

## Banco Distrital de Programas y Proyectos Ficha EBI-D

Fecha:

Enero /2018

Estado:

Inscrito

Registrado

Actualizado

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 1. Identificación

BANCO:	Distrital de Programas y Proyectos
ENTIDAD:	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
PROYECTO ESTRATEGICO:	ATENCION INTEGRAL EN SALUD
PROYECTO:	ATENCIÓN A LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA (PPNA), VINCULADOS Y NO POS-S

### 2. Clasificación

SECTOR:	SALUD
PLAN DE DESARROLLO:	BOGOTA MEJOR PARA TODOS
PILAR:	IGUALDAD DE CALIDAD DE VIDA
PROGRAMA:	ATENCION INTEGRAL Y EFICIENTE EN SALUD
META PLAN	1. Garantizar la atención al 100% de la población pobre no asegurada (vinculados) que demande los servicios de salud y la prestación de los servicios de salud No POS-S.

### 3. Localización Geográfica

Localización:	El proyecto se localiza en Bogotá D.C., con cubrimiento para las veinte localidades: 1 Usaquén, 2 Chapinero, 3 Santa fe, 4 San Cristóbal, 5 Usme, 6 Tunjuelito, 7 Bosa, 8 Kennedy, 9 Fontibón, 10 Engativá, 11 Suba, 12 Barrios Unidos, 13 Teusaquillo, 14 Mártires, 15 Antonio Nariño, 16 Puente Aranda, 17 Candelaria, 18 Rafael Uribe, 19 Ciudad Bolívar y 20 Sumapaz. Comprendiendo las zonas urbana y rural y el 100% de la población de la ciudad.
---------------	---



#### 4. Problema y su Justificación

##### **PROBLEMA**

Existencia permanente de un grupo poblacional que no se encuentra vinculado a ninguno de los dos regímenes de Salud existentes (Contributivo – Subsidiado), a los cuales se les debe garantizar la atención en salud por parte de la Entidad Territorial (que aunque sea en forma transitoria tiene una dinámica constante).

##### **JUSTIFICACION**

En Bogotá D.C, con corte a 30 de Noviembre 2017, la distribución de la afiliación al SGSSS se encuentra en mayor proporción en el régimen contributivo con el 77% (6.221.681), seguida de la población afiliada al régimen subsidiado que constituye el 14,4% (1.163.475) y los regímenes especiales y de excepción cuentan con el 2,6% (210.294). Quedando un remanente del 6% de Población Pobre No Asegurada-Vinculada, que no se encuentra afiliada a ninguno de los regímenes. Esta última población demandan servicios de salud los cuales son brindados principalmente a través de la Red Pública Distrital, junto con un grupo de personas encuestadas que no se pueden afiliar al subsidiado por puntaje SISBEN superior, así como aquellas No Encuestadas y No Afiliadas atendidas por el FFDS y la estimación de las personas No Encuestadas No Afiliadas que no han sido atendidos en la red pública son potencialmente usuarios que podrían llegar a demandar servicios.

Por otro lado, se encuentra la población del régimen subsidiado que requiere de servicios y atenciones no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud a los cuales la entidad territorial debe garantizar la prestación de los mismos con el fin de responder efectivamente al derecho a la salud de esta población.

La política de aseguramiento en salud tiene como propósito proteger financieramente a la población frente a los riesgos asociados a la salud para lo cual el sistema cubre, a través de las EPS, en el nivel individual, las acciones de prevención, atención, tratamiento y rehabilitación<sup>1</sup> que para la población Pobre No asegurada debe ser garantizada por parte de la Entidad Territorial.

1 Ministerio de la Protección Social. Informe Anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la Republica y Cámara de Representantes 2008 – 2009. Pág. 1

## 5. DESCRIPCIÓN

El desarrollo de este proyecto tiene como fin último **garantizar el acceso a los servicios de salud para a Población Pobre No Asegurada-PPNA y Vinculada**, con lo que se fomentará la mejora en los resultados en salud para la población bogotana en general, para este propósito la Entidad Territorial adelantará las gestiones necesarias para la contratación de los servicios de salud con la Red Pública Distrital, lo que posibilitará que esta población se beneficie de la adopción y puesta en marcha de un nuevo *Modelo de Atención en Salud* sustentado en la Estrategia de Atención Primaria resolutive y la gestión compartida del riesgo, con una atención en salud que presenta una gran fortaleza en intervenciones de promoción y prevención y la gestión de riesgos individuales y colectivos.

Por lo anterior, este proyecto se sustenta en estrategias de trabajo coordinado entre los agentes del sistema en la ciudad, tendientes a que se logre la integralidad de los servicios de salud y la continuidad de la atención que requiera la Población Pobre no Asegurada -Vinculados según sus necesidades identificadas, con el concurso y la corresponsabilidad de los agentes sociales de la ciudad, individuos, familias y la comunidad, que conlleven al cambio en los patrones de consumo y al autocuidado de los ciudadanos.

Teniendo en cuenta que la Ley 715 de 2011 establece dentro de las competencias de las entidades territoriales que estas deben gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas; la Población Pobre No asegurada – Vinculados está conformada por las siguientes poblaciones:

1. Encuestados SISBEN, clasificados en los Niveles 1 y 2, no afiliados a EPS: A estas personas sólo se les atiende urgencias y son direccionados por el prestador para que realice la libre elección y afiliación a una EPS del Régimen Subsidiado.
2. Encuestados SISBEN con puntaje superior, no afiliados a ninguna EPS: A estas personas se les verifica la no capacidad de pago, la no capacidad de afiliarse al Régimen Contributivo y se atienden aplicado lo establecido en el Artículo 18 del Decreto 2357 de 1995. En el cálculo de las proyecciones, ésta población no disminuye dado que no pueden ingresar a alguno de los dos regímenes del SGSSS.
3. No encuestados por el SISBEN, no afiliados a EPS: A estas personas se les verifica la no capacidad de pago, la no capacidad de afiliarse al Régimen Contributivo y se direccionan para que soliciten la realización de la encuesta SISBEN. Está población no es cuantificable directamente debido

a que no se encuentra registrada en las bases de datos, por lo tanto se realiza un estimado con base en la proyección del DANE para la población del Distrito Capital.

4. Trabajadores independientes que se encuentran suspendidos en el Régimen Contributivo que según lo establecido en el Decreto 2353 de 2015, tal como ya se describió arriba.

La Población Pobre No Asegurada-PPNA y Vinculada, será atendida principalmente a través de la red pública distrital lo que posibilitará que se beneficie de la puesta en marcha del nuevo modelo de atención y prestación de servicios que conlleva la transformación de la estructura de operación y de gestión del actual modelo de salud,, lo cual permitirá la atención integral e integrada de esta población para dar respuesta a sus necesidades y expectativas en salud adicionalmente bajo el reconocimiento de las diferencias del curso de vida, de género, generación, etnia y grupos vulnerables con énfasis en la promoción y protección de la salud y la gestión de riesgos individuales y colectivos.

De otra parte al ser atendida en la red Pública Distrital la población pobre no asegurada – vinculada Adicionalmente, este proyecto se sustenta en estrategias de trabajo coordinado entre los agentes del sistema en la ciudad, tendientes a que se logre la integralidad de los servicios de salud y la continuidad de la atención que requiera la población según las necesidades identificadas, con el concurso y la corresponsabilidad de los agentes sociales de la ciudad, individuos, familias y la comunidad, que conlleven al cambio en los patrones de consumo y al autocuidado de los ciudadanos.

Con este proyecto se busca dar respuesta a las necesidades poblacionales mediante la aplicación de un modelo de salud que beneficie a toda la población sin distinciones; un modelo fundamentado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) resolutive; que sea incluyente, que convoque y comprometa, que no segregue; que permita construir, con las acciones e intervenciones de los diferentes planes de beneficios del SGSSS, los pilares para afectar positivamente los determinantes del proceso salud-enfermedad, mitigar y controlar los riesgos y procurar condiciones nuevas para la población, en pro de la salud y la calidad de vida.

Así mismo al atender a la Población Pobre No Asegurada predominantemente en la Red Pública Distrital con el desarrollo de las actividades propuestas bajo un modelo de atención en salud integral e incluyente, reorientado hacia la prestación de los servicios de salud en redes integrales de prestadores de

servicios, se pretende beneficiarla con un mejor atención en salud , con disminución de las barreras de acceso y mejoras en la calidad de la prestación de los servicios, de tal forma que la Entidad Territorial responda efectivamente a las necesidades de salud de esta población.

Por otra parte la Población Pobre No Asegurada – Vinculada se verá beneficiada por el fortalecimiento de la operación de la salud pública que se emprenderá en la ciudad en el contexto de la salud urbana como modelo basado en un pacto social y sustentado en la responsabilidad compartida, la participación inclusiva y la gobernanza representativa de todos los sectores de la sociedad, siendo esto un desafío para reducir inequidades y desigualdades lo que beneficiará principalmente a los grupos poblacionales más vulnerables.

De igual manera la Población Pobre No Asegurada – Vinculada se verá beneficiada con la instauración de la Comisión Intersectorial en Salud y del Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud, pues se fomentará la articulación intersectorial, que permita superar la débil respuesta estatal en la mitigación y control de los riesgos así como la intervención sobre los determinantes sociales de la salud de la población del Distrito Capital.

Finalmente, al incluir a La Población Pobre No Afiliada en la atención que se brindará en la Red Pública Distrital con la puesta en marcha del nuevo modelo de atención este proyecto fomentara la implementación de respuestas integrales del sector salud en coordinación con otros sectores y la comunidad, para promover el acceso y abordaje efectivo a través del gestión compartida del riesgo y de la intervención de los factores ya mencionados, el daño acumulado para disminuir la carga de la enfermedad y la discapacidad de los individuos y sus familias, a través de la articulación de acciones que den respuesta integral e integrada a las necesidades de salud identificadas y la correspondiente atención efectiva de las personas de acuerdo al riesgo en salud identificado utilizando como instrumento central las denominadas Rutas Integrales de Atención en Salud las cuales posibilitaran el acceso real y efectivo a los servicios de salud con oportunidad, continuidad, integralidad, resolutivez y calidad promoviendo una relación equilibrada entre el asegurador y el prestador.

## 6. OBJETIVOS

### A. OBJETIVO GENERAL:

Garantizar las condiciones necesarias para la atención de la Población Pobre No Asegurada –Vinculada y las atenciones No POS a la población del régimen subsidiado del Distrito Capital, mediante la rectoría y la gestión, asegurando el acceso efectivo a los servicios de salud.

### B. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Objetivo 1. Garantizar la prestación los servicios de salud de la Población Pobre No Asegurada del Distrito Capital a través de Red Pública Distrital.

Objetivo2. Garantizar la prestación de la atención de la Población Pobre No Asegurada del Distrito Capital en los servicios deficitarios o inexistentes en la Red Pública Distrital.

Objetivo 3. Gestionar el Financiamiento de las atenciones en salud NO POS para la población de Régimen Subsidiado a cargo de la Entidad Territorial en la red contratada y No contratada.

## 7. METAS

Id 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada							
Detalle de la Meta	Unidad de Medida	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Garantizar la atención al 100% de la población pobre no asegurada (vinculados) que demande los servicios de salud y la prestación de los servicios de salud No POS-S.	Porcentaje	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Esta meta incluye las siguientes poblaciones:

- Encuestados Sisbén con puntaje superior a 54,86.
- No encuestados No afiliados con instrumento provisional o estudio de caso
- Trabajadores independientes con su núcleo familiar suspendidos del Régimen Contributivo que por Decreto 780 de 2016 deben ser atendidos por el Ente Territorial. Las cuales se describen a continuación.



## 8. GRUPO OBJETIVO:

Grupo Objetivo[*]	Años del Proyecto / Años Calendario				
	0	01	02	03	04
	2016	2017 ***	2018	2019	2020
Población con encuesta SISBEN, clasificados en los Niveles 1 y 2, no afiliados a EPS	41.376	36.766	33.545	30.607	27.926
Población con encuesta SISBEN puntaje mayor a 54,86**	8.033	8.503	8.973	9.443	9.913
Población No Encuestada- No Afiliados atendidos por el Fondo Financiero Distrital de salud	50.640	51.268	51.904	52.547	53.199
Población estimada que son independientes o suspendidos del régimen contributivo	30.980	31.364	31.753	32.147	32.545

Fuentes: Contributivo BDUa – Subsidiado BDUa – Base de datos SISBÉN certificada DNP DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. Cruce RIPS 2015 con SISBEN y BDUa Estimaciones Dirección de Aseguramiento SDS. Proyecciones poblacionales DANE 2016 -202

[\*] El Grupo objetivo no es sumatorio para todos los años del proyecto ni por categorías de población, el dato corresponde al proyectado para el cierre de cada año según la información reportada por cada fuente por lo que se consideran estimaciones.

[\*\*] Esta población corresponde a una estimación que incluye: Encuestados SISBÉN con puntaje superior a 54,86, No encuestados No afiliados con instrumento provisional o estudio de caso y trabajadores independientes con su núcleo familiar suspendidos del Régimen Contributivo que por Decreto 780 de 2016 deben ser atendidos por el Ente Territorial. Por lo anterior el dato es susceptible de modificación teniendo en cuenta los cambios normativos con relación a la afiliación al SGSSS.

[\*\*\*] Esta población corresponde a estimaciones a 31/diciembre/2017, realizadas en el plan financiero Territorial (Agosto/2017)

## Características del grupo objetivo

### Estructura y dinámica de la población objetivo:

La Población Pobre No Asegurada – Vinculada, incluye a:

- Aunque sea en forma transitoria la Población Susceptible de afiliarse al régimen subsidiado.
- Las personas que tienen encuesta SISBÉN con puntaje superior a 54,86 que al momento de la atención declaran bajo la gravedad de Juramento, que no tienen capacidad de pago pues no cuentan con recursos.
- La población que aún no ha sido encuestada por SISBÉN y por tanto no pueden ser afiliados a quienes en la Red Pública Distrital se les aplica “El Instrumento Provisional” o el “Estudio de Caso”.
- Por otra parte también se incluyen “los trabajadores independientes con su núcleo familiar suspendidos del Régimen Contributivo por no capacidad de pago” quienes según lo establecido en el Decreto 0780 de 2016, deben ser atendidos por el Ente Territorial, con cargo al subsidio a la oferta.

### Identificación de la población Atendida

Durante el año 2015 se atendieron en la red adscrita y no adscrita a la entidad territorial un total de 129.945 personas clasificadas como población Pobre No asegurada –vinculados, de las cuales el 42% correspondió al ciclo vital adulto, el 23% a Joven y el 17 a primera infancia, los demás ciclo vitales presentaron una proporción de menos del 10% cada uno. A continuación se presenta la distribución de la población Pobre No asegurada atendida para el año 2015:

Ciclo vital	Rangos	2015	%
Primera infancia	0 - 5 años	22.557	17%
Infancia	c. 6 - 13 años	6.833	5%
Adolescencia	d. 14 - 17 años	5.169	4%
Joven	e. 18 - 26 años	29.315	23%
Adulto	f. 27 - 59 años	54.839	42%
Adulto mayor	g. 60 años y más	11.232	9%
TOTAL		129.945	100%

Fuente: RIPS PPNA corte diciembre 2015.

### **Identificación de la población por atender**

La población a atender corresponde a las proyecciones o estimaciones establecidas para cada una de las clasificaciones o tipos de población las cuales dependen de las diferentes fuentes de información. A continuación se identifica cada grupo de población objeto

- Población con encuesta SISBEN, clasificados en los Niveles 1 y 2, no afiliados a EPS

Esta población debe ser atendida bajo la responsabilidad de la Entidad Territorial al menos en el lapso en que efectivamente se afilian al régimen subsidiado, por esto se incluye como población objeto de este proyecto la Población Susceptible de afiliar, la cual se proyecta en términos de disminución dado que para el Plan de Desarrollo Distrital se tiene como uno de los objetivos la universalización del aseguramiento.

En ese orden de ideas se estima que para el primer año (2.016) habría 41.376 personas susceptibles de afiliar al Régimen Subsidiado y para la finalización del cuatrienio, es decir en el año 2020, se tendrían 27.926 personas susceptibles de afiliar al Régimen Subsidiado. Dentro de las características sociodemográficas el ciclo del curso de vida el que representaría la mayor proporción dentro de la población susceptible de afiliar al régimen subsidiado es el correspondiente a Infancia con el 60% y que el grupo de menor representación lo constituye el menor de un año con el 1%.

<b>POBLACIÓN DIRECTA - Población con encuesta SISBEN, clasificados en los Niveles 1 y 2, no afiliados a EPS</b>							
<b>Ciclo vital</b>	<b>Rangos</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>Porcentaje</b>
Primera Infancia	a. Menor de 1 año	597	530	484	442	403	1%
	b. 1 - 5 años	2.272	2.019	1.842	1.681	1.533	5%
Infancia	c. 6 - 13 años	24.704	21.952	20.028	18.274	16.674	60%
Adolescencia	d. 14 - 17 años	3.533	3.139	2.864	2.613	2.385	9%
Joven	e. 18 - 26 años	2.516	2.236	2.040	1.861	1.698	6%
Adulto	f. 27 - 59 años	5.458	4.850	4.425	4.037	3.684	13%
Vejez	g. 60 años y más	2.296	2.040	1.861	1.698	1.550	6%
<b>TOTAL</b>		<b>41.376</b>	<b>36.766</b>	<b>33.545</b>	<b>30.607</b>	<b>27.926</b>	<b>100%</b>

Fuentes: Base de datos SISBÉN certificada DNP DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. Estimaciones Dirección de Aseguramiento SDS. Proyecciones poblacionales DANE 2016 -2020 Población con encuesta SISBEN puntaje mayor a 54,86

Otra población a tener en cuenta como objeto de éste proyecto es la población Vinculada, población incluida en la Ley 100 según su Artículo 157 “ ....**B. Personas vinculadas al Sistema.** *Los participantes vinculados son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado...*” esta población debe ser incluida en el proyecto, aunque no se haya tenido en cuenta en los cálculos del Ministerio de Salud y Protección Social, ya que del comportamiento histórico de implementación del sistema se observa que, efectivamente demanda los servicios de salud, en ella se incluye:

- Las personas que tienen encuesta Sisben con puntaje superior a 54,86 que al momento de la atención declaran bajo la gravedad de Juramento, que no tienen capacidad de pago pues no cuentan con recursos.
- La población que aún no ha sido encuestada por SISBEN y por tanto no pueden ser afiliados a quienes en la Red Pública Distrital se les aplica “El Instrumento Provisional” o el “Estudio de Caso”
- Por otra parte también se incluyen “los trabajadores independientes con su núcleo familiar suspendidos del Régimen Contributivo por no capacidad de pago “quienes según lo establecido en el Decreto 0780 de 2016, deben ser atendidos por el Ente Territorial, con cargo al subsidio a la oferta.

Es de resaltar que dentro de esta población no se incluye la población menor de 18 años dado que en el decreto 780 de 2016 en su artículo 2.1.3.9 en el parágrafo 4, establece las normas afiliación del recién nacido haciéndolas extensivas a todos los menores de edad.

POBLACIÓN DIRECTA - Población con encuesta SISBEN puntaje mayor a 54,86							
Ciclo vital	Rangos	2016	2017	2018	2019	2020	Porcentaje
Primera Infancia	a. Menor de 1 año	0					0%
	b. 1 - 5 años	0					0%
Infancia	c. 6 - 13 años	0					0%
Adolescencia	d. 14 - 17 años	0					0%



<b>POBLACIÓN DIRECTA - Población con encuesta SISBEN puntaje mayor a 54,86</b>							
Ciclo vital	Rangos	2016	2017	2018	2019	2020	Porcentaje
Joven	e. 18 - 26 años	1.154	987	1.000	1.012	1.024	16%
Adulto	f. 27 - 59 años	5.082	3.820	3.868	3.916	3.964	62%
Vejez	g. 60 años y más	1.797	1.387	1.404	1.422	1.439	22%
<b>TOTAL</b>		<b>8.033</b>	<b>6.195</b>	<b>6.272</b>	<b>6.349</b>	<b>6.428</b>	<b>100,0%</b>

Fuentes: Base de datos SISBÉN certificada DNP DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. Estimaciones Dirección de Aseguramiento SDS. Proyecciones poblacionales DANE 2016 -2020 Población No Encuestada- No Afiliados atendidos por el Fondo Financiero Distrital de salud

<b>POBLACIÓN DIRECTA - Población No Encuestada- No Afiliados atendidos por el Fondo Financiero Distrital de salud</b>							
Ciclo vital	Rangos	2016	2017	2018	2019	2020	Porcentaje
Primera Infancia	a. Menor de 1 año	247	250	253	257	260	0,5%
	b. 1 - 5 años	2.084	2.109	2.136	2.162	2.189	4,1%
Infancia	c. 6 - 13 años	4.605	4.662	4.720	4.778	4.838	9,1%
Adolescencia	d. 14 - 17 años	5.131	5.195	5.259	5.324	5.390	10,1%
Joven	e. 18 - 26 años	6.148	6.224	6.301	6.379	6.458	12,1%
Adulto	f. 27 - 59 años	23.788	24.083	24.381	24.684	24.990	47,0%
Vejez	g. 60 años y más	8.638	8.745	8.853	8.963	9.074	17,1%
<b>TOTAL</b>		<b>50.640</b>	<b>51.268</b>	<b>51.904</b>	<b>52.547</b>	<b>53.199</b>	<b>100,0%</b>

Fuentes: Base de datos SISBÉN certificada DNP DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. Cruce RIPS 2015 con SISBEN y BDUA Estimaciones Dirección de Aseguramiento SDS. Proyecciones poblacionales DANE 2016 -2020

Población estimada que son independientes o suspendidos del régimen contributivo:

<b>POBLACIÓN DIRECTA - Población estimada que son independientes o suspendidos del régimen contributivo</b>							
<b>Ciclo vital</b>	<b>Rangos</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>Porcentaje</b>
Primera Infancia	a. Menor de 1 año	151	153	155	157	159	0,5%
	b. 1 - 5 años	1.275	1.291	1.307	1.323	1.339	4,1%
Infancia	c. 6 - 13 años	2.817	2.852	2.888	2.923	2.960	9,1%
Adolescencia	d. 14 - 17 años	3.139	3.178	3.217	3.257	3.298	10,1%
Joven	e. 18 - 26 años	3.761	3.808	3.855	3.903	3.951	12,1%
Adulto	f. 27 - 59 años	14.553	14.733	14.916	15.101	15.288	47,0%
Vejez	g. 60 años y más	5.284	5.350	5.416	5.483	5.551	17,1%
<b>TOTAL</b>		<b>30.980</b>	<b>31.364</b>	<b>31.753</b>	<b>32.147</b>	<b>32.545</b>	<b>100,0%</b>

Fuentes: Contributivo BDUA – FOSYGA. Subsidiado BDUA – FOSYGA Base de datos SISBÉN certificada DNP DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. Cruce RIPS 2015 con SISBEN y BDUA Estimaciones Dirección de Aseguramiento SDS. Proyecciones poblacionales DANE 2016 -2020

Se estima que dada la dinámica migratoria y sociodemográfica y además teniendo en cuenta la culminación del proceso de Paz en Colombia, la migración hacia el Distrito Capital, estos grupos poblacionales podrían presentar un aumento durante los próximos cuatro años, por lo que debe ser tenido en cuenta al realizar el análisis de las proyecciones poblacionales que deben ser cubiertas bajo la responsabilidad de la Entidad Territorial, aún se implemente la universalización de aseguramiento social.

## 9. ESTUDIOS QUE RESPALDAN EL PROYECTO

<b>ACUERDOS Y COMPROMISOS INTERNACIONALES</b>	
<p><b>Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948</b></p>	<p>Se establece como el ideal para los pueblos y las naciones del Mundo. La actual Administración la plasma en su apuesta política, orientando las acciones para que tanto los individuos como las instituciones, aseguren de forma progresiva, su reconocimiento y aplicación universal y efectiva, reduciendo las inequidades, reconociendo la salud como un derecho fundamental. Este compromiso del Estado colombiano se ratifica en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>31</sup>, que reconoce que los estados tienen tres tipos de obligaciones de respetar, proteger y garantizar los derechos. Este Pacto fue adoptado por Colombia mediante la Ley 74 de 1968. Otro importante compromiso internacional, frente a los derechos ambientales, es el Protocolo de Kioto, suscrito el diciembre de 1997 y ratificado por Colombia mediante la Ley 629 de 2000.</p>
<p><b>Objetivos de Desarrollo sostenible del 2015 al 2030</b></p>	<p>Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible — aprobada por los dirigentes mundiales en septiembre de 2015 en una cumbre histórica de las Naciones Unidas — entraron en vigor oficialmente el 1 de enero de 2016. Con estos nuevos Objetivos de aplicación universal, en los próximos 15 años los países intensificarán los esfuerzos para poner fin a la pobreza en todas sus formas, reducir la desigualdad y luchar contra el cambio climático garantizando, al mismo tiempo, que nadie se quede atrás.</p>
<p><b>Agenda de Salud para las Américas 2008–2017</b></p>	<p>El 3 de junio del 2007, se firma en la Ciudad de Panamá por los Ministros y Secretarios de Salud de las Américas, la Declaratoria en la que se presenta a la comunidad internacional la Agenda de Salud para las Américas 2008–2017</p>



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

### **REFERENTE NORMATIVO NACIONAL**

<b>Constitución Política de Colombia de 1991</b>	<p>Establece en su Artículo 49, inciso primero: "...la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado..." Artículo 209. El cual señala la función administrativa puede desarrollarse mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones</p> <p>Artículo 366. "El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable. Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación".</p>
<b>La Ley 100 de 1993</b>	<p>Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social, desarrolla el mandato constitucional tanto en pensiones, como en lo referido al sistema general de seguridad social en salud, combinando los principios de eficiencia, privatización, libre escogencia y competencia, con los de universalidad, compensación y solidaridad social. Define los actores del sistema (reguladores, aseguradores y prestadores) con sus roles y responsabilidades, establece los planes de beneficios y el modelo de financiación a través del aseguramiento e instituye el concepto de subsidios, en un marco de solidaridad y subsidiariedad. Simultáneamente, se estableció un sistema de competencias y recursos para financiar los sectores sociales, entre ellos el de salud, con la ley 60 de 1993. En sus artículos 152 a 233 define todo lo relacionado con la vinculación de las personas al sistema General de Seguridad Social en Salud, el aseguramiento en salud, la prestación de servicios en salud en el territorio colombiano y la vigilancia y el control</p>
<b>La Ley 715 de 2001</b>	<p>Mediante la cual se adopta el Sistema General de Participaciones. Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, junto con el Acto Legislativo 001 de 2001, en la cual aparte de reestructurar el sistema de transferencias originados en recursos fiscales y parafiscales para financiar la salud y la educación, también reajusta las competencias de los entes Territoriales en materia de salud y ordena, entre otros aspectos, reorganizar el régimen subsidiado, la reasunción de funciones de salud pública por parte del ente Territorial y la</p>

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)  
Info: 364 9666



**BOGOTÁ  
MEJOR  
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

	conformación de redes de prestación de servicios, cuya responsabilidad última es también, del ente Territorial. El Artículo 54, establece que “El servicio de salud a nivel Territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta”. Así mismo, en el numeral 43.2.4., se planteó la responsabilidad de organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento
<b>Decreto 780 de 2016</b>	Reglamenta el Sector Salud y Protección Social unificando toda la normatividad del sector salud.
<b>La Ley 1122 de 2007</b>	Se realizan nuevos ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad la evaluación por resultados a todos los actores del sistema de salud, el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y se ratifica el mandato de organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.
<b>Decreto 4747 de 2007</b>	Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Derogado por el Decreto 780 de 2016
<b>Resolución 3047 de 2008</b>	Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007. Derogado por el Decreto 780 de 2016.
<b>Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia T-760 de 2008</b>	La mayor reforma del Sistema General de Seguridad Social de Salud instituido en 1993, se ha dado por vía jurisdiccional, mediante el mecanismo de tutela y después de muchos fallos, por esta Sentencia como la más representativa del fenómeno para exigir el respeto y la defensa de la salud como Derecho Fundamental. Después de la que se puede considerar la mayor expresión de la crisis del sistema de salud, al punto de

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)  
Info: 364 9666



**BOGOTÁ  
MEJOR  
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

	<p>llegar a la declaratoria de emergencia social, se presenta otro ajuste promovido por diferentes sectores de la sociedad, liderada desde el Congreso la República de Colombia, que se plasmó en las Leyes 1393 de 2010 y 1438 de 2011.</p>
<b>Ley 1438 de 2011</b>	<p>Propende por el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud de manera que la acción coordinada del Estado, buscando generar condiciones que protejan la salud de los colombianos.</p>
<b>Decreto 1683 de 2013</b>	<p>Por el cual se reglamenta el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011 sobre portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Derogado por el Decreto 780 de 2016.</p>
<b>Resolución 1344 de 2012</b>	<p>Establece los datos mínimos de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, fija lineamientos de control aplicables al Régimen Contributivo, al Régimen Subsidiado, a los Regímenes Especiales y de Excepción, a las entidades de Medicina Prepagada y Planes Adicionales de Salud, efectuando en lo pertinente, modificaciones a la Base de Datos Única de Afiliados, BDUA.</p>
<b>Resolución 1841 de 2013</b>	<p>Esta resolución adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, de obligatorio cumplimiento tanto para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS, como del Sistema de Protección Social, en el ámbito de sus competencias y obligaciones. Además en el numeral 9.3 establece que se deben adoptar y adaptar los lineamientos técnicos para la operación de las líneas de promoción de la salud, gestión del riesgo y gestión de la salud pública que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el desarrollo de las dimensiones prioritarias y transversales contenidas en el plan decenal de salud pública PDSP. Con este plan se busca la reducción de la inequidad en salud planteando los siguientes objetivos: garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente, manteniendo cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables. Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y</p>

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)  
Info: 364 9666



**BOGOTÁ  
MEJOR  
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

	<p>culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.</p>
<b>Ley 1751 de 2015</b>	<p>Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”, cuyo objetivo es “Garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Esta Ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, que define el sistema de salud, las obligaciones del estado quien es el responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Establece dentro de los elementos y principios del derecho fundamental a la salud entre otros la Universalidad donde todos los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida</p>
<b>Ley 1753 de 2015</b>	<p>Expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “TODOS POR UN NUEVO PAÍS”, uno de sus objetivos, es reducir las brechas Territoriales y poblacionales existentes, para asegurar el acceso en igualdad de condiciones a servicios fundamentales como la salud, la educación y la vivienda para toda la población. Indica que habrá una política de atención integral en salud. De igual manera teniendo en cuenta que la salud es un derecho irrenunciable y fundamental autónomo en lo individual y en lo colectivo, se considera uno de los elementos principales para “alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible, afectando positivamente los determinantes sociales de la salud y mitigando los impactos de la carga de enfermedad sobre los años de vida saludables.</p>
<b>Resolución 5592 de 2015</b>	<p>Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones.</p>
<b>Resolución 5593 de 2015</b>	<p>Fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la cobertura del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2016. Derogada por Resolución 6411 de 2016</p>
<b>Resolución 5600 de 2015</b>	<p>Establece las condiciones de orden técnico, financiero y de operación de la novedad de movilidad entre regímenes que aplica a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud que se encuentren focalizados en los niveles I y II del SISBÉN o en el instrumento que lo reemplace, de acuerdo con</p>

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)  
Info: 364 9666



**BOGOTÁ  
MEJOR  
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

	los puntos de corte que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social, a las poblaciones especiales, a los aportantes, a las Entidades Promotoras de Salud -EPS, a las entidades Territoriales, a los operadores de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA y al administrador del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA o quien haga sus veces
--	---

### **MARCO NORMATIVO DISTRITAL**

<b>Decreto Ley 1421 de 1993</b>	Establece el régimen especial para el Distrito Capital de Santafé de Bogotá, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 322 de la Constitución Política de Colombia de 1991. Por tal motivo, la Ciudad de Santafé de Bogotá, Capital de la República y del Departamento de Cundinamarca, se organiza como Distrito Capital y goza de autonomía para la gestión de sus intereses, dentro de los límites de la Constitución y la Ley. El estatuto político, administrativo y fiscal tiene por objeto dotar al Distrito Capital de los instrumentos que le permitan cumplir las funciones y prestar los servicios a su cargo; promover el desarrollo integral de su territorio; y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes. Las disposiciones del estatuto prevalecen sobre las normas legales de carácter general vigentes para las demás entidades Territoriales.
<b>Acuerdo 12 de 1994, del Concejo Distrital</b>	Establece el Estatuto de Planeación del Distrito Capital y reglamentó la formulación, la aprobación, la ejecución y la evaluación del Plan de Desarrollo Económico y Social y de Obras Públicas del Distrito Capital de Santa Fe de Bogotá. El Estatuto en su Artículo 4, establece que el Plan de Desarrollo estará conformado por un componente estratégico general y un plan de inversiones a mediano y corto plazo.
<b>Decreto 546 de 2007</b>	Establece la conformación de las comisiones intersectoriales, como las instancias del Sistema de Coordinación de la Administración del Distrito Capital que tienen por objeto garantizar la coordinación para la implementación de las políticas y estrategias distritales de carácter intersectorial. Las comisiones intersectoriales establecidas tienen carácter permanente y se les asignan las siguientes funciones: articular y orientar la ejecución de funciones, la prestación de servicios y el desarrollo de acciones de implementación de la política, que comprometan organismos o entidades pertenecientes a diferentes sectores administrativos de Coordinación. Garantizar la coordinación de las entidades y sectores que responden por la implementación de las políticas,

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)  
Info: 364 9666



**BOGOTÁ  
MEJOR  
PARA TODOS**



	estrategias y programas definidos en el Plan de Desarrollo, el Plan de Ordenamiento Territorial, el Plan de Gestión Ambiental y todos los demás planes y programas distritales. Coordinar y efectuar el seguimiento a la gestión intersectorial.
<b>Acuerdo 641 de 2016</b>	Tiene por objeto efectuar la reorganización del sector salud en el Distrito Capital definiendo las entidades y organismos que lo conforman, determinando la fusión de algunas entidades y la creación de otras.
<b>Acuerdo Distrital 645 de 2016</b>	Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social ambiental y de Obras Públicas y Plan Plurianual de inversiones de Bogotá. D.C. para el periodo 2016-2020, "BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS".
<b>Plan de Desarrollo Bogotá Mejor para Todos 2016-2019</b>	Hace referencia al modelo de Atención Integral en Salud (AIS), cuyo tema central es la atención del riesgo es el basado en una atención integral mejorando la calidad de vida de población cuyos indicadores se darán en términos de esperanza de vida, años de vida saludable y esperanza de vida sin discapacidad.

## 10. FLUJO FINANCIERO DEL PROYECTO

EJECUTADO	HORIZONTE REAL DEL PROYECTO (años)					TOTAL
	2016	2017	2018	2019	2020	
TOTAL PROYECTO	107.737.041.456	220.907.987.831	289.878.931.000	163.231.919.818	169.488.513.312	<b>951.244.393.417</b>

## DISTRIBUCIÓN COMPONENTES DEL PROYECTO

CONCEPTO	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL	%
DOTACION	106.405.775.124	217.146.548.731	285.014.540.000	158.731.919.817	164.888.513.312	932.187.296.984	98,70%
RECURSO HUMANO	1.276.678.633	2.213.439.100	3.015.984.000	3.500.000.000	3.500.000.000	13.506.101.733	0,71%
SUBSIDIOS Y OPERACIONES FINANCIERAS	54.587.699	1.548.000.000	1.848.407.000	1.000.000.001	1.100.000.000	5.550.994.700	0,60%
<b>TOTAL</b>	<b>107.737.041.456</b>	<b>220.907.987.831</b>	<b>289.878.931.000</b>	<b>163.231.919.818</b>	<b>169.488.513.312</b>	<b>951.244.393.417</b>	100,00%

## FORMATO FS-01: FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL PROYECTO

FORMATO PE-01 FUENTES DE FINANCIACION DEL PROYECTO						
NOMBRE DEL PROYECTO: ATENCIÓN A LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA (PPNA), VINCULADOS Y NO POS-S						
Años Calendario	0	1	2	3	4	TOTAL
TOTAL COSTOS	2016	2017	2018	2019	2020	
1. Recursos Provenientes del Sistema General de Participaciones (SGP), los estimará el MSPS a cada Entidad Territorial conforme a la Ley 715 de 2001	37.792.543.717	86.877.382.354	98.179.000.000	104.331.302.817	106.185.727.061	433.365.955.949
2. Transferencias en salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)	7.704.644.294	1.933.440.000	3.000.000.000	11.436.940.000	11.436.940.000	35.511.964.294
3. Rentas Cedidas	38.662.937.404	44.776.161.403	52.526.331.000	34.863.677.000	34.863.677.000	205.692.783.807
4. Recursos del Esfuerzo Propio Territorial (Recursos propios)	22.067.059.853	14.016.807.667	55.973.600.000	0	0	92.057.467.520
5. Recursos de las Cajas de Compensación Familiar (Municipios) -	0	0	0	0	0	0
6. FOSYGA (% destinado a Entidad Territorial)	0	0	0	0	0	0
7. Otros Recursos departamentales y/o distritales	1.509.856.188	73.304.196.407	80.200.000.000	12.600.000.001	17.002.169.251	184.616.221.847
<b>Total Financiación</b>	<b>107.737.041.456</b>	<b>220.907.987.831</b>	<b>289.878.931.000</b>	<b>163.231.919.818</b>	<b>169.488.513.312</b>	<b>951.244.393.417</b>

### OBSERVACIONES:

1. Se realiza adición presupuestal al proyecto correspondiente a saldos de vigencias anteriores a 2016 por valor de \$4.501.153.638 de SGP Oferta vigencias anteriores a 2016; \$20.427.007.331 Saldo de SGP a favor del FFDS por liquidación de contratos suscritos con ESE para prestación de servicios de salud a la Población Pobre no Asegurada - PPNA. Se recuperaron vía cruce de cuentas, en el proceso de saneamiento fiscal y financiero de las ESE y \$257.397.854 de rendimientos financieros del SGP vigencias anteriores a 2016, y 24.938.731.325 de Fuente otras transferencias de la Nación para un total de adición presupuestal de \$50.124.290.148.



2. Se realiza cambio entre conceptos del gasto del proyecto 1185 realizando ubicación de la fuente Recursos del Balance – Rentas Cedidas en los conceptos de gasto 0466 por \$ 4.528.999.261; 0663 por \$ 2.000.000.000 y 0664 por \$2.000.000.000 para un total de \$8.528.999.261 con el fin de pagar deudas en concordancia con lo estipulado en la Ley 1797 de 2013 Art. 4. De otra parte, se acredita el concepto de gasto 0403 por valor de \$2.000.000.000 de la fuente Rentas Cedidas Licores para dar continuidad la proyección de contratación con la red complementaria.
3. Se realiza ajuste al proyecto 1185 en el concepto de gasto 057 “Gratuidad” con el fin de adicionar los contratos con las 4 subredes de acuerdo al requerimiento enviado a la Dirección de Planeación Sectorial y con respuesta del mismo rad. 2016EE54459 del 24/08/2016 por valor de \$ 101.748.364 provenientes del proyecto 1190 Fuente Aporte Ordinario, por cuanto el proyecto 1185 a la fecha queda por un valor presupuestal de \$ \$163.141.369.019.
4. En concordancia con la de la Ley 1797 de 2016 que en su Artículo 4 y la Ley 1769 de 2015 artículos 75 y 83, se realiza cambio entre conceptos del gasto por valor de \$6.520.000.000, entre concepto de gasto 0847 de las fuentes: Otros Recursos del Balance D.E. y Rentas Cedidas – Licores, con el fin de contratar con la red complementaria el suministro y entrega de medicamentos para la población Pobre afiliada al régimen subsidiado y del concepto de gasto 0466 de las fuentes: Recursos del Balance D.E. y de Recursos del Balance SGP.
5. Se procede a ajustar los ingresos y rentas del proyecto 1185 para traslado entre proyectos por valor de \$ 2.500.000.000 en razón a que los recursos no se van a ejecutar dentro de la vigencia 2016 y de acuerdo al siguiente detalle:

Concepto Gasto	Apropiación Disponible	Detalle de la Fuente de Financiación	Modificación a Realizar
			Contracredito
847	320.000.000	20- Administrados D.E. (Rentas Contractuales)	320.000.000
466	40.000.000	20- Administrados D.E. (Rentas Contractuales)	40.000.000
848	1.534.000.000	20- Administrados D.E. (Rentas Contractuales)	1.534.000.000
403	736.000.000	20- Administrados D.E. (Otros Ingresos No Tributarios)	450.000.000
849	6.545.825.000	20- Administrados D.E. (Nuevo IVA Licores)	156.000.000
<b>TOTAL</b>			<b>2.500.000.000</b>

6. Se realiza reducción del proyecto 1185 por valor de \$ 939.601.720 de la fuente Otras Transferencias de la Nación, recursos que no se encuentran financiados a la fecha.
7. Se realiza traslado al rubro de Pasivos exigibles por valor de \$714.549.405, disminuyendo el concepto de gasto 0466 de la Fuente Recursos del Balance, con el fin de completar el valor a pagar por concepto de liquidación del contrato 1490 de 2011, suscrito con el Instituto Nacional de Cancerología.
8. Dando cumplimiento a la Ley 1797 de 2016 en sus artículos 2 y 4 relacionados con la destinación de los recursos del Balance, de rendimientos y excedentes de rentas cedidas y SGP de vigencias anteriores, se realiza ajuste para el adecuado financiamiento entre conceptos del gasto del proyecto 1185 por cuanto se requiere ejecutar recursos a través de los conceptos del gasto 663, 854 y 855. El movimiento interno se realiza por valor de \$10.801.361.272. Adicionalmente para cubrir las necesidades para pago de deudas de la vigencia 2016 se requiere trasladar recursos de SGP oferta y de Rentas Cedidas por valor de \$7.030.230.268. La anterior modificación no afecta el presupuesto total con que cuenta el proyecto (\$158.987.217.894). El movimiento es por un valor total de \$17.831.591.540.
9. Se realiza traslado presupuestal al proyecto 1186 por valor de \$ 156.000.000 de la fuente Rendimientos financieros del SGP, por cuanto los recursos no fueron recaudados dentro de esta vigencia para el proyecto 1185, es por ello que el proyecto queda presupuestalmente por \$ 158.831.217.894.
10. Se realiza un cambio entre conceptos del gasto de la Fuente 465-Otros recursos del Balance SGP oferta, disminuyendo el concepto de gasto 0466 por valor total de \$2.250.000.000, distribuidos en los concepto de gasto 855 por \$2.000.000.000 y para el concepto 0663 el valor de \$ 250.000.000 con el fin de realizar pago por prestación de servicios de vigencias anteriores a 2015 de entidades como Capital Salud, e IPS Ser Asistencia Transporte para Discapacitados S.A.S entre otras entidades a las cuales se les adeudan pagos.

**EI PROYECTO 1185 VIGENCIA 2016 CIERRA CON UNA EJECUCIÓN DE \$107.737.041.456**

## VALOR INICIAL DEL PROYECTO 1185 VIGENCIA 2017: \$253.542.268.000

### MODIFICACIONES

1. Se realiza cambio de fuentes presupuestales entre conceptos del gasto con el fin de financiar los rubros: 0663 Pago de fallos judiciales – Tutelas; 854 Pago de urgencias no contratadas con IPS privadas o Mixtas y 857 para el pago por prestación de servicios de salud de urgencias a la PPNA con ESE con las cuales no se ha suscrito contrato. El movimiento interno se realiza por valor de \$37.151.163.000 por cuanto no modifica la totalidad del valor del proyecto.
2. Se realiza cambio entre conceptos del gasto de fuentes presupuestales entre conceptos del gasto con el fin de financiar los rubros: 0404 por \$3.000.000.000; 853 con \$ 2.000.000.000; 856 \$ 1.051.000.000; 854 \$1.789.381.861 El movimiento interno se realiza por valor de \$7.840.381.861 por cuanto no modifica la totalidad del valor del proyecto.
3. Se efectúa un cambio entre conceptos del gasto con el propósito de financiar los rubros: 861 por \$1.083.440.000; 066 con \$400.000.000; 0067 por \$1.148.000.000; 0847 con \$9.456.492.000; 0854 \$2.937.102.667 y 0857 con \$1.300.000.000. El movimiento interno se realiza por valor de \$16.325.034.667 por cuanto no modifica la totalidad del valor del proyecto.
4. Se realiza una sustitución de fuentes de financiación al interior del concepto del gasto 662 “Pago de Aportes Patronales por Antiguo Situado Fiscal Sin Situación de Fondos”, por la suma de \$13.863.337.522 de SGP Aportes Patronales a SGP Oferta. Movimiento interno que no modifica la totalidad del valor del proyecto.
5. Se realiza traslado presupuestal a otros proyectos de inversión del FFDS por valor de \$ 9.000.000.000 de la fuente 12 Aporte Ordinario, afectando los conceptos del gasto 855 por \$4.000.000.000; 403 por \$1.000.000.000; 664 por \$1.400.000.000; 154 por \$600.000.000 y 856 en \$2.000.000.000. Movimiento que modifica la totalidad del valor del proyecto, por cuanto a la fecha el presupuesto del proyecto 1185 queda por un valor de \$244.542.268.000.
6. Se realiza un cambio entre conceptos del gasto con el fin de financiar los conceptos del gasto 847 por \$11.497.663.380 y 861 en la suma de \$850.000.000, con este propósito se contracreditan los conceptos de gasto 403 por \$677.627.333; 404 por \$3.061.253.601; 466 por \$1.554.781.000; 663 por \$1.000.000.000; 664 por \$1.490.914.207; 673 por \$850.000.000; 849 por \$3.213.087.239 y 856 por \$500.000.000. Movimiento que no modifica la totalidad del valor del proyecto 1185, el cual es de \$244.542.268.000.
7. Se efectúa traslado presupuestal de la fuente de financiación SGP a un proyecto de inversión de Salud Pública del FFDS por valor de \$2.594.462.327, atendiendo el ajuste requerido en la distribución del Presupuesto Anual de Rentas Ingresos de la Administración Central para la vigencia 2017, tal como se establece en la Resolución 11/2017, expedida por la Dirección Distrital de Presupuesto y confirmado mediante

acuerdo 270/2017 expedido por la Junta Directiva del FFDS. Movimiento que modifica la totalidad del valor del proyecto, por cuanto el presupuesto del proyecto 1185 queda en la suma de \$241.947.805.673.

8. Se realiza un cambio entre conceptos del gasto por valor de \$13.821.066.278; lo anterior con el propósito de financiar los conceptos del gasto 847 por \$11.268.875.195, 854 por \$2.500.000.000 y 664 en la suma de \$52.191.083, con esta finalidad se contracreditan los conceptos de gasto 662 por \$11.268.875.195, 663 por \$2.500.000.000 y 673 en la suma de \$52.191.083. Movimiento que no modifica la totalidad del valor del proyecto 1185, el cual es de \$241.947.805.673.
9. En cumplimiento a lo establecido en la Ley 1816 de 2016, que modificó la Ley 788/2002 (derogo el artículo 54 cesión del IVA) y teniendo en cuenta que el proyecto 1184 no alcanzará la totalidad del recaudo de algunas de las rentas que lo financian, es necesario realizar un traslado presupuestal a dicho proyecto afectando la fuente 20. Rentas Cedidas (Licores y Nuevo IVA Licores) por valor de \$5.357.797.000 de los conceptos del gasto 847 (\$1.434.967.992) y 849 (\$3.922.829.008) del proyecto 1185. Movimiento que modifica la totalidad del valor del proyecto, por cuanto el presupuesto del proyecto 1185 queda en \$236.590.008.673.
10. Se realiza reducción presupuestal debido a que según proyección de la ejecución de ingresos para el cierre de la vigencia 2017, la totalidad de las rentas no podrán financiarse. En el proyecto 1185 los conceptos de gasto que deben disminuirse en su apropiación son 466 por \$98.140.000, 847 por \$500.000.000, 673 por \$5.506.711.834, 853 por \$241.866.000, 662 por \$4.170.755.454 y el 848 por \$400.000.000. El valor total de esta reducción presupuestal es de \$10.917.473.288. Movimiento que modifica la totalidad del valor del proyecto, por cuanto el presupuesto del proyecto 1185 queda en \$225.672.535.385.
11. Se realiza un cambio entre conceptos del gasto por valor de \$3.526.063.814; lo anterior con el propósito de pagar parcialmente a las 4 Subredes del D.C., los servicios de salud NO POS prestados a la población durante el período en que el FFDS no tenían contrato con estas entidades. Los conceptos afectados son el 847 (contracreditado) y el 854 (acreditado). Esta modificación presupuestal no cambia la totalidad del valor del proyecto 1185, el cual es de \$225.672.535.385.
12. Se requiere realizar un cambio entre conceptos del gasto por valor de \$971.666.215, con el fin de cumplir con compromisos adquiridos con la EPS CAPITAL SALUD por concepto de fallos de tutelas por recobros. Con esta modificación presupuestal se contracreditan los conceptos de gasto 856 en la suma de \$656.440.534 y 664 por valor de \$315.225.681 y se acredita el concepto de gasto 663 en la suma de \$971.666.215. Este movimiento de recursos no modifica la totalidad del valor del proyecto, por cuanto el presupuesto del proyecto 1185 se mantiene en \$225.672.535.385.
13. Se requiere realizar un traslado presupuestal al proyecto 1185, en la suma de \$1.638.588.850, con el propósito de completar el 50% del valor de la adición presupuestal al contrato No 719 de 2017, suscrito entre el Instituto Nacional de

Cancerología ESE y el Fondo Financiero Distrital de Salud. El concepto de gasto que aumenta es el 403. Este movimiento de recursos modifica la totalidad del valor del proyecto, por cuanto el presupuesto del proyecto 1185 quedará en \$227.311.124.235.

**EI PROYECTO 1185 VIGENCIA 2017 CIERRA CON UNA EJECUCIÓN DE \$220.907.987.831.**

**VALOR INICIAL DEL PROYECTO 1185 VIGENCIA 2018: \$289.878.931.000**

#### PARTICIPANTES Y DILIGENCIAMIENTO

El presente documento fue revisado y preparado por funcionarios responsables de las áreas participantes de la Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento, la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud y la Subdirección de Administración del Aseguramiento.

Teléfono: 364-90-90 extensión 9758 – 9755

Responsable: MANUEL JOSÉ SÁENZ ARDILA  
Cargo: Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento ( E )  
Gerente del Proyecto

Aprobó: Jaime Díaz Chabur

Revisó: Lida Teresita Herrera S.

Elaboró: Liliana Constanza Jaramillo M/ Yaneth Fernandez G.  
Amparo Rodríguez / Mónica Granados

Fecha modificación: 22/01/2018