



CIRCULAR EXTERNA No. 000017 DE 2026

PARA: ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DE LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO, PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS, GESTORES FARMACÉUTICOS, PROVEEDORES DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-ADRES Y SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

DE: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: INSTRUCCIONES PARA EL CUMPLIMIENTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD, PARA LA PROTECCIÓN DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD

FECHA: 11 MAY 2026

En el marco de las funciones legales y reglamentarias, asignadas al Ministerio de Salud y Protección Social, en especial, de las conferidas por las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1751 de 2015, el Decreto 120 de 2026, y demás normas concordantes, se tiene la responsabilidad de impartir directrices para el funcionamiento del sistema de aseguramiento hoy vigente, la debida protección de las personas en la atención de sus contingencias en salud; en particular, el suministro de medicamentos, la defensa de los recursos del sistema de salud para evitar su desviación y asegurar el oportuno y correcto flujo, así como, propender por la cabal aplicación de las medidas de intervención adoptadas por la Superintendencia Nacional de Salud.

1. OBJETIVO

Establecer directrices relacionadas con el cumplimiento de las normas que informan el suministro de medicamentos en el sistema de aseguramiento, en el que participan las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, sin intervención o con medidas de intervención forzosa administrativa para administrar de la Superintendencia Nacional de Salud, los prestadores de servicios de salud públicos y privados y proveedores de tecnologías en salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES y la Superintendencia Nacional de Salud para la debida atención en salud de las personas afiliadas y el cabal respeto de sus derechos fundamentales a la salud y a la vida.



000017
11 MAY 2026

2. MARCO NORMATIVO

En desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, la Ley 100 de 1993 crea la seguridad social en salud como un servicio público obligatorio inherente a la finalidad social del Estado, cuya prestación debe llevarse a cabo con fundamento en las normas constitucionales y en los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia; su dirección y control está a cargo del Estado y es prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la ley y constituye una estructura institucional que integra entidades y recursos públicos y privados, normas, procedimientos y regímenes de diversos órdenes, destinados a garantizar el derecho a la salud.

Las entidades promotoras de salud-EPS, según los artículos 177 y 178 de la Ley 100 de 1993, tienen como finalidad la promoción de la prestación de los servicios de salud de sus afiliados y la administración idónea de los recursos públicos por expresa delegación del Estado, y su tarea es la de organizar y garantizar directa o indirectamente la prestación del hoy Plan de Beneficios en Salud a los afiliados y, en general, la garantía de salud de los mismos, esta prestación del servicio de salud resulta esencial para la efectividad del derecho a la salud y para el correcto funcionamiento del sistema de seguridad social.

A través del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 se define el aseguramiento en salud como *“la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.”*

El actual sistema de aseguramiento implica que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones que en materia de las prestaciones en salud se encuentran establecidas en el Plan de Beneficios, y son las entidades promotoras de salud-EPS en cada régimen las responsables de cumplir con las funciones del aseguramiento que tienen el carácter de indelegables.

El aseguramiento en salud a cargo de las EPS, tengan o no la calidad de intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud, impone el cumplimiento de las obligaciones previstas en los artículos 2.5.2.1.1.2., 2.5.2.3.3.1. y 2.5.2.3.3.2. del Decreto 780 de 2016 que en su orden señalan:

“Artículo 2.5.2.1.1.2. Responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer las siguientes funciones:

a) Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al [entonces] Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación

del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

b) *Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema.*

(...).

c) *Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía; girar los excedentes entre los recaudos, la cotización y el valor de la unidad de pago por capitación a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa; y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato.*

d) *Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud.”*

“Artículo 2.5.2.3.3.1. Condiciones de habilitación de las EPS. Las entidades de que trata el artículo 2.5.2.3.1.2 del presente capítulo, deberán operar el aseguramiento en salud con el propósito de disminuir la ocurrencia de riesgos que comprometan la salud de la población afiliada, el funcionamiento de la entidad y su sostenibilidad.

Para garantizar su adecuado funcionamiento, las entidades deberán cumplir y demostrar como mínimo, las siguientes condiciones de habilitación ante la Superintendencia Nacional de Salud, así:

1. Capacidad técnico-administrativa

(...)

b) *Disponer de un órgano de dirección, reglas de gobierno organizacional y un revisor fiscal o contador atendiendo a la naturaleza jurídica de la entidad;*

(...)

d) *Disponer de una estructura orgánica y funcional de auditoría, que opere hacia el interior de la entidad y hacia las entidades que le proveen bienes y servicios. Esta auditoría debe cubrir como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio;*

(...)

g) Implementación y monitoreo de procesos orientados a garantizar mejores prácticas en la gestión financiera de la entidad, para procurar entre otras acciones, el pago oportuno a los prestadores de servicios de salud de su red;

h) Disponer de una cuenta maestra de pagos que permita la realización de transacciones a través de mecanismos electrónicos, así como el reporte de la información en los términos establecidos en la normatividad vigente;

i) Contar con una política de contratación y pagos pública y transparente, aplicable a la red prestadora de servicios y demás proveedores de tecnologías en salud, que se deberá aplicar de manera permanente.

2. Capacidad tecnológica

Independiente de los sistemas unificados de información, disponibles o reglamentados en el sistema de salud, cada entidad debe demostrar la existencia de los siguientes sistemas con sus respectivos manuales de operación:

a) Plataforma tecnológica que deberá facilitar la conexión remota con las diferentes oficinas y puntos de atención en el país, a través de canales de comunicación que permitan mantener actualizada la información necesaria para la operación del aseguramiento en salud;

b) Sistema de administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que permita su depuración y el correcto y oportuno registro de las novedades de la población afiliada. El Sistema deberá demostrar la operatividad necesaria para garantizar el acceso a la atención de salud a través del documento de identificación, acorde con las disposiciones que regulan la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Libro 2 Parte 1 Título 1 del presente decreto o la norma que lo modifique o sustituya;

c) Sistema de información que permita la verificación periódica del estado de salud de los afiliados, la trazabilidad y la gestión individual de los riesgos en salud, con énfasis en las actividades de protección específica y detección temprana;

d) Sistema de información para la gestión de la red integral de prestadores de servicios de salud y demás proveedores que apoyan la gestión de la entidad, acorde con la normatividad vigente en la materia;

e) Sistema de información a los usuarios que incluya diferentes canales y modalidades de comunicación, apropiados al contexto sociocultural, con enfoque diferencial en los diferentes territorios en los cuales opera el aseguramiento en salud;

f) Sistema que permita la autorización electrónica de servicios, medicamentos e insumos por parte de la entidad;

g) Sistema que permita la radicación por parte de los proveedores y prestadores de servicios de salud, de las facturas correspondientes a los bienes y servicios realizados, que garantice la trazabilidad de las facturas y la adecuada información sobre su trámite al prestador de servicios de salud o proveedor;

h) Sistema de gestión financiera y contable que permita la rendición de cuentas acorde con los estándares que para el efecto defina la Superintendencia Nacional de Salud;

(...)

j) Sistema de información que permita realizar el proceso de gestión de riesgos en salud, económicos y operativos de la entidad;

(...)

3. Capacidad científica

Las entidades a las que hace referencia el artículo 2.5.2.3.1.2 del presente decreto, deberán demostrar que cuentan con procesos propios y talento humano para la operación del aseguramiento en salud centrado en la representación del afiliado, la gestión integral del riesgo en salud y la articulación de una red integral de prestadores de servicios de salud, verificable a través de:

3.1. Representación del afiliado

a) Acuerdos de voluntades con entidades prestadoras de servicios y grupos de profesionales en salud que hacen parte de la red integral de servicios, acorde con la normatividad vigente en la materia;

b) Procesos y herramientas de divulgación de derechos y deberes del afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los usuarios de servicios de salud en el sistema;

c) Reportes de seguimiento de la atención al usuario en la que se evidencien el funcionamiento de los procesos de comunicación permanente con la población afiliada, trámite y solución de las solicitudes de los usuarios, autorización integral de servicios, defensa del usuario y trámites de tutelas, entre otros;

d) Revisión periódica y aprobación interna anual de los procesos y procedimientos para la recepción, análisis, solución y seguimiento de las peticiones, quejas y reclamos realizados por la población afiliada, por parte del comité de contraloría interna;

e) Implementación de procesos y herramientas para facilitar a los afiliados el agendamiento estandarizado, oportuno y confiable de citas, mejorar la oportunidad en el acceso a los servicios y tecnologías en salud conforme al plan de beneficios, la autorización integral de servicios, la referencia y contrarreferencia y el reconocimiento de las prestaciones económicas definidas por el sistema;

f) Implementación de procesos y herramientas que permitan comunicar a los usuarios el monto de facturación de las atenciones hospitalarias recibidas de conformidad con la información suministrada por el prestador o proveedor de servicios;

g) Evidencia de actividades y procesos para fortalecer las alianzas o asociaciones de usuarios, mediante convocatorias para la elección de sus representantes, acceso permanente a información requerida y locaciones para su funcionamiento;

h) Disponer de un sistema de atención al afiliado, que incluya como mínimo: i) una línea nacional gratuita de información, ii) una página web, iii) estrategias de comunicación electrónica, iv) información en sus puntos de atención y en su red de prestadores.

3.2. Gestión integral del riesgo en salud

a) La definición de un Modelo de Atención en Salud y de Gestión de la entidad, centrado en la gestión integral del riesgo en salud;

b) Implementación de un Sistema de Gestión de Riesgos en los términos establecidos en la normatividad vigente;

c) Instrumentos y procedimientos que garanticen la disponibilidad de información oportuna y de calidad sobre el riesgo en salud de la población afiliada;

d) Provisión de servicios de salud a través de prestadores debidamente habilitados;

e) Implementación de instrumentos y procedimientos que garanticen la disponibilidad de información oportuna y de calidad sobre la prestación de servicios de salud de la población afiliada;

f) Implementación de herramientas e indicadores para la gestión de riesgos de la población afiliada, la gestión de calidad en el proceso de atención al interior de su red y el seguimiento de resultados en el estado de salud de su población afiliada, acorde con los estándares y la periodicidad definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social;

g) Implementación de herramientas e indicadores para la gestión de los riesgos propios de la entidad acorde con las definiciones que para el efecto realice la Superintendencia Nacional de Salud;

h) Disponer de equipos de salud interdisciplinarios, que cuenten con talento humano capacitado en gestión de riesgos, atención primaria en salud y medicina familiar.

3.3. Red integral de prestadores de servicios de salud

Las entidades relacionadas en el artículo 2.5.2.3.1.2 del presente capítulo que se encuentren autorizadas para operar el aseguramiento en salud, deberán contar con Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud construidas a partir de la localización

geográfica de su población afiliada y habilitadas mediante los estándares, criterios, procedimientos y plazos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la normatividad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

La coordinación de la red integral de prestadores de servicios de salud incluyendo la dispensación de medicamentos debe ser realizada directamente por la EPS y se entiende prohibida toda delegación que implique el traslado de los costos de administración o la inclusión de las funciones indelegables establecidas en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 en el pago por la prestación de servicios de salud realizados a los prestadores que integran su red.

En lo referente a la habilitación de la red integral de prestadores de servicios de salud, se regirá por lo dispuesto en la normatividad vigente.”

“Artículo 2.5.2.3.3.2. Sistema de gestión de riesgos en las EPS. Las entidades destinatarias del presente capítulo deberán contar con un Sistema de Gestión de Riesgos centrado en la Gestión Integral del Riesgo en Salud, basado en el marco de referencia normativo de la Ley 1751 de 2015, el artículo 65 de la Ley 1753 del 2015, el Plan Decenal de Salud Pública vigente y la Política de Atención Integral en Salud, o las normas que los modifiquen o sustituyan.

Parágrafo. El Sistema de que trata el presente artículo deberá estar adaptado y operando dentro del año siguiente, contado a partir de la expedición de las instrucciones que sobre instrumentos, indicadores y requisitos mínimos publique la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con los lineamientos que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.”

En el sistema de salud se encuentra regulado el derecho a la libre competencia, en el cual se prevén prohibiciones a las prácticas restrictivas de la competencia tales como acuerdos, convenios, decisiones concertadas, o conductas que constituyen abuso de la posición dominante y prohibiciones a los actos de competencia desleal, y todas aquellas “(...) que tengan por objeto o tengan como efecto determinar condiciones de venta o comercialización de insumos o servicios de salud discriminatorias para con terceros, con otros competidores o con los usuarios” según el numeral 2 del artículo 2.5.6.5 y 4 del artículo 2.5.6.6, respectivamente, del Decreto 780 de 2016.

En relación con el suministro de medicamentos, el Decreto Ley 019 de 2012, en su artículo 131 dispuso lo siguiente:

“ARTÍCULO 131. Suministro de medicamentos. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán la obligación de establecer un procedimiento de suministro de medicamentos cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud a sus afiliados, a través del cual se asegure la entrega completa e inmediata de los mismos.

*En el evento excepcional en que esta entrega no pueda hacerse completa en el momento que se reclamen los medicamentos, **las EPS deberán disponer del mecanismo para que***

en un lapso no mayor a 48 horas se coordine y garantice su entrega en el lugar de residencia o trabajo si el afiliado así lo autoriza.

Lo dispuesto en este artículo se aplicará progresivamente de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia del presente decreto, iniciando por los pacientes que deban consumir medicamentos permanentemente.” (Negrita y subrayado ajeno al texto)

La citada disposición fue reglamentada a través de la Resolución 1604 de 2013, cuyo objeto fue establecer lineamientos que se deben tener en cuenta para dar cumplimiento al mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en un lapso no mayor a cuarenta y ocho (48) horas en el lugar de residencia o trabajo del afiliado cuando éste lo autorice, como consecuencia de la entrega incompleta de los mismos al momento de la reclamación por parte del afiliado, define que el plazo de 48 horas hace referencia al tiempo transcurrido después que el afiliado reclama los medicamentos, y crea el Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Control de la entrega de medicamentos el cual se ha implementado parcialmente mediante la Resolución 1604 de 2013 y las circulares 006, 010 y 044 de 2025.

A través del artículo 243 de la Ley 1955 de 2019 se adiciona el numeral 8 al artículo 155 de la Ley 100 de 1993, incluyendo a los Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y los Gestores Farmacéuticos como integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS; disposición que fue reglamentada mediante la Resolución No. 1809 de 2025 que regula los requisitos de operación y financieros de los Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud.

En la Resolución 1809 de 2025 en el numeral **10.3** establece como *“Indicadores de resultado”* el tiempo de entrega del medicamento y del dispositivo médico, se mide como la sumatoria de días transcurridos desde la generación del registro del pendiente hasta la entrega efectiva del medicamento o del dispositivo médico, sobre el total de pendientes generados y registrados en el período para medicamentos o para dispositivos médicos, según el caso.

A su vez, los artículos 16 y 17 *ibidem*, señalan:

“Artículo 16. Notificación de la entrega de medicamentos. Los Gestores Farmacéuticos deberán proporcionar a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB), con las que se tiene acuerdo de voluntades incluidos los regímenes exceptuados, la información verificable sobre el estado de entrega de los medicamentos, es decir, si la misma se realizó dentro del término de que trata el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012 y artículo 1 de la Resolución 1604 de 2013 o las normas que las sustituyan o modifiquen, o si reviste un pendiente, debiéndose en este último caso el exponer las razones de la no entrega.

Parágrafo. *Respecto de enfermedades crónicas, en los casos que se genere el pendiente y el medicamento o dispositivo médico no se entrega después de treinta (30) días, el estado pendiente reactiva la fórmula médica, con el fin de no imponer cargas administrativas al usuario, es decir, que no se requiere una nueva prescripción.*

Artículo 17. Registro del Pendiente. El Gestor Farmacéutico deberá registrar ante el asegurador el estado de la entrega de las tecnologías en salud que no pudieron ser entregadas, en el mismo momento de la reclamación por parte del usuario. En estos casos, debe entregarse documento soporte físico o electrónico al usuario, para realizar el seguimiento y entrega. (Subrayado fuera del texto)

Que en aras de garantizar el acceso oportuno, adecuado y efectivo a los servicios de salud para toda la población colombiana, a través de la Circular Conjunta No. 007 del 3 de marzo de 2025, los Despachos del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Superintendencia Nacional de Salud reiteraron a los integrantes del SGSSS la obligación de cumplir estrictamente con la normatividad vigente en salud, así como el cumplimiento de la reglamentación expedida para los acuerdos de voluntades en salud, en lo relativo a la Facturación Electrónica de Venta en Salud (FEV) y el uso del Mecanismo Único de Validación del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) a través de la Circular Externa No. 007 del 3 de marzo de 2025, bajo el asunto denominado "*Cumplimiento con la normativa legal y prohibición de medidas no normadas, imposición de barreras y solicitudes no permitidas a los prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud, operadores logísticos y gestores farmacéuticos. así como, los plazos de pago establecidos en la ley 1122/07 y 1438/11*".

Que, a pesar de lo dispuesto en la precitada Circular conjunta se mantiene la afectación de los servicios de salud a la población expresada en la negación de servicios, entre otros, el no suministro o suministro incompleto de medicamentos y demás tecnologías en salud, que impone reiterar, nuevamente, el cumplimiento de las obligaciones legales que les asisten tanto a las entidades promotoras de salud intervenidas o no, y de las entidades adaptadas, como responsables del aseguramiento en salud, a los prestadores de servicios de salud, los gestores farmacéuticos y demás proveedores de tecnologías en salud, así como a la Superintendencia Nacional de Salud en su función de máximo organismo de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En consecuencia, en cumplimiento del deber estatal de respeto, protección y garantía del derecho fundamental a la salud y el derecho a la vida, y con el objeto de prevenir y reducir el suministro parcial o no suministro de medicamentos, insumos y demás tecnologías en salud y la eventual ocurrencia de resultados fatales, se imparten las siguientes directrices:

3. DIRECTRICES

Se establecen las siguientes directrices relacionadas con el debido, oportuno y cabal suministro de medicamentos, financiados con recursos provenientes de la unidad de pago por capitación y de presupuestos máximos, por las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas de los regímenes contributivo y subsidiado, sean o no objeto de medida de intervención forzosa administrativa para administrar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, por los prestadores de servicios de salud, los gestores farmacéuticos y demás proveedores de tecnologías en salud, y el cabal cumplimiento de las obligaciones de inspección, vigilancia y control, a saber:

3.1. Cumplimiento de las obligaciones legales y reglamentarias a cargo de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y de las entidades adaptadas.

Las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y las entidades adaptadas, como responsables de garantizar la atención en salud de la población afiliada a su cargo, a través de los prestadores de servicios de salud, gestores farmacéuticos y proveedores de tecnologías en salud, deberán tener en cuenta lo siguiente:

3.1.1. Las Entidades Promotoras de Salud y entidades adaptadas deberán suscribir el número suficiente los acuerdos de voluntades con los gestores farmacéuticos y proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con la capacidad de afiliación, los municipios y departamentos para los cuales se encuentren autorizadas, con el fin de garantizar el oportuno y completo suministro de medicamentos a su población afiliada y evitar la generación de barreras de acceso.

3.1.2. Para la dispensación de medicamentos, las Entidades Promotoras de Salud y entidades adaptadas deberán:

- i) Contar con más de un (1) gestor farmacéutico, de modo que puedan tener capacidad de respuesta en casos de novedades de disponibilidad, identificando cuál es el gestor principal y cuál el alternativo.
- ii) Con todos los gestores deberá suscribir acuerdos marco donde fije precios y condiciones de para pago mediante mecanismo de giro directo, siempre que la EPS se encuentre en una de las causales para la procedencia de esta medida.
- iii) Ante medicamentos que solo tengan un (1) oferente en el mercado, deberán contar con un plan de mitigación ante una eventual interrupción o salida del mercado mediante el mecanismo de importación de medicamentos vitales

- no disponibles según lo establecido en la Circular Externa 027 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social y el Auto 525 de 2025 de la Corte Constitucional.
- iv) En caso de ser necesario deberán modificar los acuerdos de voluntades existentes.
 - v) Garantizar que se realice la entrega oportuna y completa de los medicamentos en el punto de dispensación principal o en el domicilio de los usuarios cuando al momento de la reclamación se hayan generado pendientes.
 - vi) En caso de la generación de pendientes, si pasadas las 48 horas reglamentarias, no se produce la entrega del medicamento por parte del gestor, el afiliado quedará habilitado para reclamarlo y recibirlo en la red alterna de gestores o ante las instituciones prestadoras de servicios de salud en los términos del parágrafo del artículo 2.5.3.10.5. del Decreto 780 de 2016.
 - vii) En todos los casos garantizar el adecuado reporte desde los gestores contratados de la entrega oportuna de los medicamentos a los usuarios al momento de la reclamación en el punto de dispensación, así como la verificación de que, en el evento de generación de pendientes, el gestor le informe oportunamente para garantizar en las 48 horas siguientes, la entrega a domicilio del medicamento al usuario, con el gestor de respaldo de su red de prestación de servicios de dispensación.
 - viii) Mantener actualizada la información que permita el seguimiento y monitoreo a la entrega de medicamentos.
 - ix) Definir las acciones a implementar el seguimiento a los indicadores definidos en la Resolución 1809 de 2025 sobre entrega de medicamentos.
 - x) Establecer mecanismos de validación de entrega de medicamentos por parte de los afiliados, articulada con la herramienta de seguimiento y monitoreo
 - xi) Realizar el seguimiento al abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos, dar respuesta oportuna a la solicitud de información relacionada con el abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos y notificar los casos de escasez o desabastecimiento a través de la herramienta para la recepción de alertas del Sistema de Monitoreo del Abastecimiento dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 1411 de 2022.

Hasta cuando la mencionada herramienta entre en funcionamiento, los reportes de escasez o desabastecimiento deberán realizarse a través del correo electrónico desabastecimiento@minsalud.gov.co empleando los formatos de reporte dispuestos en copia el micrositio <https://www2.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/desabastecimiento.aspx>, con a los correos electrónicos desabastecimientomedicamentos@invima.gov.co, en el caso de

- medicamentos o desabastecimientodm@invima.gov.co, en el caso de dispositivos.
- xii) Revisar la frecuencia de dispensación de medicamentos a pacientes crónicos, con el objeto de disminuir trámites.
 - xiii) Fortalecer los procesos de auditoría in situ en los gestores farmacéuticos.
- 3.1.3. Las Entidades Promotoras de Salud y entidades adaptadas deberán garantizar un flujo de recursos estable, suficiente y oportuno hacia su red de gestores farmacéuticos y proveedores de tecnologías en salud, conforme a los acuerdos de voluntades suscritos, para evitar la negación o generar riesgos en la continuidad de la prestación de los servicios de salud y asegurar la sostenibilidad financiera de la red.
- 3.1.4. Las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas, a quienes les aplique el giro directo de recursos provenientes de la unidad de pago por capitación, o en el caso de presupuestos máximos por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado, deberán realizar de manera oportuna, completa y sin dilaciones injustificadas la postulación de pagos a través del mecanismo de giro directo, garantizando la correcta destinación de los recursos, la transparencia del proceso y la trazabilidad de los pagos efectuados a los prestadores de servicios de salud y los gestores farmacéuticos.
- 3.1.5. Las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas no podrán utilizar la glosa, auditoría, conciliación o cualquier otro trámite administrativo como mecanismo para dilatar de manera injustificada los pagos, para lo cual deberán resolver dichas actuaciones dentro de los plazos establecidos por la normativa vigente.
- 3.1.6. En situaciones de controversia contractual o administrativa con los prestadores de servicios de salud, gestores farmacéuticos y proveedores de tecnologías en salud, las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas deberán adoptar medidas que aseguren la continuidad de la prestación de los servicios, absteniéndose de decisiones que afecten la atención de los usuarios o pongan en riesgo la operación de la red prestadora.
- 3.2. Cumplimiento de las obligaciones legales y reglamentarias a cargo de los Gestores Farmacéuticos.**

Los gestores farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos en virtud de los acuerdos de voluntades, deberán tener en cuenta lo siguiente:

- 3.2.1. Garantizar el pago oportuno a proveedores para evitar interrupciones y/o incumplimientos en la entrega de pedidos de medicamentos.
- 3.2.2. Garantizar tener más de un (1) oferente para los medicamentos a su cargo.
- 3.2.3. Ante medicamentos que solo tengan un (1) oferente en el mercado, deberán contar con un plan de mitigación ante una eventual interrupción o salida del mercado mediante el mecanismo de importación de medicamentos vitales no disponibles según lo establecido en la Circular Externa 027 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social y el Auto 525 de 2025 de la Corte Constitucional.
- 3.2.4. Garantizar el adecuado registro de pendientes de medicamentos al momento de la reclamación en el punto de dispensación, cuando se hayan generado pendientes, e informar a las EPS para que puedan gestionar la entrega al usuario en las 48 horas siguientes a domicilio de acuerdo a lo establecido en el artículo 16 de la Resolución 1809 de 2025.
- 3.2.5. Mantener actualizada la información que permita el seguimiento y monitoreo a la entrega de medicamentos.
- 3.2.6. Garantizar que se esté realizando la entrega al domicilio de los usuarios cuando, al momento de la reclamación en el punto de dispensación, se hayan generado pendientes.
- 3.2.7. Definir las acciones a implementar el seguimiento a los indicadores definidos en la Resolución 1809 de 2025 sobre entrega de medicamentos.
- 3.2.8. Realizar seguimiento al abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos, dar respuesta oportuna a la solicitud de información relacionada con el abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos y notificar los casos de escasez o desabastecimiento a través de la herramienta para la recepción de alertas del Sistema de Monitoreo del Abastecimiento dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 1411 de 2022.

Hasta cuando la mencionada herramienta entre en funcionamiento, los reportes de escasez o desabastecimiento deberán realizarse a través del correo electrónico desabastecimiento@minsalud.gov.co empleando los formatos de reporte



dispuestos en copia el micrositio <https://www2.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/desabastecimiento.aspx>, con a los correos electrónicos desabastecimientomedicamentos@invima.gov.co en el caso de medicamentos o desabastecimientodm@invima.gov.co, en el caso de dispositivos.

3.3. Cumplimiento de las obligaciones legales y reglamentarias a cargo de las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud o las entidades que hagan sus veces.

Las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud, o las entidades que hagan sus veces, en su calidad de autoridad de inspección, vigilancia y control, deberán tener en cuenta lo siguiente:

- 3.3.1. Las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud, o las entidades que hagan sus veces deberán desarrollar estrategias para recibir denuncias o quejas de la población, por el no suministro parcial o total de medicamentos, en la que se identifique de manera clara las entidades promotoras de salud o entidades adaptadas, los prestadores de servicios de salud, gestores farmacéuticos y proveedores de tecnologías en salud, responsables de tales conductas, según el caso. El reporte de estas quejas en lo correspondiente a las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas deberá ser remitido a la Superintendencia Nacional de Salud.
- 3.3.2. Las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud, o las entidades que hagan sus veces deberán ejercer de manera estricta y oportuna sus funciones de inspección, vigilancia y control sobre los prestadores de servicios de salud, así como los gestores farmacéuticos y entidades promotoras de salud o entidades adaptadas, cuando les hubieren sido delegadas por la Superintendencia Nacional de Salud.

3.4. Cumplimiento de obligaciones legales y reglamentarias a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud, en su calidad de máxima autoridad de inspección, vigilancia y control, y como órgano de dirección y coordinación del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud, deberá tener en cuenta lo siguiente:

- 3.4.1. La Superintendencia Nacional de Salud deberá adelantar las acciones inmediatas respecto de los sujetos vigilados por el no suministro parcial o total de medicamentos, en especial, los medicamentos que demanden los menores de edad, pacientes crónicos y poblaciones especiales. En relación



000017
11 MAY 2026

con las investigaciones en curso por estas conductas deberá imprimir la celeridad necesaria para la imposición de sanciones o multas, si hubiere lugar a ello.

- 3.4.2. La Superintendencia Nacional de Salud deberá verificar la entrega completa de los medicamentos cuando se presenten Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS) recibidas por la entidad o reportadas por las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud. En relación con las investigaciones en curso por esta conducta deberá imprimir la celeridad necesaria para la imposición de sanciones o multas, si hubiere lugar a ello.
- 3.4.3. La Superintendencia Nacional de Salud deberá generar un informe de los medicamentos reportados con novedades de disponibilidad al sistema de monitoreo del Abastecimiento dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 1411 de 2022.
- 3.4.4. La Superintendencia Nacional de Salud deberá realizar, en el marco de sus competencias, el seguimiento a los indicadores definidos en la Resolución 1809 de 2025 sobre entrega de medicamentos y aplicar las medidas a su cargo.
- 3.4.5. La Superintendencia Nacional de Salud deberá ejercer de manera estricta y oportuna sus funciones de inspección, vigilancia y control sobre las EPS, con el fin de verificar el cumplimiento de las obligaciones relacionadas con el flujo oportuno de recursos hacia los prestadores y gestores farmacéuticos. En relación con las investigaciones en curso por estas conductas deberá imprimir la celeridad necesaria para la imposición de sanciones o multas, si hubiere lugar a ello.
- 3.4.6. La Superintendencia Nacional de Salud deberá adoptar las medidas preventivas, correctivas y sancionatorias a que haya lugar frente a las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas que incumplan de manera reiterada o sistemática sus obligaciones de pago con los proveedores de medicamentos y gestores farmacéuticos, cuando dicho incumplimiento ponga en riesgo la viabilidad económica de los prestadores de servicios de salud, gestores farmacéuticos y proveedores de tecnologías en salud, o afecte el acceso efectivo de los usuarios a los medicamentos. En relación con las investigaciones en curso por estas conductas deberá imprimir la celeridad necesaria para la imposición de sanciones o multas, si hubiere lugar a ello.



000017
11 MAY 2026

- 3.4.7. La Superintendencia Nacional de Salud deberá promover y fortalecer mecanismos de seguimiento al flujo de recursos, al uso del giro directo y a la resolución de controversias entre EPS y gestores farmacéuticos, priorizando aquellos casos que representen un riesgo para la continuidad del suministro de medicamentos o para la garantía del derecho fundamental a la salud.
- 3.4.8. La Superintendencia Nacional de Salud deberá instruir a los representantes legales, interventores y demás órganos de dirección de las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas sobre el cabal cumplimiento de sus obligaciones y las consecuencias de su incumplimiento.

Cuando la Superintendencia Nacional de Salud advierta el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente acto administrativo por parte de los respectivos responsables, además de adelantar las actuaciones que le corresponden en el marco de sus competencias, deberá compulsar copias de los hallazgos ante la Fiscalía General de la Nación.

3.5. Cumplimiento de las normas que regulan la libre competencia.

Se recuerda a las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías de salud la obligación de no incurrir en las conductas descritas en los artículos 2.5.6.3., 2.5.6.5., 2.5.6.6., y 2.5.6.9. del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, que describen las prohibiciones a las prácticas restrictivas de la competencia; los acuerdos y actos contrarios a la libre competencia, y conductas que constituyen abuso de la posición dominante.

La presente circular rige a partir de su publicación.

PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

Revisó:

Luis Alberto Martínez Saldarriaga – Viceministro de Protección Social.
John Edison Betancur Romero – Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud (E).
Daniel Felipe Soto Mejía - Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones
Rodolfo Enrique Salas Figueroa – Director Jurídico (E)

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

Página | 16