



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 001809 DE 2026

(05 AGO 2026)

Por la cual se establece el mecanismo de reporte de información para el giro directo de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación y de los presupuestos máximos, y se derogan las Resoluciones 654 de 2014, 3503 de 2015, 1587 de 2016, 4621 de 2016 y 3110 de 2018

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial las conferidas en el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, los artículos 29 y 31 de la Ley 1438 de 2011, los artículos 2.6.1.1.5.2 y 2.6.4.3.1.3.7 del Decreto 780 de 2016, el numeral 2 del artículo 2 de Decreto 120 de 2026 y,

CONSIDERANDO

Que el artículo 48 de la Constitución Política de 1991, dispone que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, cuya organización, dirección, coordinación y control corresponden al Estado, y que su prestación debe orientarse por los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Igualmente, establece que los recursos que financian dicho servicio son de naturaleza pública y, por tanto, deben destinarse exclusivamente a los fines propios del sistema de seguridad social.

Que el artículo 49 de la Constitución Política, modificado por el Acto Legislativo 2 de 2009, señala que la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado y garantiza el acceso de todas las personas a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. En virtud de lo anterior, corresponde al Estado organizar, dirigir, reglamentar, vigilar y controlar la prestación de los servicios de salud, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, así como definir las políticas necesarias para su adecuada operación.

Que el artículo 2.5.3.4.2.3 del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, dispone que en los acuerdos de voluntades se podrá escoger y pactar libremente una o varias modalidades de pago, de acuerdo con el objeto contractual y las obligaciones a cargo de las partes para los servicios y tecnologías en salud. Para ello, podrán acordar, entre otras, las siguientes modalidades: *i.* Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta; *ii.* Pago global prospectivo; *iii.* Pago por capitación; *iv.* Pago por evento.

Que el artículo 2.6.4.3.1.3.7 del mismo decreto, adicionado por el artículo 1 del Decreto 489 de 2024, dispone, en relación con el control y seguimiento del giro directo, que corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) definir y establecer el instrumento destinado al seguimiento técnico, operativo y financiero del giro de los recursos, así como a verificar su oportunidad, programación, destinación y ejecución por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC), las Instituciones

Continuación de la Resolución: "Por la cual se establece el mecanismo de reporte de información para el giro directo de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación y de los presupuestos máximos, y se derogan las Resoluciones 654 de 2014, 3503 de 2015, 1587 de 2016, 4621 de 2016 y 3110 de 2018".

Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y los Proveedores de Tecnologías en Salud (PTS).

Que el artículo 150 de la Ley 2294 de 2023, asigna a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en, la función de realizar en nombre de las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Obligadas a Compensar, el giro directo de los recursos de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) de los regímenes contributivo y subsidiado, destinados a la prestación de servicios de salud, a las instituciones y entidades que presten dichos servicios y que proveen tecnologías incluidas en el plan de beneficios, así como a los proveedores. Asimismo, dispone que la ADRES efectuará el giro directo de los recursos de presupuestos máximos destinados a la financiación de servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC, excluyendo de estas disposiciones a las entidades adaptadas y a las Entidades Promotoras de Salud que cumplan con el patrimonio adecuado.

Que mediante Resolución 654 de 2014 se establecieron los términos y condiciones para el registro de cuentas bancarias de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), para el giro directo de recursos del Régimen Contributivo, así como los términos, requisitos y estructura de datos para el reporte al entonces Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) de las cuantías de los giros directos a IPS; acto que resulta necesario derogar, en la medida en que sus estructuras, plazos y reglas serán sustituidos integralmente por el mecanismo unificado de reporte previsto en la presente resolución, evitando dispersión normativa y vacíos de aplicación.

Que la Resolución 3503 de 2015 estableció los porcentajes y las condiciones para el giro directo de los recursos del Régimen Contributivo de las Entidades Promotoras de Salud que no cumplieran las metas del régimen de solvencia, por lo que en el marco del objeto de la presente resolución resulta pertinente su derogatoria.

Que mediante Resolución 1587 de 2016, modificada por la Resolución 4621 de 2016, se estableció el mecanismo, los plazos y reglas a que deberán sujetarse las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen subsidiado para reportar a este ministerio la información de los valores a girar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y proveedores de servicios y tecnologías en salud incluidos en el plan de beneficios, correspondientes a Unidades de Pago por Capitación (UPC) del régimen subsidiado, así como para que las IPS y proveedores registren las cuentas bancarias a las cuales se girarán directamente los referidos valores, acto que también es necesario derogar para ser sustituido por la presente resolución.

Que la Resolución 3110 de 2018 sustituyó las estructuras para el reporte de información del giro directo de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), para incluir en las mismas, el reporte de giro directo de los recursos de UPC reconocidos por los afiliados en movilidad, conforme a la estructura definida en el Anexo Técnico 1 (Reporte de información de IPS y proveedores de servicios y tecnologías en salud incluidos en el Plan de Beneficios, beneficiarios de giro directo del régimen subsidiado) y Anexo Técnico 2 (Reporte de información de IPS y proveedores beneficiarios de giro directo del régimen contributivo); por lo tanto, dicha resolución es necesario derogarla para que los aspectos regulados se rijan por lo dispuesto en la presente resolución.

Que con el propósito de garantizar el adecuado y completo diligenciamiento de la información derivada de las diferentes situaciones que surgen de los acuerdos de voluntades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), así como

Continuación de la Resolución: "Por la cual se establece el mecanismo de reporte de información para el giro directo de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación y de los presupuestos máximos, y se derogan las Resoluciones 654 de 2014, 3503 de 2015, 1587 de 2016, 4621 de 2016 y 3110 de 2018".

la correcta generación de los archivos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), en su articulación como soporte de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud, se expidió la Resolución 948 de 2026, cuyo objeto es unificar y actualizar las disposiciones relacionadas con el proceso de generación del RIPS como soporte de la FEV en salud.

Que en el Documento Técnico 2 adoptado en la Resolución 948 de 2026, se definieron los campos adicionales de la factura electrónica de venta en salud, entre los cuales se encuentran el número del contrato y las fechas de inicio y finalización del periodo de facturación, entre otros, los cuales deben incluirse en los datos a reportar para la postulación del giro directo que se reglamenta en el presente acto administrativo.

Que, tratándose de la facturación emitida dentro de la operativización de los acuerdos de voluntades que se ejecutan bajo la modalidad de capitación, las fechas de inicio y final del periodo de facturación deben corresponder al primer y último día del mes objeto de reconocimiento, en tanto que dicha modalidad constituye un pago prospectivo, razón por la cual no resulta jurídica ni técnicamente viable la expedición de la factura con anterioridad al inicio del periodo facturado, dado que ello impediría reflejar un periodo cierto, completo y verificable en los campos obligatorios de la Factura Electrónica de Venta en salud y su respectivo soporte en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).

Que en los acuerdos de voluntades en los cuales se define la capitación como modalidad de pago, con un monto determinado para un periodo específico, es posible establecer el valor mensual correspondiente, el cual constituye un insumo para la programación del giro directo de los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud receptoras, razón por la cual dicha información debe reportarse a más tardar el día quince (15) hábil del mes inmediatamente anterior, a través de la plataforma PISIS.

Que en los contratos por la modalidad de Pago Global Prospectivo (PGP), así como en las otras modalidades de contratación en salud, es posible pactar el reconocimiento de anticipos con el propósito de proveer capital de trabajo o coadyuvar en la operación corriente de las instituciones y entidades que prestan servicios o proveen tecnologías en salud; no obstante, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15 de la Ley 1966 de 2019, la factura electrónica en salud constituye el documento obligatorio para el cobro de los servicios y tecnologías efectivamente prestados, la cual debe ser presentada ante la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) y ante la entidad responsable de pago con sus soportes, en los términos definidos por la normativa vigente. En todo caso, la generación de los RIPS se realizará al momento de prestar el servicio, de la entrega de tecnología en salud o del egreso del paciente.

Que mediante la Resolución 1962 de 2025, por la cual se desarrolla la estructura del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial (SIIFA), se dispuso, en el numeral 8.1.3 del artículo 8, que el registro de los contratos celebrados entre las Entidades Promotoras de Salud u otros pagadores y los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud se formaliza con la asignación, a través de dicha plataforma, del Código Único de Contrato (CUCON), el cual debe ser informado de manera obligatoria en la factura electrónica de venta en salud, como requisito para su validación en el Mecanismo Único de Validación de la Factura Electrónica de Venta y del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (FEV-RIPS).

Continuación de la Resolución: "Por la cual se establece el mecanismo de reporte de información para el giro directo de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación y de los presupuestos máximos, y se derogan las Resoluciones 654 de 2014, 3503 de 2015, 1587 de 2016, 4621 de 2016 y 3110 de 2018".

Que, con el fin de garantizar el cumplimiento de los requisitos legales y normativos aplicables a la factura electrónica de venta en salud, resulta necesario que dicha factura incorpore tanto el Código Único de Factura Electrónica (CUFE), generado por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), como el Código Único de Validación (CUV), emitido por el Mecanismo Único de Validación administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el número del contrato al que aplica dicha factura, en atención a los procesos de validación fiscal y sectorial establecidos para el control, trazabilidad y reconocimiento de los servicios y tecnologías en salud facturados.

Que, con el propósito de garantizar la adecuada programación, oportunidad y trazabilidad del giro directo de los recursos en los regímenes contributivo y subsidiado, se hace necesario definir un mecanismo de reporte de información a cargo de las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar, sujetas a la medida de giro directo, aplicable en los casos de contratación bajo las modalidades de capitación y de Pago Global Prospectivo (PGP), atendiendo a las particularidades propias de esas modalidades de pago, de manera que, para efectos exclusivos de la programación del giro directo, se permita que en dicho reporte los datos de la factura electrónica de venta sean sustituidos por el valor mensualizado del contrato, determinado a partir de los acuerdos de voluntades debidamente celebrados, así como la inclusión de campos adicionales de conformidad con la estructura de los archivos definidos en el Documento Técnico que se adopta en esta resolución.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer el mecanismo para el reporte de la información requerida para la programación y ejecución del giro directo a los prestadores de servicios de salud y a los proveedores de tecnologías en salud, por parte de las Entidades Promotoras de Salud y de las Entidades Obligadas a Compensar, con cargo a los recursos de la Unidad de Pago por Capitación, así como el mecanismo para el reporte de la información relacionada con el pago de los servicios y tecnologías financiados con los recursos de presupuestos máximos no cubiertos con la UPC. Asimismo, adoptar el Documento Técnico denominado "REPORTE DE INFORMACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y PROVEEDORES DE TECNOLOGÍAS EN SALUD BENEFICIARIOS DE GIRO DIRECTO DE LA UPC EN AMBOS REGÍMENES Y EN CASO DE PRESUPUESTOS MÁXIMOS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO FINANCIADOS CON CARGO A LA UPC" el cual hará parte integral de la presente resolución y será publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. En virtud de lo dispuesto en el parágrafo 1 del artículo 150 de la Ley 2294 de 2023, no estarán sujetas al giro directo las Entidades Promotoras de Salud adaptadas del Estado y aquellas que en su desempeño financiero cumplan con el patrimonio adecuado.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones aquí señaladas aplican para la programación y ejecución del giro directo en los regímenes contributivo y subsidiado, así como para el pago de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de presupuestos máximos por servicios y tecnologías no financiados con

Continuación de la Resolución: "Por la cual se establece el mecanismo de reporte de información para el giro directo de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación y de los presupuestos máximos, y se derogan las Resoluciones 654 de 2014, 3503 de 2015, 1587 de 2016, 4621 de 2016 y 3110 de 2018".

cargo a la UPC en dichos regímenes; en tal sentido, su alcance comprende tanto el reporte de información asociada a facturas radicadas, como el reporte correspondiente a los pagos de carácter prospectivo, derivados de los acuerdos de voluntades suscritos bajo la modalidad de capitación, así como de los anticipos pactados en otras modalidades de pago, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 441 de 2022, o en la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

Artículo 3. Reglas para el giro a los prestadores de servicios de salud y a los proveedores de tecnologías en salud. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud realizará, en nombre de las Entidades Promotoras de Salud y de las Entidades Obligadas a Compensar a quienes aplique la obligación del giro directo, o de la entidad que haga sus veces, el giro directo de los recursos a los prestadores de servicios de salud y a los proveedores de tecnologías en salud, de conformidad con las reglas que se establecen a continuación:

1. La suma de los giros a los prestadores de servicios de salud y a los proveedores de tecnologías en salud no podrá exceder el monto que le corresponda a la respectiva Entidad Promotora de Salud, de acuerdo con la Liquidación Mensual de Afiliados para el régimen subsidiado o el resultado de los procesos de compensación para el régimen contributivo.
2. Los giros a prestadores de servicios de salud y a los proveedores de tecnologías en salud corresponderán al valor autorizado por la Entidad Promotora de Salud, sin que se realicen fraccionamientos al valor postulado.
3. En caso de que el monto autorizado por la Entidad Promotora de Salud exceda el valor que le corresponda según la Liquidación Mensual de Afiliados o el resultado del proceso de compensación, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, efectuará el giro en el siguiente orden:
 - a. En primer lugar, prestadores de servicios de salud y a los proveedores de tecnologías en salud con los que la EPS haya celebrado acuerdos de voluntades bajo la modalidad de pago por capitación, iniciando con aquel que registre el mayor valor correspondiente y finalizando con el que registre el menor valor.
 - b. En segundo lugar, a los demás prestadores de servicios de salud y a los proveedores de tecnologías en salud, con los que existan acuerdos de voluntades bajo modalidades de pago diferentes a la capitación, igualmente en orden decreciente.
4. Si en aplicación de la regla anterior se identifica que dos o más prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud que presentan montos reportados exactamente iguales, el giro directo se realizará siguiendo el orden de registro de la información reportada por la Entidad Promotora de Salud o la Entidad Obligada a Compensar en el Documento Técnico adoptado en la presente resolución.
5. En los acuerdos de voluntades para el régimen subsidiado bajo la modalidad de pago por capitación, el valor a girar a los prestadores de servicios de salud y a los proveedores de tecnologías en salud, no podrá superar el monto que le corresponda a la EPS del respectivo municipio en la liquidación mensual de afiliados.

Continuación de la Resolución: "Por la cual se establece el mecanismo de reporte de información para el giro directo de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación y de los presupuestos máximos, y se derogan las Resoluciones 654 de 2014, 3503 de 2015, 1587 de 2016, 4621 de 2016 y 3110 de 2018".

6. El monto reportado por las Entidades Promotoras de Salud en los términos del artículo 4 de la presente resolución, deberá corresponder al resultado de la ejecución, así como al monto y a la forma de pago pactados en los acuerdos de voluntades; por lo tanto, en ningún caso, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud realizará compensaciones, ajustes o descuentos derivados de los acuerdos a que lleguen las partes.
7. Para el caso del giro con cargo a presupuestos máximos, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud realizará el giro con base en la postulación registrada por las Entidades Promotoras de Salud y las Entidades Obligadas a Compensar, mediante el Documento Técnico que se adopta en la presente resolución.
8. Los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, deberán efectuar los registros contables correspondientes, amortizando la cartera respectiva, de tal manera que, una vez recibido el giro, este se refleje en su contabilidad de conformidad con la información de los montos girados y de las facturas o códigos de contrato publicados en la página web de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 1. El giro que realiza la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud no modifica las obligaciones contractuales acordadas entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, ni exonera a las primeras del cumplimiento de sus obligaciones respecto de los montos no cubiertos mediante el giro de que trata la presente resolución.

Parágrafo 2. El giro contemplado en la presente resolución no exime a los prestadores de servicios de salud y a los proveedores de tecnologías en salud del cumplimiento de sus obligaciones contractuales y, en particular, de las relacionadas con la facturación electrónica de venta en salud soportada en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), conforme a lo dispuesto por la Resolución 948 de 2026 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

Artículo 4. Publicación del listado de entidades con información bancaria registrada. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud publicará en su página web, a más tardar el décimo (10) día hábil de cada mes, el listado de los prestadores de servicios de salud y de los proveedores de tecnologías en salud, debidamente registrados ante esa administradora para la recepción del giro directo del mes siguiente, así como el de aquellas en relación con las cuales se identifiquen inconsistencias, con indicación de la causal correspondiente.

Artículo 5. Reporte de información por parte de las entidades promotoras de salud a la ADRES. Una vez la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud publique en su página web el listado de los prestadores de servicios de salud y de los proveedores de tecnologías en salud, debidamente registrados ante esa administradora para la recepción de recursos por concepto de giro directo, las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar a quienes aplique la medida de giro directo, deberán reportar el detalle de los valores a girar, conforme al Documento Técnico adoptado en la presente resolución y en los siguientes términos:

Continuación de la Resolución: "Por la cual se establece el mecanismo de reporte de información para el giro directo de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación y de los presupuestos máximos, y se derogan las Resoluciones 654 de 2014, 3503 de 2015, 1587 de 2016, 4621 de 2016 y 3110 de 2018".

1. Proceso de compensación del régimen contributivo: dentro de los dos (2) días calendario siguientes a la publicación de los resultados de cada proceso semanal.
2. Proceso de Liquidación Mensual de Afiliados (LMA) del régimen subsidiado: entre el décimo (10) y el décimo quinto (15) día hábil del mes anterior a la ejecución del respectivo proceso, con base en el resultado de la UPC reconocida, previa aplicación de los descuentos y restituciones a que haya lugar, del proceso de la LMA inmediatamente anterior.

Parágrafo 1. Los plazos previstos en el presente artículo no serán aplicables a las Entidades Promotoras de Salud sometidas a medida especial de vigilancia, intervención forzosa administrativa para administrar o para liquidar, o la medida administrativa que expresamente determine la necesidad de validación especial de la postulación del giro directo ordenadas por la Superintendencia Nacional de Salud. En tales casos, las aseguradoras deberán cargar a través de la plataforma PISIS la postulación del giro directo de los recursos previa certificación de la firma contralora asignada por dicha Superintendencia y remisión a la ADRES de los soportes respectivos por parte de la entidad de inspección, vigilancia y control.

Parágrafo 2. Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de los montos autorizados, así como de la veracidad, calidad, integridad, oportunidad y consistencia de la información que reporten de conformidad con la estructura de los archivos definidos en el Documento Técnico adoptado mediante la presente resolución.

Parágrafo 3. Una vez finalizados los procesos del mes, la ADRES remitirá a la Superintendencia Nacional de Salud, para lo de su competencia y en el marco de sus funciones de inspección, vigilancia y control, la información de giros asociada a la facturación, contratos o postulaciones reportada por las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar. En consecuencia, las inconsistencias que se identifiquen en dicha información serán de responsabilidad exclusiva de la EPS o EOC que la haya reportado.

Artículo 6. Presentación de la factura electrónica en caso de pagos anticipados. Los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, incluidos los gestores farmacéuticos beneficiarios del giro directo, deberán presentar a la Entidad Promotora de Salud correspondiente la factura electrónica de venta en salud, debidamente validada por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, junto con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud y los demás soportes pactados conforme a lo previsto en la Resolución 948 de 2026 o la norma que la modifique, adicione o sustituya, en los siguientes términos:

1. Cuando el acuerdo de voluntades sea bajo la modalidad de pago por capitación, la factura deberá presentarse dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción del pago anticipado de que trata la presente resolución.
2. Cuando el acuerdo de voluntades sea bajo la modalidad de Pago Global Prospectivo y se hayan recibido anticipos, la factura deberá presentarse dentro de los cinco (5) primeros días hábiles del mes siguiente para el cual se haya girado el anticipo de que trata esta resolución.

En todos los casos, en el archivo XML de la factura electrónica se deberá registrar el monto del anticipo recibido que se aplica a la misma.

Continuación de la Resolución: "Por la cual se establece el mecanismo de reporte de información para el giro directo de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación y de los presupuestos máximos, y se derogan las Resoluciones 654 de 2014, 3503 de 2015, 1587 de 2016, 4621 de 2016 y 3110 de 2018".

Artículo 7. Inclusión del código único del contrato (CUCON) en el registro para postulación de giro directo. Para la postulación del giro directo será obligatoria la inclusión del código único de contrato asignado por el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial, de conformidad con las fechas de aplicación obligatoria del módulo de contratación definidas en el artículo 9 de la Resolución 1962 de 2025, o la norma que la sustituya, adicione o modifique. Entre tanto, la EPS deberá incluir el número de contrato con la estructura establecida por las partes.

Artículo 8. Facturas sin contrato. En los casos que se generen facturas por parte de prestadores de servicios de salud y de proveedores de tecnologías en salud, derivadas de la prestación de servicios o suministro de medicamentos o tecnologías en salud, sin que medie un acuerdo de voluntades, en los casos establecidos en la normatividad vigente, no se exigirá el registro del código único de contrato (CUCON) en la factura.

Artículo 9. Ajustes por diferencias entre el valor girado como anticipo y el valor real de la factura. Cuando se presenten diferencias entre el monto girado como anticipo y el valor real de la factura por los servicios o tecnologías en salud, la EPS deberá incluir en el registro del mes subsiguiente a la fecha de la propuesta de giro directo por concepto de anticipo, como se indica en el campo 20 del Documento Técnico adoptado por la presente resolución, y tendrá en cuenta el mayor o menor valor para ajustar en el monto que proponga para el giro directo. En todo caso, la responsabilidad por la postulación del valor a girar, así como por la veracidad, consistencia y exactitud de la información reportada, corresponderá a la Entidad Promotora de Salud o Entidad Obligada a Compensar.

Artículo 10. Publicación de información de giros. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud publicará en su página web la información relacionada con giros efectuados a los prestadores de servicios de salud y a los proveedores de tecnologías en salud, así como las transacciones de giro rechazadas y giros no realizados por inconsistencias en el monto reportado, conforme a los términos señalados en el artículo 3 de la presente resolución.

Artículo 11. Suspensión de programación para giro directo por anticipo en contratos por modalidad de pago capitación. Los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, que habiendo recibido mediante giro directo recursos por concepto de pago anticipado o anticipo en los acuerdos de voluntades celebrados mediante la modalidad de pago por capitación o Pago Global Prospectivo (PGP), no cumplan con la obligación de emitir la factura, en los términos incluidos en el artículo 6 de la presente resolución, no podrán ser objeto de nuevas programaciones de giro directo hasta tanto subsanen dicha omisión, sin perjuicio de las demás acciones disciplinarias o fiscales a que haya lugar.

En todo caso, la responsabilidad por el cumplimiento de este artículo corresponderá exclusivamente a la Entidad Promotora de Salud que realiza la postulación. En ningún caso la ADRES o el Ministerio de Salud y Protección Social serán responsables frente al incumplimiento de lo aquí dispuesto.

Artículo 12. Transitorio. La obligatoriedad del reporte de los campos 10 y 11 del tipo de Registro 3 del Documento Técnico, correspondientes al Código Único de Factura Electrónica (CUFE) y al Código Único de Validación (CUV), regirá a partir del tercer mes contado desde la fecha de expedición de la presente resolución.

Continuación de la Resolución: "Por la cual se establece el mecanismo de reporte de información para el giro directo de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación y de los presupuestos máximos, y se derogan las Resoluciones 654 de 2014, 3503 de 2015, 1587 de 2016, 4621 de 2016 y 3110 de 2018".

Lo anterior se entiende sin perjuicio de que la Superintendencia Nacional de Salud, con fundamento en la información que le sea reportada por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ejerza en cualquier momento sus funciones de inspección, vigilancia y control, en el marco de sus competencias legales.

Artículo 13. Inspección, vigilancia y control. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control sobre el cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución, en el marco de las competencias establecidas en la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011, Decreto 1080 de 2021 y las demás normas que regulan su actuación y, adelantar las actuaciones administrativas a que haya lugar.

Artículo 14. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y surtirá efectos a partir del primero (1) de noviembre de 2026, fecha a partir de la cual quedan derogadas las Resoluciones 654 de 2014, 3503 de 2015, 1587 de 2016, 4621 de 2016 y 3110 de 2018.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D.C, a los 05 AGO 2026



GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

Aprobó:

Didier Anibal Beltrán Cadena – Director Estratégico de Tecnología de la Información

Jhon Edison Betancur Romero – Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Vo.Bo.:

Hernán Darío Aguilar. – Viceministro de Protección Social

Daniel Felipe Soto Mejía - Director Jurídico (E)