4600 de 2008, el arancel para las subpartidas correspondientes al arroz (1006.10.90.00, 1006.20.00.00, 1006.30.00.90 y 1006.40.00.00) es de 80%; salvo el arroz que se haya importado dentro del cupo de 75.118 toneladas, las cuales ingresarán al territorio nacional con un arancel de 0%.	
5	33. Nota No.:		
6	33. Nota No.:		
7	33. Nota No.:		
8	33. Nota No.:		
9	33. Nota No.:		
10	33. Nota No.:		

¿QUIÉNES SOMOS?

Somos una empresa industrial y comercial del Estado con más de **cien años de experiencia** en **producción editorial**. Nuestra planta cuenta con personal técnico calificado y modernos procesos de pre prensa digital, CTP, impresión offset y digital y acabados, para brindarles a nuestros clientes soluciones integrales de comunicación gráfica.

Nuestro producto insignia es el Diario Oficial de Colombia en el que publicamos las normas del Estado.

¿POR QUÉ CONTRATAR CON NOSOTROS?

- ▶ Porque somos la solución integral a sus necesidades gráficas.
- ▶ Porque suscribimos contratos interadministrativos de manera directa entre entidades públicas
- ▶ Por agilidad y transparencia
- ▶ Porque somos cumplidos y hacemos trabajos con calidad.

(C. F.).

13/06/2017

Subdirección de Gestión de Recursos Físicos

Coordinación de Notificaciones

La Coordinación de Notificaciones de la Subdirección de Gestión de Recursos Físicos de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales del Nivel central, dando cumplimiento a lo ordenado en la parte resolutoria de los actos administrativos, proferidos por la Coordinación de Arancel de la Subdirección de Técnica Aduanera, “por medio de las cuales se expiden unas Clasificaciones Arancelarias”, se proceden a publicar dichos actos previa su notificación.

RESOLUCIÓN	FECHA	RAZÓN SOCIAL	NIT	PRODUCTO A CLASIFICAR	DESCRIPCIÓN	SUBPARTIDA
3306	12/05/2017	AGENCIA DE ADUANAS MOVIADUANAS S.A.S.	802.000.259	PERFIL DE ACERO SIN ALEAR Y GALVANIZADO EN CALIENTE- OMEGA	COMO UN PERFIL DE ACERO SIN ALEAR, OBTENIDO POR LAMINACIÓN EN CALIENTE	7216.50.00.00
3309	12/05/2017	PANAMERICANA DE FORMAS E IMPRESOS S.A.	800.175.457	SOLVENTE PARA QUITAR TINTAS DE RODILLOS Y MANTILLAS EN MÁQUINAS DE ARTES GRAFICAS, MARCA: SANTEX	COMO UNO DE LOS DEMÁS PRODUCTOS DISOLVENTES O DILUYENTES ORGÁNICOS COMPUESTOS, NO EXPRESADOS NI COMPRENDIDOS EN OTRA PARTE	3814.00.90.00
3310	12/05/2017	NÉSTOR TORO PARRA	14.935.954	AVENA EN LECHE	COMO UNA DE LAS DEMÁS PREPARACIONES ALIMENTICIAS DE PRODUCTOS DE LA PARTIDA 04.01 A 04.04 QUE NO CONTIENE CACAO	1901.90.90.00
3335	15/05/2017	AGENCIA DE ADUANAS ROLDÁN S.A.S. NIVEL 1	811.001.259	LÍNEA PARA LA LAMINACIÓN Y MOLDE DE CROISSANT	COMO MÁQUINAS Y APARATOS PARA PANADERÍA	8438.10.10.00
3403	17/05/2017	TINTAS Y PINTURAS ESPECIALES S.A. TINPES S.A.	800.082.760	MASA DE REACCIÓN DE ADIPATO DE DIMETILO, GLUTARATO DE DIMETILO Y SICCINATO DE DIMETILO	COMO UNO DE LOS DEMÁS PRODUCTOS DISOLVENTES O DILUYENTES ORGÁNICOS COMPUESTOS, NO EXPRESADOS NI COMPRENDIDOS EN OTRA PARTE	3814.00.90.00
3408	17/05/2017	AGENCIA DE ADUANAS ROLDÁN S.A.S. NIVEL 1	811.001.259	SUBESTACIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA	COMO SUBESTACIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA DE ANTIOQUIA 500 kV	8504.50.90.00
3409	17/05/2017	AGENCIA DE ADUANAS ROLDÁN S.A.S. NIVEL 1	811.001.259	SISTEMA DE JAULAS VERTICALES PARA CRÍA Y RECRÍA DE AVES DE 3 Y 4 NIVELES	COMO LAS DEMÁS MÁQUINAS PARA AVICULTURA	8436.29.90.00
3444	18/05/2017	AGENCIA DE ADUANAS UPS SCS COLOMBIA LTDA. NIVEL 2	900.027.528	SERVOVARIADOS ETHERNET/IP KINETIX 5500	COMO UN CONVERTIDOR ESTÁTICO	8504.40.90.00
3456	19/05/2017	AGENCIA DE ADUANAS GAMA S.A. NIVEL 1	890.404.190	SISTEMA DE RECIBO DE FERTILIZANTES LÍNEA II	COMO LOS DEMÁS APARATOS TRANSPORTADORES, DE ACCIÓN CONTINUA, PARA MERCANCÍAS, DE BANDA	8428.33.00.00

RESOLUCIÓN	FECHA	RAZÓN SOCIAL	NIT	PRODUCTO A CLASIFICAR	DESCRIPCIÓN	SUBPARTIDA
3457	19/05/2017	AGENCIA DE ADUANAS GAMA S.A. NIVEL 1	890.404.190	SISTEMA DE RECIBO DE FERTILIZANTES	COMO LOS DEMÁS APARATOS TRANSPORTADORES, DE ACCIÓN CONTINUA, PARA MERCANCÍAS, DE BANDA	8428.33.00.00
3464	19/05/2017	DAIMLER COLOMBIA S.A.	830.044.266	AUTOMÓVIL MERCEDES BENZ, REFERENCIA: S 500 E	COMO VEHÍCULO AUTOMÓVIL PARA EL TRANSPORTE DE PERSONAS, EQUIPADO CON MOTOR DE ENCENDIDO POR CHISPA Y MOTOR ELÉCTRICO CON CONEXIÓN PARA CARGAR EN UNA FUENTE EXTERNA DE ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA	8703.60.90.00
3478	19/05/2017	BANCOLOMBIA S.A.	890.903.938	EQUIPOS ELECTROMECÁNICOS PARA GENERACIÓN DE ENERGÍA	COMO LOS DEMÁS GRUPOS ELECTRÓGENOS DE CORRIENTE ALTERNA	8502.39.10.00
3479	19/05/2017	MARÍA MATILDE CORREA SANABRIA	23.547.191	DIADEMA ELÁSTICA PARA EL CABELLO	COMO CINTA PARA EL CABELLO CON ALMA DE CAUCHO, RECUBIERTA DE TEJIDO TEXTIL	6217.10.00.00
3506	22/05/2017	MARÍA MATILDE CORREA SANABRIA	23.547.191	GÓTICO	COMO LÁMINA DE PLÁSTICO CELULAR, CON SOPORTE EN TEJIDO DE PUNTO	3921.13.00.00
3507	22/05/2017	COSMETIKA S.A.S.	830.137.660	FRAGANCIA: MATERIA PRIMA UTILIZADA EN LA INDUSTRIA COSMÉTICA, PARA FABRICACIÓN DE CREMAS, JABONES, SHAMPOO, ACONDICIONADORES, BRUMA, BAÑO CREMOSO, ACEITE SECO	COMO UNA MEZCLA DE SUSTANCIAS ODORÍFERAS	3302.90.00.00

(C. F.)

Unidad Administrativa Especial de Pensiones

EDICTOS EMPLAZATORIOS

El Subdirector de Prestaciones Económicas

HACE SABER:

Que el señor Alcides Espitia, quien se identificaba con cédula de ciudadanía número 381294, pensionado de la Beneficencia de Cundinamarca, falleció el día 2 de abril de 2017, y a reclamar la sustitución de su Pensión de Jubilación se presentó la señora Eva Elvira Duarte de Espitia, identificada con la cédula de ciudadanía número 20945066 en su condición de Cónyuge Supérstite.

Que se avisa a las personas que tengan igual o mejor derecho, para que lo manifiesten mediante escrito radicado en la ventanilla de la Unidad Administrativa Especial de Pensiones del departamento de Cundinamarca, ubicada en la sede administrativa de la Gobernación de Cundinamarca, calle 26 N° 51-53 Torre de Beneficencia piso 5° de la ciudad de Bogotá, dentro de los treinta (30) días siguientes a la publicación, de conformidad con lo establecido en el artículo 4° de la Ley 1204 de 2008.

El Subdirector de Prestaciones Económicas,

Ciro Nelson Ostos Bustos.

Imprenta Nacional de Colombia. Recibo 21700976. 13-VI-2017. Valor \$54.500.

EMPRESAS INDUSTRIALES Y COMERCIALES DEL ESTADO

Caja Promotora de Vivienda Militar y de Policía

ACUERDOS

ACUERDO NÚMERO 03 DE 2017

(mayo 30)

por medio del cual se adoptan condiciones y mecanismos para continuar facilitando a los afiliados la solución de vivienda y se dictan otras disposiciones.

La Junta Directiva de la Caja Promotora de Vivienda Militar y de Policía, en ejercicio de las facultades legales, estatutarias y reglamentarias, en especial las conferidas en el numeral 3 del artículo 8° del Decreto-ley 353 de 1994, modificado por el artículo 5° de la Ley 973 de 2005, y

CONSIDERANDO:

Que la Caja Promotora de Vivienda Militar y de Policía en virtud del Decreto-ley 353 de 1994, modificado parcialmente por la Ley 973 de 2005, y la Ley 1305 de 2009 tiene como objeto facilitar a sus afiliados la adquisición de vivienda propia, mediante la realización o promoción de todas las operaciones del mercado inmobiliario, incluidas las de intermediación, la captación y administración del ahorro de sus afiliados y el desarrollo de las actividades administrativas, técnicas, financieras y crediticias que sean indispensables para el mismo

efecto; asimismo, podrá administrar las cesantías del personal de la Fuerza Pública, que haya obtenido vivienda de conformidad con lo dispuesto por el Gobierno Nacional.

Que es función de la Caja Promotora de Vivienda Militar y de Policía, administrar directa o indirectamente los bienes muebles o inmuebles y los recursos de capital que constituyen el patrimonio de la Entidad, tal y como lo señala el numeral 2 del artículo 3° del Decreto-ley 353 de 1994, modificado por el artículo 3° de la Ley 973 de 2005.

Que conforme lo indica el artículo 12 del Decreto-ley 353 de 1994, el patrimonio de la Caja Promotora de Vivienda Militar y de Policía estará constituido, entre otros, por “los bienes muebles e inmuebles que haya adquirido o llegare a adquirir, la cartera, así como todas aquellas inversiones temporales y depósitos en dinero o especie que siendo de su propiedad, posea a cualquier título”.

Que la Ley 973 de 2005 en el artículo 9° parágrafo 2°, modificado por el artículo 1° parágrafo 2° de la Ley 1305 de 2009, creó el Fondo de Solidaridad con el objeto de otorgar una única solución de vivienda a los beneficiarios del afiliado fallecido, que por cualquier causa, queden o no disfrutando de asignación de retiro, pensión de sobrevivencia o sustitución y los afiliados que como consecuencia directa de actos del servicio o fuera de él, por acción directa del enemigo, en misión del servicio, o por una grave y comprobada enfermedad catastrófica o terminal sean retirados, con o sin derecho al disfrute de pensión de invalidez.

Que con el fin de satisfacer las necesidades de unidades de vivienda para entregar a los afiliados que cumplen los requisitos de ley con cargo al Fondo de Solidaridad, se han adquirido inmuebles que posteriormente quedan en el patrimonio de la Entidad, a disposición de la misma a cualquier título y por diferentes razones estos no se entregan a los afiliados. Igualmente, en razón del cumplimiento de decisiones judiciales es necesario recibir inmuebles de manos de los afiliados, haciéndose necesaria en todos los casos su gestión e incorporación de los recursos derivados de la misma, al mismo Fondo de Solidaridad de donde se financió su adquisición.

Que en desarrollo del producto leasing habitacional, por terminación anticipada del contrato, hay lugar a la restitución del inmueble a favor de la Entidad para la respectiva gestión.

Que corresponde a la Junta Directiva establecer los planes, programas, proyectos y procedimientos que faciliten a los afiliados la adquisición de vivienda.

Que en mérito de lo expuesto,

ACUERDA:

Artículo 1°. La Caja Promotora de Vivienda Militar y de Policía deberá permitir al afiliado la posibilidad de acceder a cualquiera de los modelos de solución de vivienda ofrecidos por esta, siempre y cuando cumpla con la totalidad de las condiciones y requisitos exigidos para tal fin en la ley y demás disposiciones internas, la cual se puede materializar incluso con las soluciones de vivienda que por cualquier razón se encuentren en el patrimonio de la Entidad o aquellas que a cualquier título estén a disposición de la misma.

En el evento en que las soluciones de vivienda que se encuentren en el patrimonio de la Entidad o a disposición de la misma hayan sido adquiridas con cargo al Fondo de Solidaridad, el producto de la venta o el cruce de cuentas que se haga con el afiliado, se transferirá al referido Fondo de Solidaridad.

Artículo 2°. La ejecución de las disposiciones contenidas en el presente Acuerdo que así lo requieran se sujetará a la implementación administrativa que para el efecto determine la administración.

Artículo 3°. *Vigencia y derogatorias.* El presente acuerdo entrará a regir a partir de la fecha de su publicación y deroga los acuerdos que le sean contrarios.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 30 de mayo de 2017.

El Presidente de la Junta Directiva,

General (RA) *José Javier Pérez Mejía.*

Viceministro de Defensa para el GSED y Bienestar.

La Secretaria Junta Directiva Caja Honor,

Nathalia Casas Quibano.

Constancia: La suscrita Secretaria de la Junta Directiva hace constar que el presente acto administrativo fue aprobado mediante Acta de Junta Directiva número () del ... y publicado en el *Diario Oficial* () del...

La Secretaria Junta Directiva,

Nathalia Casas Quibano.

Imprenta Nacional de Colombia. Recibo 21700971. 13-VI-2017. Valor \$295.200.

V A R I O S

Contraloría General de la República

RESOLUCIONES ORGANIZACIONALES

RESOLUCIÓN ORGANIZACIONAL NÚMERO OGZ – 0587 DE 2017

(junio 5)

por la cual se traslada un cargo de la planta global de la Contraloría General de la República

La Gerente del Talento Humano, en ejercicio de las facultades legales que le confiere el artículo 69 del Decreto 267 de 2000, el artículo 1.º de la Resolución Orgánica número 05639 del 8 de febrero de 2005, y

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con el artículo 69 del Decreto 267 de 2000 la Gerencia del Talento Humano tiene como función la de dirigir y diseñar, de acuerdo con lo que disponga el Contralor General de la República, las políticas, planes y programas que se deban implantar en materia del talento humano, función dentro de la cual se entiende la adopción de decisiones específicas de manejo racional del recurso en la Entidad.

Que el artículo 3º del Decreto 271 de 2000 establece que mediante resolución, se distribuirán los cargos de la planta de personal, teniendo en cuenta la estructura interna, las necesidades del servicio, los planes, programas, procesos, proyectos y políticas de la Contraloría General de la República.

Que el artículo 30 del Decreto 1950 de 1973 señala: “El traslado se podrá hacer por necesidades del servicio, siempre que ello no implique condiciones menos favorables para el empleado. Podrá hacerse también cuando sea solicitado por los funcionarios interesados, y siempre que el movimiento no cause perjuicios al servicio”.

Que mediante el artículo 1º de la Resolución Orgánica número 5639 del 8 de febrero de 2005 le compete al Gerente del Talento Humano de la Contraloría General de la República la función de trasladar personal y cargos de la planta global de la Entidad en el Nivel Central, así como de este al nivel Desconcentrado y entre las Gerencias Departamentales, mediante acto administrativo.

Que por correo electrónico del 31 mayo de 2017, enviado a la Dirección de Gestión de Talento Humano se remite el Acta número 017 del 18 de mayo de 2017, de la Colegiatura Cauca para efectuar el traslado de Carlos Antonio Flor Idrobo, Profesional Universitario Grado 01, del Grupo de Vigilancia Fiscal al Despacho de la Gerencia Departamental Cauca.

Que una vez analizadas las necesidades del servicio, la Gerencia del Talento Humano determina que es procedente trasladar unos cargos de la Planta global de la Contraloría General de la República.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1º. Trasladar un (1) cargo de Profesional Universitario, Nivel Profesional, Grado 01, del Grupo de Vigilancia Fiscal de la Gerencia Departamental Colegiada de Cauca al Despacho de la misma Gerencia Departamental.

Artículo 2º. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Comuníquese, publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 5 de junio de 2017.

La Gerente del Talento Humano,

Luisa Fernanda Morales Noriega.

(C.F.).

RESOLUCIÓN ORGANIZACIONAL NÚMERO OGZ – 0589 DE 2017

(junio 12)

por la cual se trasladan unos cargos.

La Gerente del Talento Humano, en ejercicio de las facultades legales que le confiere el artículo 69 del Decreto 267 de 2000, el artículo 1º de la Resolución Orgánica número 05639 del 8 de febrero de 2005, y

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con el artículo 69 del Decreto 267 de 2000 la Gerencia del Talento Humano tiene como función la de dirigir y diseñar, de acuerdo con lo que disponga el Contralor General de la República, las políticas, planes y programas que se deban implantar en materia del talento humano, función dentro de la cual se entiende la adopción de decisiones específicas de manejo racional del recurso en la Entidad.

Que el artículo 3º del Decreto 271 de 2000 establece que mediante resolución, se distribuirán los cargos de la planta de personal, teniendo en cuenta la estructura interna, las necesidades del servicio, los planes, programas, procesos, proyectos y políticas de la Contraloría General de la República.

Que mediante el artículo 1º de la Resolución Orgánica número 5639 del 8 de febrero de 2005 le compete “al Gerente del Talento Humano de la Contraloría General de la República la función de trasladar personal y cargos de la planta global de la Entidad en el Nivel Central, así como de éste al nivel Desconcentrado y entre las Gerencias Departamentales, mediante acto administrativo.

Parágrafo. El uso de esta atribución estará condicionado a la previa consulta con la Comisión de Personal, cuando el traslado implique cambio de sede territorial, en los términos del artículo 3º del Decreto-ley 271 de 2000”.

Que por oficio 2017|E0045934 del 3 de junio de 2017, remitido a la Dirección de Gestión de Talento Humano, la Dirección de Carrera Administrativa informa las determinaciones adoptadas en las sesiones extraordinarias de Comisión de Personal del 8 y 22 de mayo de 2017, consignadas en las Actas número 03 y 04, respectivamente, las cuales están relacionadas con la aprobación de traslados de funcionarios en la entidad, de conformidad con lo establecido en el inciso 2º del artículo 3º del Decreto 271 del 22 de febrero de 2000.

Que en el Acta número 03 del 8 de mayo de 2017, los miembros de la Comisión de Personal emitieron su concepto favorable para el traslado con cargo de los funcionarios Luis Enrique Moncada Reyes, Profesional Universitario Grado 01, del Grupo de Investigaciones, Juicios Fiscales y Jurisdicción Coactiva de la Gerencia Departamental Colegiada de Antioquia a la Dirección de Investigaciones Fiscales; Melba del Pilar Casilimas Parra, Profesional Universitario Grado 02, de la Dirección de Investigaciones Fiscales al Grupo de Investigaciones, Juicios Fiscales y Jurisdicción Coactiva de la Gerencia Departamental Colegiada del Valle; y Efrén Humberto Luna Guerrero, Profesional Universitario Grado 01, del Grupo de Vigilancia Fiscal de la Gerencia Departamental Colegiada de Putumayo al Grupo de Vigilancia Fiscal de la Gerencia Departamental Colegiada del Meta.

Que en el Acta número 04 del 22 de mayo de 2017, los miembros de la Comisión de Personal emitieron su concepto favorable para el traslado con cargo de la funcionaria Gina Marcela Ceballos Parra, Profesional Universitario, Grado 02, del Grupo de Vigilancia Fiscal de la Gerencia Departamental Colegiada de Huila al Grupo de Vigilancia Fiscal de la Gerencia Departamental Colegiada de Tolima.

Que en el oficio 2017|E0045934 del 3 de junio de 2017 se solicita que la vacante de Profesional Universitario Grado 1, de la Gerencia Departamental Colegiada del Tolima, liberada por el ascenso de la funcionaria Gina Marcela Ceballos Parra, sea trasladada a la Gerencia Departamental Colegiada de Huila.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1º. Trasladar un (1) cargo de Profesional Universitario, Nivel Profesional, Grado 01, del Grupo de Investigaciones, Juicios Fiscales y Jurisdicción Coactiva de la Gerencia Departamental Colegiada de Antioquia a la Dirección de Investigaciones Fiscales.

Artículo 2º. Trasladar un (1) cargo de Profesional Universitario, Nivel Profesional, Grado 02, de la Dirección de Investigaciones Fiscales al Grupo de Investigaciones, Juicios Fiscales y Jurisdicción Coactiva de la Gerencia Departamental Colegiada del Valle.

Artículo 3º. Trasladar un (1) cargo de Profesional Universitario, Nivel Profesional, Grado 01, del Grupo de Vigilancia Fiscal de la Gerencia Departamental Colegiada de Putumayo al Grupo de Vigilancia Fiscal de la Gerencia Departamental Colegiada del Meta.

Artículo 4º. Trasladar un (1) cargo de Profesional Universitario, Nivel Profesional, Grado 02, del Grupo de Vigilancia Fiscal de la Gerencia Departamental Colegiada de Huila al Grupo de Vigilancia Fiscal de la Gerencia Departamental Colegiada de Tolima.

Artículo 5º. Trasladar un (1) cargo de Profesional Universitario, Nivel Profesional, Grado 01, del Grupo de Investigaciones, Juicios Fiscales y Jurisdicción Coactiva de la Gerencia Departamental Colegiada del Tolima al Grupo de Vigilancia Fiscal de la Gerencia Departamental Colegiada del Huila.

Artículo 6º. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Comuníquese, publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 12 de junio de 2017.

La Gerente del Talento Humano,

Luisa Fernanda Morales Noriega.

(C.F.).

Registraduría Nacional del Estado Civil

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 6063 DE 2017

(junio 9)

por medio de la cual se fija el número de ciudadanos que pueden sufragar en las mesas de votación para la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de Barrancabermeja, Santander, a realizarse el dos (2) de julio de 2017.

El Registrador Nacional del estado Civil, en uso de las atribuciones constitucionales y legales y en especial las consagradas en el inciso 2° del artículo 266 de la Constitución Política, el artículo 5°, numeral 11 del Decreto 1010 de 2000, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 2° de la Constitución Política establece como fin esencial del Estado, facilitar la participación de todos los ciudadanos en las decisiones que los afectan en la vida económica, administrativa y cultural de la Nación.

Que en el inciso 2° del artículo 266 de la Constitución Política establece como función propia del Registrador Nacional del Estado Civil, dirigir y organizar el proceso electoral.

Que el artículo 5° numeral 11 del Decreto 1010 de 2000, establece como función de la Registraduría Nacional del Estado Civil, dirigir y organizar el proceso electoral y demás mecanismos de participación ciudadana y elaborar los respectivos calendarios electorales.

Que el inciso 1° del artículo 85 del Decreto-ley 2241 de 1986 “Código Electoral”, declarado parcialmente inexecutable por la Sentencia C-230 A de 2008 de la Corte Constitucional, establece que la “Registraduría Nacional, fijará el número de ciudadanos que podrán sufragar en las distintas mesas de votación”.

Que mediante Decreto número 00108 del dos (2) de junio de 2017, el Gobernador del departamento de Santander fijó como fecha de votación para la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de Barrancabermeja, el domingo dos (2) de julio de 2017.

Que en virtud de lo anteriormente expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. Establézcase en novecientos ochenta (980) el número máximo de ciudadanos aptos para sufragar, en cada una de las mesas de votación que se instalarán para la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de Barrancabermeja, Santander, a realizarse el dos (2) de julio de 2017.

Artículo 2°. La presente resolución rige a partir de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 9 de junio de 2017.

El Registrador Nacional del Estado Civil,

Juan Carlos Galindo Vácha.

(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 6064 DE 2017

(junio 9)

por medio de la cual se fija el número de ciudadanos que pueden sufragar en las mesas de votación para la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de Remolino, Magdalena, a realizarse el dieciocho (18) de junio de 2017.

El Registrador Nacional del estado Civil, en uso de las atribuciones constitucionales y legales y en especial las consagradas en el inciso 2° del artículo 266 de la Constitución Política, el artículo 5°, numeral 11 del Decreto 1010 de 2000, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 2° de la Constitución Política establece como fin esencial del Estado, facilitar la participación de todos los ciudadanos en las decisiones que los afectan en la vida económica, administrativa y cultural de la Nación.

Que en el inciso 2° del artículo 266 de la Constitución Política establece como función propia del Registrador Nacional del Estado Civil, dirigir y organizar el proceso electoral.

Que el artículo 5° numeral 11 del Decreto 1010 de 2000, establece como función de la Registraduría Nacional del Estado Civil, dirigir y organizar el proceso electoral y demás mecanismos de participación ciudadana y elaborar los respectivos calendarios electorales.

Que el inciso 1° del artículo 85 del Decreto-ley 2241 de 1986 “Código Electoral”, declarado parcialmente inexecutable por la Sentencia C-230 A de 2008 de la Corte Constitucional, establece que la “Registraduría Nacional, fijará el número de ciudadanos que podrán sufragar en las distintas mesas de votación”.

Que, mediante Decretos números 0199 y 0217 del 18 y del 31 de mayo, respectivamente, de 2017 proferidos por la Gobernación del departamento de Magdalena, se convoca a consulta para revocar el mandato de Alcalde del municipio de Remolino, el domingo dieciocho (18) de junio de 2017.

Que en virtud de lo anteriormente expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. Establézcase, en novecientos ochenta (980) el número máximo de ciudadanos aptos para sufragar, en cada una de las mesas de votación que se instalarán para la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de Remolino, Magdalena, a realizarse el dieciocho (18) de junio de 2017.

Artículo 2°. La presente resolución rige a partir de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 9 de junio de 2017.

El Registrador Nacional del Estado Civil,

Juan Carlos Galindo Vácha.

(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 6065 DE 2017

(junio 9)

por medio de la cual se fija el número de ciudadanos que pueden sufragar en las mesas de votación para la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de Icononzo, Tolima, a realizarse el dos (2) de julio de 2017.

El Registrador Nacional del estado Civil, en uso de las atribuciones constitucionales y legales y en especial las consagradas en el inciso 2° del artículo 266 de la Constitución Política, el artículo 5°, numeral 11 del Decreto 1010 de 2000, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 2° de la Constitución Política establece como fin esencial del Estado, facilitar la participación de todos los ciudadanos en las decisiones que los afectan en la vida económica, administrativa y cultural de la Nación.

Que en el inciso 2° del artículo 266 de la Constitución Política establece como función propia del Registrador Nacional del Estado Civil, dirigir y organizar el proceso electoral.

Que el artículo 5° numeral 11 del Decreto 1010 de 2000, establece como función de la Registraduría Nacional del Estado Civil, dirigir y organizar el proceso electoral y demás mecanismos de participación ciudadana y elaborar los respectivos calendarios electorales.

Que el inciso 1° del artículo 85 del Decreto-ley 2241 de 1986 “Código Electoral”, declarado parcialmente inexecutable por la Sentencia C-230 A de 2008 de la Corte Constitucional, establece que la “Registraduría Nacional, fijará el número de ciudadanos que podrán sufragar en las distintas mesas de votación”.

Que mediante Decreto número 000535 del diecinueve (19) de mayo de 2017, el Gobernador del departamento de Tolima fijó como fecha de votación para la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de Icononzo, el domingo dos (2) de julio de 2017.

Que en virtud de lo anteriormente expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. Establézcase, en novecientos ochenta (980) el número máximo de ciudadanos aptos para sufragar, en cada una de las mesas de votación que se instalarán para la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de Icononzo, Tolima, a realizarse el dos (2) de julio de 2017.

Artículo 2°. La presente resolución rige a partir de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D.C., a 9 de junio de 2017.

El Registrador Nacional del Estado Civil,

Juan Carlos Galindo Vácha.

(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 6066 DE 2017

(junio 9)

por medio de la cual se fija el número de ciudadanos que pueden sufragar en las mesas de votación para la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de El Carmen de Bolívar, Bolívar, a realizarse el nueve (9) de julio de 2017.

El Registrador Nacional del estado Civil, en uso de las atribuciones constitucionales y legales y en especial las consagradas en el inciso 2° del artículo 266 de la Constitución Política, el artículo 5°, numeral 11 del Decreto 1010 de 2000, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 2° de la Constitución Política establece como fin esencial del Estado, facilitar la participación de todos los ciudadanos en las decisiones que los afectan en la vida económica, administrativa y cultural de la Nación.

Que en el inciso 2° del artículo 266 de la Constitución Política establece como función propia del Registrador Nacional del Estado Civil, dirigir y organizar el proceso electoral.

Que el artículo 5°, numeral 11 del Decreto 1010 de 2000, establece como función de la Registraduría Nacional del Estado Civil, dirigir y organizar el proceso electoral y demás mecanismos de participación ciudadana y elaborar los respectivos calendarios electorales.

Que el inciso 1° del artículo 85 del Decreto-ley 2241 de 1986 “Código Electoral”, declarado parcialmente inexecutable por la Sentencia C-230 A de 2008 de la Corte Constitucional, establece que la “Registraduría Nacional, fijará el número de ciudadanos que podrán sufragar en las distintas mesas de votación”.

Que mediante Decreto número 000787 del veintidós (22) de mayo de 2017, el Gobernador (e) del departamento de Bolívar fijó como fecha de votación para la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de El Carmen de Bolívar, el domingo nueve (9) de julio de 2017.

Que en virtud de lo anteriormente expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. Establézcase, en novecientos ochenta (980) el número máximo de ciudadanos aptos para sufragar, en cada una de las mesas de votación que se instalarán para la

Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de El Carmen de Bolívar, Bolívar, a realizarse el nueve (9) de julio de 2017.

Artículo 2°. La presente resolución rige a partir de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 9 de junio de 2017.

El Registrador Nacional del Estado Civil,

Juan Carlos Galindo Vácha.
(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 6067 DE 2017

(junio 9)

por medio de la cual se fija el número de ciudadanos que pueden sufragar en las mesas de votación para la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de San Antonio de Palmito, Sucre, a realizarse el nueve (9) de julio de 2017.

El Registrador Nacional del estado Civil, en uso de las atribuciones constitucionales y legales y en especial las consagradas en el inciso 2° del artículo 266 de la Constitución Política, el artículo 5°, numeral 11 del Decreto 1010 de 2000, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 2° de la Constitución Política establece como fin esencial del Estado, facilitar la participación de todos los ciudadanos en las decisiones que los afectan en la vida económica, administrativa y cultural de la Nación.

Que en el inciso 2° del artículo 266 de la Constitución Política establece como función propia del Registrador Nacional del Estado Civil, dirigir y organizar el proceso electoral.

Que el artículo 5° numeral 11 del Decreto 1010 de 2000, establece como función de la Registraduría Nacional del Estado Civil, dirigir y organizar el proceso electoral y demás mecanismos de participación ciudadana y elaborar los respectivos calendarios electorales.

Que el inciso 1° del artículo 85 del Decreto-ley 2241 de 1986 “Código Electoral”, declarado parcialmente inexecutable por la Sentencia C-230 A de 2008 de la Corte Constitucional, establece que la “Registraduría Nacional, fijará el número de ciudadanos que podrán sufragar en las distintas mesas de votación”.

Que mediante Decreto número 000434 del veintidós (22) de mayo de 2017, el Gobernador del departamento de Sucre fijó como fecha de votación para la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de San Antonio de Palmito, el domingo nueve (9) de julio 2017.

Que en virtud de lo anteriormente expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. Establézcase, en novecientos ochenta (980) el número máximo de ciudadanos aptos para sufragar, en cada una de las mesas de votación que se instalarán para la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de San Antonio de Palmito, Sucre, a realizarse el nueve (9) de julio de 2017.

Artículo 2°. La presente resolución rige a partir de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 9 de junio de 2017.

El Registrador Nacional del Estado Civil,

Juan Carlos Galindo Vácha.
(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 6068 DE 2017

(junio 9)

por medio de la cual se fija el número de ciudadanos que pueden sufragar en las mesas de votación para la Consulta Popular del municipio de Arbeláez, Cundinamarca que se realizará el nueve (9) de julio de 2017.

El Registrador Nacional del estado Civil, en uso de las atribuciones constitucionales y legales y en especial las consagradas en el inciso 2° del artículo 266 de la Constitución Política, los artículos 50 y siguientes de la Ley 134 de 1994, artículo 26 numeral 12 del Decreto 2241 de 1986, artículo 5°, numeral 11 del Decreto 1010 de 2000, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 2° de la Constitución Política establece como fin esencial del Estado, facilitar la participación de todos los ciudadanos en las decisiones que los afectan en la vida económica, administrativa y cultural de la Nación.

Que en el inciso 2° del artículo 266 de la Constitución Política establece como función propia del Registrador Nacional del Estado Civil, dirigir y organizar el proceso electoral.

Que el artículo 5° numeral 11 del Decreto 1010 de 2000, establece como función de la Registraduría Nacional del Estado Civil, dirigir y organizar el proceso electoral y demás mecanismos de participación ciudadana y elaborar los respectivos calendarios electorales.

Que el inciso 1° del artículo 85 del Código Electoral, declarado parcialmente inexecutable por la Sentencia C-230 A de 2008 de la Corte Constitucional, establece que la “Registraduría Nacional, fijará el número de ciudadanos que podrán sufragar en las distintas mesas de votación”.

Que mediante Decreto número 019 del 5 de mayo de 2017, proferido por el Alcalde del municipio de Arbeláez, Cundinamarca, se da cumplimiento a un fallo judicial y se fija fecha para una Consulta Popular.

Que en virtud de lo anteriormente expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. Establézcase, en novecientos ochenta (980), el número máximo de ciudadanos aptos para sufragar, en cada una de las mesas de votación que se instalarán para la Consulta Popular del municipio de Arbeláez, Cundinamarca que se realizará el nueve (9) de julio de 2017.

Artículo 2°. La presente resolución rige a partir de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

El Registrador Nacional del Estado Civil,

Juan Carlos Galindo Vácha.
(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 6069 DE 2017

(junio 9)

por medio de la cual se fija el número de ciudadanos que pueden sufragar en las mesas de votación para la Consulta Popular del municipio de Pijao, Quindío que se realizará el nueve (9) de julio de 2017.

El Registrador Nacional del estado Civil, en uso de las atribuciones constitucionales y legales y en especial las consagradas en el inciso 2° del artículo 266 de la Constitución Política, los artículos 50 y siguientes de la Ley 134 de 1994, artículo 26 numeral 12 del Decreto 2241 de 1986, artículo 5°, numeral 11 del Decreto 1010 de 2000, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 2° de la Constitución Política establece como fin esencial del Estado, facilitar la participación de todos los ciudadanos en las decisiones que los afectan en la vida económica, administrativa y cultural de la Nación.

Que en el inciso 2° del artículo 266 de la Constitución Política establece como función propia del Registrador Nacional del Estado Civil, dirigir y organizar el proceso electoral.

Que el artículo 5° numeral 11 del Decreto 1010 de 2000, establece como función de la Registraduría Nacional del Estado Civil, dirigir y organizar el proceso electoral y demás mecanismos de participación ciudadana y elaborar los respectivos calendarios electorales.

Que el inciso 1° del artículo 85 del Código Electoral, declarado parcialmente inexecutable por la Sentencia C-230 A de 2008 de la Corte Constitucional, establece que la “Registraduría Nacional, fijará el número de ciudadanos que podrán sufragar en las distintas mesas de votación”.

Que mediante Decreto número 024 del 18 de mayo de 2017, proferido por la Alcaldesa del municipio de Pijao, Quindío, se da cumplimiento a un fallo judicial y se fija fecha para una Consulta Popular.

Que en virtud de lo anteriormente expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. Establézcase, en novecientos ochenta (980), el número máximo de ciudadanos aptos para sufragar, en cada una de las mesas de votación que se instalarán para la Consulta Popular del municipio de Pijao, Quindío que se realizará el nueve (9) de julio de 2017.

Artículo 2°. La presente resolución rige a partir de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Junio 9 de 2017.

El Registrador Nacional del Estado Civil,

Juan Carlos Galindo Vácha.
(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 6070 DE 2017

(junio 9)

por la cual se fijan los términos de entrega de los documentos electorales para la votación de la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de Remolino, Magdalena que se realizará el dieciocho (18) de junio de 2017.

El Registrador Nacional del estado Civil, en uso de las atribuciones conferidas por los artículos 26, numeral 12 del Decreto 2241 de 1986 (Código Electoral), artículos 5° y 36 del Decreto 1010 de 2000, artículo 42 de la Ley 1475 de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con el numeral 12 del artículo 26 del Código Electoral, corresponde al Registrador Nacional del Estado Civil, dictar y hacer conocer las Resoluciones que fijen los términos para la entrega de pliegos electorales de los corregimientos, inspecciones de policía y sectores rurales al respectivo Registrador del Estado Civil.

Que el artículo 5° numeral 11 del Decreto 1010 de 2000, establece como función de la Registraduría Nacional del Estado Civil, dirigir y organizar el proceso electoral y demás mecanismos de participación ciudadana y elaborar los respectivos calendarios electorales.

Que el artículo 36, numeral 13 del Decreto 1010 de 2000, establece que le corresponde a la Dirección de Gestión Electoral, elaborar las resoluciones que fijen los términos para la entrega de documentos electorales.

Que el artículo 42, inciso 2° de la Ley 1475 de 2011, faculta al Registrador Nacional del Estado Civil para fijar los términos de entrega de documentos electorales de los corregimientos, inspecciones de policía o sectores rurales a los correspondientes Claveros.

Que tales documentos deben ser conducidos por los Delegados del Registrador del Estado Civil y entregados a los Claveros respectivos dentro de los términos que se les señale, conforme al inciso 2° del artículo 144 del Código Electoral.

Que mediante Decretos números 0199 y 0217 del 18 y 31 de mayo, respectivamente, de 2017, proferidos por la Gobernación del departamento de Magdalena, se convoca a consulta para revocar el mandato del Alcalde del municipio de Remolino.

Que de acuerdo con lo anterior, el dieciocho (18) de junio de 2017, se realizará la votación para la Revocatoria del Mandato del Alcalde en el municipio de Remolino, Magdalena, siendo necesario fijar los términos de entrega para los corregimientos de dicho municipio.

En mérito de lo anterior,

RESUELVE:

Artículo 1°. Fijar para la votación de la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de Remolino, Magdalena, los términos de entrega a los respectivos Claveros de los documentos electorales de los corregimientos pertenecientes al municipio, en la fecha y hora que a continuación se indica:

Lugar	Fecha	Hora
Corralviejo	19/06/17	2:00 p.m.
El Dividivi	19/06/17	2:00 p.m.
Martinete	19/06/17	2:00 p.m.
Santa Rita	19/06/17	2:00 p.m.
San Rafael de Buenavista	19/06/17	2:00 p.m.
San José de las Casitas	19/06/17	2:00 p.m.

Artículo 2°. La presente resolución rige a partir de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Junio 9 de 2017.

El Registrador Nacional del Estado Civil,

Juan Carlos Galindo Vácha.
(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 6071 DE 2017

(junio 9)

por la cual se fijan los términos de entrega de los documentos electorales para la votación de la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de San Antonio de Palmito, Sucre que se realizará el nueve (9) de julio de 2017.

El Registrador Nacional del Estado Civil, en uso de las atribuciones conferidas por los artículos 26, numeral 12 del Decreto 2241 de 1986 (Código Electoral), artículos 5° y 36 del Decreto 1010 de 2000, artículo 42 de la Ley 1475 de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con el numeral 12 del artículo 26 del Código Electoral, corresponde al Registrador Nacional del Estado Civil, dictar y hacer conocer las Resoluciones que fijan los términos para la entrega de pliegos electorales de los corregimientos, inspecciones de policía y sectores rurales al respectivo Registrador del Estado Civil.

Que el artículo 5° numeral 11 del Decreto 1010 de 2000, establece como función de la Registraduría Nacional del Estado Civil, dirigir y organizar el proceso electoral y demás mecanismos de participación ciudadana y elaborar los respectivos calendarios electorales.

Que el artículo 36 numeral 13 del Decreto 1010 de 2000, establece que le corresponde a la Dirección de Gestión Electoral, elaborar las resoluciones que fijan los términos para la entrega de documentos electorales.

Que el artículo 42, inciso segundo de la Ley 1475 de 2011, faculta al Registrador Nacional del Estado Civil para fijar los términos de entrega de documentos electorales de los corregimientos, inspecciones de policía o sectores rurales a los correspondientes Claveros.

Que tales documentos deben ser conducidos por los Delegados del Registrador del Estado Civil y entregados a los Claveros respectivos dentro de los términos que se les señale, conforme al inciso 2° del artículo 144 del Código Electoral.

Que mediante Decreto número 0434 del 22 de mayo de 2017, proferido por el Gobernador del departamento de Sucre, se convoca a una votación para revocar el mandato del Alcalde del municipio de San Antonio de Palmito.

Que de acuerdo con lo anterior, el nueve (9) de julio de 2017, se realizará la votación para la Revocatoria del Mandato del Alcalde en el municipio de San Antonio de Palmito, Sucre, siendo necesario fijar los términos de entrega para los corregimientos de dicho municipio.

En mérito de lo anterior,

RESUELVE:

Artículo 1°. Fijar para la votación de la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de San Antonio de Palmito, Sucre, los términos de entrega a los respectivos Claveros de los documentos electorales de los corregimientos pertenecientes al municipio, en la fecha y hora que a continuación se indica:

Lugar	Fecha	Hora
Algodoncillo	10/07/2017	10.00 a.m.
El Martillo	10/07/2017	10.00 a.m.
Guaimaral	10/07/2017	10.00 a.m.
Guaimi	10/07/2017	10.00 a.m.
Pueblecito	10/07/2017	9:00 a.m.
Pueblo Nuevo	10/07/2017	1:00 p.m.

Artículo 2°. La presente resolución rige a partir de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Junio 9 de 2017.

El Registrador Nacional del Estado Civil,

Juan Carlos Galindo Vácha.
(C. F.).



En la Imprenta Nacional de Colombia nos dedicamos a **diseñar, editar, imprimir, divulgar y comercializar normas, documentos y publicaciones** de las entidades que integran las ramas del poder público.



CONOZCA MÁS DE NOSOTROS: www.imprenta.gov.co



ImprentaNalCol



@ImprentaNalCol

Carrera 66 No. 24-09 • PBX: 4578000 • Línea Gratuita: 018000113001

www.imprenta.gov.co

RESOLUCIÓN NÚMERO 6072 DE 2017

(junio 9)

por la cual se fijan los términos de entrega de los documentos electorales para la votación de la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de Icononzo, Tolima que se realizará el dos (2) de julio de 2017.

El Registrador Nacional del Estado Civil, en uso de las atribuciones conferidas por los artículos 26, numeral 12 del Decreto 2241 de 1986 (Código Electoral), artículos 5° y 36 del Decreto 1010 de 2000, artículo 42 de la Ley 1475 de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con el numeral 12 del artículo 26 del Código Electoral, corresponde al Registrador Nacional del Estado Civil, dictar y hacer conocer las Resoluciones que fijen los términos para la entrega de pliegos electorales de los corregimientos, inspecciones de policía y sectores rurales al respectivo Registrador del Estado Civil.

Que el artículo 5° numeral 11 del Decreto 1010 de 2000, establece como función de la Registraduría Nacional del Estado Civil, dirigir y organizar el proceso electoral y demás mecanismos de participación ciudadana y elaborar los respectivos calendarios electorales.

Que el artículo 36, numeral 13 del Decreto 1010 de 2000, establece que le corresponde a la Dirección de Gestión Electoral, elaborar las resoluciones que fijen los términos para la entrega de documentos electorales.

Que el artículo 42, inciso segundo de la Ley 1475 de 2011, faculta al Registrador Nacional del Estado Civil para fijar los términos de entrega de documentos electorales de los corregimientos, inspecciones de policía o sectores rurales a los correspondientes Claveros.

Que tales documentos deben ser conducidos por los Delegados del Registrador del Estado Civil y entregados a los Claveros respectivos dentro de los términos que se les señale, conforme al inciso 2° del artículo 144 del Código Electoral.

Que mediante Decreto número 0535 del 19 de mayo de 2017, proferido por el Gobernador del departamento de Tolima, se convoca a consulta para revocar el mandato del Alcalde del municipio de Icononzo.

Que de acuerdo con lo anterior, el dos (2) de julio de 2017, se realizará la votación para la Revocatoria del Mandato del Alcalde en el municipio de Icononzo, Tolima, siendo necesario fijar los términos de entrega para los corregimientos de dicho municipio.

En mérito de lo anterior,

RESUELVE:

Artículo 1°. Fijar para la votación de la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de Icononzo, Tolima, los términos de entrega a los respectivos Claveros de los documentos electorales de los corregimientos pertenecientes al municipio, en la fecha y hora que a continuación se indica:

Lugar	Fecha	Hora
Balconcitos	3/07/2017	1:00 p.m.
Boquerón	3/07/2017	1:00 p.m.
Nuevo Mundo	3/07/2017	1:00 p.m.
Paticuinde	3/07/2017	1:00 p.m.
Yopal	3/07/2017	1:00 p.m.

Artículo 2°. La presente resolución rige a partir de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Junio 9 de 2017.

El Registrador Nacional del Estado Civil,

Juan Carlos Galindo Vácha.
(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 6073 DE 2017

(junio 9)

por la cual se fijan los términos de entrega de los documentos electorales para la votación de la Consulta Popular del municipio de Pijao, Quindío que se realizará el nueve (9) de julio de 2017.

El Registrador Nacional del Estado Civil, en uso de las atribuciones conferidas por los artículos 26, numeral 12 del Decreto 2241 de 1986 (Código Electoral), artículos 5° y 36 del Decreto 1010 de 2000, artículo 42 de la Ley 1475 de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con el numeral 12 del artículo 26 del Código Electoral, corresponde al Registrador Nacional del Estado Civil, dictar y hacer conocer las Resoluciones que fijen los términos para la entrega de pliegos electorales de los corregimientos, inspecciones de policía y sectores rurales al respectivo Registrador del Estado Civil.

Que el artículo 5° numeral 11 del Decreto 1010 de 2000, establece como función de la Registraduría Nacional del Estado Civil, dirigir y organizar el proceso electoral y demás mecanismos de participación ciudadana y elaborar los respectivos calendarios electorales.

Que el artículo 36, numeral 13 del Decreto 1010 de 2000, establece que le corresponde a la Dirección de Gestión Electoral, elaborar las resoluciones que fijen los términos para la entrega de documentos electorales.

Que el artículo 42, inciso segundo de la Ley 1475 de 2011, faculta al Registrador Nacional del Estado Civil para fijar los términos de entrega de documentos electorales de los corregimientos, inspecciones de policía o sectores rurales a los correspondientes Claveros.

Que tales documentos deben ser conducidos por los Delegados del Registrador del Estado Civil y entregados a los Claveros respectivos dentro de los términos que se les señale, conforme al inciso 2° del artículo 144 del Código Electoral.

Que mediante Decreto número 024 del 18 de mayo de 2017, proferido por el Alcalde del municipio de Pijao, Quindío, se convoca a Consulta Popular.

Que de acuerdo con lo anterior, el nueve (9) de julio de 2017, se realizará la Consulta Popular en el municipio de Pijao, siendo necesario fijar los términos de entrega para los corregimientos de dicho municipio.

En mérito de lo anterior,

RESUELVE:

Artículo 1°. Fijar para la Consulta Popular del municipio de Pijao, Quindío, el término de entrega a los respectivos Claveros de los documentos electorales de los corregimientos pertenecientes al municipio, en la fecha y hora que a continuación se indica:

Lugar	Fecha	Hora
Barragán	10/07/2017	9:00 a.m.
La Mariela	10/07/2017	9:00 a.m.
Maizena Alta	10/07/2017	9:00 a.m.

Artículo 2°. La presente resolución rige a partir de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Junio 9 de 2017.

El Registrador Nacional del Estado Civil,

Juan Carlos Galindo Vácha.
(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 6074 DE 2017

(junio 9)

por la cual se fijan los términos de entrega de los documentos electorales para la votación de la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de Barrancabermeja, Santander que se realizará el dos (2) de julio de 2017.

El Registrador Nacional del Estado Civil, en uso de las atribuciones conferidas por los artículos 26, numeral 12 del Decreto 2241 de 1986 (Código Electoral), artículos 5° y 36 del Decreto 1010 de 2000, artículo 42 de la Ley 1475 de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con el numeral 12 del artículo 26 del Código Electoral, corresponde al Registrador Nacional del Estado Civil, dictar y hacer conocer las Resoluciones que fijen los términos para la entrega de pliegos electorales de los corregimientos, inspecciones de policía y sectores rurales al respectivo Registrador del Estado Civil.

Que el artículo 5° numeral 11 del Decreto 1010 de 2000, establece como función de la Registraduría Nacional del Estado Civil, dirigir y organizar el proceso electoral y demás mecanismos de participación ciudadana y elaborar los respectivos calendarios electorales.

Que el artículo 36, numeral 13 del Decreto 1010 de 2000, establece que le corresponde a la Dirección de Gestión Electoral, elaborar las resoluciones que fijen los términos para la entrega de documentos electorales.

Que el artículo 42, inciso segundo de la Ley 1475 de 2011, faculta al Registrador Nacional del Estado Civil para fijar los términos de entrega de documentos electorales de los corregimientos, inspecciones de policía o sectores rurales a los correspondientes Claveros.

Que tales documentos deben ser conducidos por los Delegados del Registrador del Estado Civil y entregados a los Claveros respectivos dentro de los términos que se les señale, conforme al inciso 2° del artículo 144 del Código Electoral.

Que mediante Decreto número 00108 del 2 de junio de 2017, proferido por el Gobernador del departamento de Santander, se convoca a una votación para revocar el mandato del Alcalde del municipio de Barrancabermeja.

Que de acuerdo con lo anterior, el dos (2) de julio de 2017, se realizará la votación para la Revocatoria del Mandato del Alcalde en el municipio de Barrancabermeja, Santander, siendo necesario fijar los términos de entrega para los corregimientos de dicho municipio.

En mérito de lo anterior,

RESUELVE:

Artículo 1°. Fijar para la votación de la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de Barrancabermeja, Santander, los términos de entrega a los respectivos Claveros de los documentos electorales de los corregimientos pertenecientes al municipio, en la fecha y hora que a continuación se indica:

Lugar	Fecha	Hora
El Centro	03/07/2017	6:00 p.m.
El Llanito	03/07/2017	6:00 p.m.
La Fortuna Autopista	03/07/2017	6:00 p.m.
Meseta de San Rafael	03/07/2017	6:00 p.m.
San Rafael de Chucuri	07/07/2017	6:00 p.m.
Ciénaga del Opón	07/07/2017	6:00 p.m.

Artículo 2°. La presente resolución rige a partir de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Junio 9 de 2017.

El Registrador Nacional del Estado Civil,

Juan Carlos Galindo Vácha.

(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 6075 DE 2017

(junio 9)

por la cual se fijan los términos de entrega de los documentos electorales para la votación de la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de El Carmen de Bolívar, Bolívar que se realizará el nueve (9) de julio de 2017.

El Registrador Nacional del Estado Civil, en uso de las atribuciones conferidas por los artículos 26, numeral 12 del Decreto 2241 de 1986 (Código Electoral), artículos 5° y 36 del Decreto 1010 de 2000, artículo 42 de la Ley 1475 de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con el numeral 12 del artículo 26 del Código Electoral, corresponde al Registrador Nacional del Estado Civil, dictar y hacer conocer las Resoluciones que fijan los términos para la entrega de pliegos electorales de los corregimientos, inspecciones de policía y sectores rurales al respectivo Registrador del Estado Civil.

Que el artículo 5° numeral 11 del Decreto 1010 de 2000, establece como función de la Registraduría Nacional del Estado Civil, dirigir y organizar el proceso electoral y demás mecanismos de participación ciudadana y elaborar los respectivos calendarios electorales.

Que el artículo 36, numeral 13 del Decreto 1010 de 2000, establece que le corresponde a la Dirección de Gestión Electoral, elaborar las resoluciones que fijan los términos para la entrega de documentos electorales.

Que el artículo 42, inciso segundo de la Ley 1475 de 2011, faculta al Registrador Nacional del Estado Civil para fijar los términos de entrega de documentos electorales de los corregimientos, inspecciones de policía o sectores rurales a los correspondientes Claveros.

Que tales documentos deben ser conducidos por los Delegados del Registrador del Estado Civil y entregados a los Claveros respectivos dentro de los términos que se les señale, conforme al inciso 2° del artículo 144 del Código Electoral.

Que mediante Decreto número 787 del 22 de mayo de 2017, proferido por el Gobernador del departamento de Bolívar, se convoca a una votación para revocar el mandato del Alcalde del municipio de El Carmen de Bolívar.

Que de acuerdo con lo anterior, el nueve (9) de julio de 2017, se realizará la votación para la Revocatoria del Mandato del Alcalde en el municipio de El Carmen de Bolívar, Bolívar, siendo necesario fijar los términos de entrega para los corregimientos de dicho municipio.

En mérito de lo anterior,

RESUELVE:

Artículo 1°. Fijar para la votación de la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de El Carmen de Bolívar, Bolívar, los términos de entrega a los respectivos Claveros de los documentos electorales de los corregimientos pertenecientes al municipio, en la fecha y hora que a continuación se indica:

Lugar	Fecha	Hora
Bajo Grande	10/07/2017	6:00 p.m.
Caracolí	10/07/2017	6:00 p.m.
Centro Alegre	10/07/2017	6:00 p.m.
El Hobo	10/07/2017	6:00 p.m.
El Salado	10/07/2017	6:00 p.m.
Guamanga	10/07/2017	6:00 p.m.
Hato Nuevo	10/07/2017	6:00 p.m.
Jesús del Monte	10/07/2017	6:00 p.m.
Canzona	10/07/2017	6:00 p.m.
La Sierra	10/07/2017	6:00 p.m.
Macayepo	10/07/2017	6:00 p.m.
Lázaro	10/07/2017	6:00 p.m.
Arenas	10/07/2017	6:00 p.m.
Raizal Santa Lucía	10/07/2017	6:00 p.m.
San Carlos	10/07/2017	6:00 p.m.
San Isidro	10/07/2017	6:00 p.m.
Santo Domingo de Meza	10/07/2017	6:00 p.m.
Verdum	10/07/2017	6:00 p.m.

Artículo 2°. La presente resolución rige a partir de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Junio 9 de 2017.

El Registrador Nacional del Estado Civil,

Juan Carlos Galindo Vácha.

(C. F.).

Secretaría de Educación del departamento de Cundinamarca

EDICTOS

La suscrita Directora de Personal de Instituciones Educativas de la Secretaría de Educación del departamento de Cundinamarca,

CITA Y EMPLAZA:

A todas las personas que se crean con derecho a reclamar prestaciones sociales y económicas del docente Gregorio Magno Gaviria Alvis, quien se identificaba con la cédula de ciudadanía número 9056276 de Cartagena, que prestaba sus servicios al departamento de Cundinamarca y que dejó de existir el día dieciséis (16) de marzo de 2017.

Se ha presentado a reclamar la señora Luz Marina García de Gaviria que se identifica con la cédula de ciudadanía número 21109891 de Villeta, en calidad de cónyuge del educador fallecido.

Dada en Bogotá, D. C., a 13 de junio de 2017.

Mariluz López Cortés.

Segundo aviso.

Imprenta Nacional de Colombia. Recibo 21700978. 13-VI-2017. Valor \$55.800.

DIARIO OFICIAL
Publicación institucional de la Imprenta Nacional

Esta publicación dio comienzo al **periodismo diario** en Colombia con la aparición de su primer número el **30 de abril de 1864**. Como **documento histórico**, recoge día a día el ocurrir legal de la Nación.

Desde entonces son muchos los aportes que el Diario Oficial le ha hecho al país, pues en él ha quedado registrada la **historia jurídica de la Nación**.

En este momento adelantamos el producto Diario Oficial Digital, que contiene todas sus ediciones y que el público podrá adquirir próximamente en CD.

PUBLIQUE SUS EDICTOS Y AVISOS CON NOSOTROS

+ tamaño
Para nosotros su información es importante

— precio \$54.500
El mejor del mercado (Edictos, autos, avisos o sentencias judiciales, avisos de liquidación, reclamación, entre otros)

CONTENIDO

MINISTERIO DEL INTERIOR		Págs.
Decreto número 1038 de 2017, por el cual cesan los efectos de un decreto en cumplimiento de una sentencia judicial.....	1	1
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL		
Dirección Ejecutiva de la Justicia Penal Militar		
Resolución número 000291 de 2017, por la cual se deroga la Resolución número 000209 de 8 de abril de 2016, se disponen repartos, se cambian y fijan sedes y se asignan unidades policiales y militares a los despachos judiciales de la Justicia Penal Militar y Policial de la Primera Instancia adscritos a la Policía Nacional y se dictan otras disposiciones.	1	1
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL		
Resolución número 001904 de 2017, por medio de la cual se adopta el reglamento en cumplimiento de lo ordenado en la orden décima primera de la Sentencia T-573 de 2016 de la Corte Constitucional y se dictan otras disposiciones.	10	10
Resolución número 002063 de 2017, por la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud (PPSS).	20	20
Resolución número 002064 de 2017, por la cual se adopta el instrumento para el reporte de información de los servicios y tecnologías en salud negados y aprobados por el CTC, y suministrados a los afiliados del Régimen Subsidiado.	35	35
departamento administrativo del deporte, la recreación, la actividad física y el aprovechamiento del tiempo libre		
Resolución número 000012 de 2017, por la cual se deja sin efecto la Resolución número 000547 del 12 de julio de 2010.....	45	45
Circular externa número 001 de 2017.....	45	45
SUPERINTENDENCIAS		
Superintendencia de la Economía Solidaria		
Circular externa número 09 de 2017.....	46	46
UNIDADES ADMINISTRATIVAS ESPECIALES		
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales		
Resolución número 000033 de 2017, por la cual se adopta el registro de activos de información, el índice de información clasificada y reservada y el esquema de publicación de información, en la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales.	47	47
Resolución número 000034 de 2017, por la cual se crean los Comités Especiales de Conciliación y Terminación por Mutuo Acuerdo en las Direcciones Seccionales de Impuestos, de Aduanas y de Impuestos y Aduanas y se establece el trámite interno de las solicitudes de conciliación y terminación por mutuo acuerdo de que tratan los artículos 305 y 306 de la Ley 1819 de 2016.....	48	48
Resolución número 004035 de 2017, por la cual se efectúan unos nombramientos con carácter provisional.	49	49
Resolución número 004036 de 2017, por la cual se efectúan unos nombramientos con carácter provisional.	51	51
Resolución número 000035 de 2017, por la cual se reglamenta el Decreto 1567 del 31 de julio de 2015, correspondiente al Programa de Fomento para la Industria Automotriz y se dictan otras disposiciones.....	51	51
Circular número 12757000002841 de 2017	54	54
Subdirección de Gestión de Recursos Físicos		
La Coordinación de Notificaciones procede a publicar actos	56	56
Unidad Administrativa Especial de Pensiones		
El Subdirector de Prestaciones Económicas hace saber que el señor Alcides Espitia falleció.	57	57
EMPRESAS INDUSTRIALES Y COMERCIALES DEL ESTADO		
Caja Promotora de Vivienda Militar y de Policía		
Acuerdo número 03 de 2017, por medio del cual se adoptan condiciones y mecanismos para continuar facilitando a los afiliados la solución de vivienda y se dictan otras disposiciones.	57	57
VARIOS		
Contraloría General de la República		
Resolución organizacional número OGZ – 0587 de 2017, por la cual se traslada un cargo de la planta global de la Contraloría General de la República	58	58
Resolución organizacional número OGZ – 0589 de 2017, por la cual se trasladan unos cargos.....	58	58
Registraduría Nacional del Estado Civil		
Resolución número 6063 de 2017, por medio de la cual se fija el número de ciudadanos que pueden sufragar en las mesas de votación para la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de Barrancabermeja, Santander, a realizarse el dos (2) de julio de 2017.....	59	59
Resolución número 6064 de 2017, por medio de la cual se fija el número de ciudadanos que pueden sufragar en las mesas de votación para la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de Remolino, Magdalena, a realizarse el dieciocho (18) de junio de 2017.....	59	59

Resolución número 6065 de 2017, por medio de la cual se fija el número de ciudadanos que pueden sufragar en las mesas de votación para la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de Icononzo, Tolima, a realizarse el dos (2) de julio de 2017.	59
Resolución número 6066 de 2017, por medio de la cual se fija el número de ciudadanos que pueden sufragar en las mesas de votación para la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de El Carmen de Bolívar, Bolívar, a realizarse el nueve (9) de julio de 2017.	59
Resolución número 6067 de 2017, por medio de la cual se fija el número de ciudadanos que pueden sufragar en las mesas de votación para la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de San Antonio de Palmito, Sucre, a realizarse el nueve (9) de julio de 2017.....	60
Resolución número 6068 de 2017, por medio de la cual se fija el número de ciudadanos que pueden sufragar en las mesas de votación para la Consulta Popular del municipio de Arbeláez, Cundinamarca que se realizará el nueve (9) de julio de 2017.....	60
Resolución número 6069 de 2017, por medio de la cual se fija el número de ciudadanos que pueden sufragar en las mesas de votación para la Consulta Popular del municipio de Pijao, Quindío que se realizará el nueve (9) de julio de 2017.....	60
Resolución número 6070 de 2017, por la cual se fijan los términos de entrega de los documentos electorales para la votación de la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de Remolino, Magdalena que se realizará el dieciocho (18) de junio de 2017.	60
Resolución número 6071 de 2017, por la cual se fijan los términos de entrega de los documentos electorales para la votación de la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de San Antonio de Palmito, Sucre que se realizará el nueve (9) de julio de 2017.	61
Resolución número 6072 de 2017, por la cual se fijan los términos de entrega de los documentos electorales para la votación de la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de Icononzo, Tolima que se realizará el dos (2) de julio de 2017.....	62
Resolución número 6073 de 2017, por la cual se fijan los términos de entrega de los documentos electorales para la votación de la Consulta Popular del municipio de Pijao, Quindío que se realizará el nueve (9) de julio de 2017.	62
Resolución número 6074 de 2017, por la cual se fijan los términos de entrega de los documentos electorales para la votación de la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de Barrancabermeja, Santander que se realizará el dos (2) de julio de 2017.	62
Resolución número 6075 de 2017, por la cual se fijan los términos de entrega de los documentos electorales para la votación de la Revocatoria del Mandato del Alcalde del municipio de El Carmen de Bolívar, Bolívar que se realizará el nueve (9) de julio de 2017.....	63
Secretaría de Educación del departamento de Cundinamarca	
La suscrita Directora de Personal de Instituciones Educativas de la Secretaría de Educación del departamento de Cundinamarca cita y emplaza a Gregorio Magno Gaviria Alvis	63

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2017

COMUNICACIÓN GRÁFICA

Ofrecemos productos y servicios que **posicionarán la imagen** de su empresa.

- Campañas de publicidad
- Servicio Hosting
- Material promocional

