



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)



**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**





**GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO
MARTÍNEZ**

Ministro de Salud y Protección Social

**JAIME HERNÁN URREGO
RODRIGUEZ**

Viceministro de Salud Pública y
Prestación de Servicios

**LUIS ALBERTO MARTÍNEZ
SALDARRIAGA**

Viceministro de la Protección Social

JHON EDISON BETANCUR ROMERO

Director de Regulación de Beneficios,
Costos y Tarifas del Aseguramiento en
Salud

**CARLOS HUMBERTO PEREZ
VESGA**

Asesor Despacho Viceministro de
Protección Social



Contenido

Introducción.....	4
1. Estructura y Especificación de los Archivos.....	5
1.1 Estructura y especificación del nombre de los archivos	5
1.2 Contenido del archivo	7
1.2.1 Registro Tipo 1: Registro de Control.....	7
1.2.2 Registro Tipo 2: Registro de detalle de beneficiario del Giro Directo.	8
1.2.3 Registro Tipo 3: Registro de detalle tipo factura o valor mensualizado del contrato	11
2. Características de los Archivos Planos.....	15
3. Plataforma para el envío de lo Archivos.....	16
3.1 Control de Calidad de los Datos.....	16
3.2 Mesa de Ayuda.....	17
3.3 Tratamiento de la Información	17
3.4 Seguridad de la Información	17

© Ministerio de Salud y Protección Social

Carrera 13 No. 32 76

PBX: (57-1) 330 50 00

FAX: (57-1) 330 50 50

Línea de atención nacional gratuita: 018000 91 00 97 Bogotá
D.C., Colombia



Introducción

El presente documento relaciona las estructuras y características de la información que las EPS y EOC a quienes aplique la medida de giro directo, deben reportar a través de la plataforma de interoperabilidad de PISIS a la ADRES, para la programación del giro directo a los prestadores de servicios de salud y a los proveedores de tecnologías en salud con cargo a los recursos de la UPC y del Presupuesto Máximo.

Para este Documento Técnico se definen tres capítulos:

1. ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIÓN DE LOS ARCHIVOS.
2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ARCHIVOS PLANOS.
3. PLATAFORMA PARA EL ENVÍO DE ARCHIVOS



1. Estructura y Especificación de los Archivos

1.1 Estructura y especificación del nombre de los archivos

El nombre de los archivos de la información de instituciones y entidades que prestan servicios o proveen tecnologías en salud beneficiarios de giro directo que debe ser enviada por las EPS y EOC, debe cumplir con el siguiente estándar

Componente del nombre de archivo	Valores permitidos o formato	Descripción	Longitud fija	Requerido
Módulo de información	GIR	Identificador del módulo de información: Giro Directo a incluidos en el plan de beneficios o con cargo a presupuesto máximo en regímenes subsidiado y contributivo.	3	Sí

Tipo de fuente	140	Fuente de la Información - EPS Entidades Promotoras de Salud.	3	Sí
Tema de información	GIFA	Información de IPS y proveedores de servicios y tecnologías en salud beneficiarios de giro directo	4	Sí
Fecha de corte	AAAAMMDD	Fecha de corte de la información reportada, No debe utilizar ningún tipo de separador. Ejemplo: 20260315	8	Sí
Tipo de identificación de la entidad reportadora	NI	NI: Tipo de identificación de la entidad fuente. Para este caso siempre será NI: NIT.	2	Sí
Número de identificación de la entidad reportadora	999999999999	Corresponde al número de identificación de acuerdo con el código anterior. En este caso será el número de NIT de la EPS sin dígito de verificación, puntos, comas o guiones. Se debe usar el carácter CERO de relleno a la izquierda si es necesario para completar el tamaño del campo. Ejemplo: 000860999123	12	Sí



Código de la entidad reportadora	XXXXXX	Corresponde al código de la entidad reportadora, el cual debe ser el asignado por la Superintendencia Nacional de salud Ejemplo: EPSXXX o ESSXXX o CCFXXX Ver tabla de referencia EPS Este código debe coincidir con el reportado en el registro tipo 1.	6	Sí
Fuente financiación	UPC ó UPM	UPC: Con cargo a UPC UPM: Con cargo a Presupuesto máximo	<u>3</u>	<u>Si</u>
Extensión del archivo	.TXT	Extensión del archivo plano.	4	Sí

NOMBRE DE ARCHIVOS

Tipo de Archivo	Nombre de archivo	Longitud
Relación de instituciones y entidades que prestan servicios o proveen tecnologías en salud beneficiarias del giro directo con cargo a UPC o presupuesto o máximo.	GIR140GIFAAAAAMMDNIXXXXXXXXXXXXXXEPSXXXPUPC.txt ó GIR140GIFAAAAAMMDNIXXXXXXXXXXXXXXEPSXXXUPM.txt	45

1.2 Contenido del archivo

El archivo de la información de “*Relación de Proveedores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud beneficiarios del giro directo*” está compuesto por un único registro de control (Registro Tipo 1) utilizado para identificar la entidad fuente de la información y varios tipos de registros de detalle numerados a partir del Registro Tipo 2 que contienen la información solicitada, así:

Registro	Descripción	Reporte
Tipo 1	Registro de control	Obligatorio
Tipo 2	Registro de detalle beneficiario del giro. Contiene la información de las instituciones y entidades que prestan servicios o proveen tecnologías en salud beneficiarios del giro directo.	Obligatorio
Tipo 3	Registro de detalle de factura o contrato. Contiene la información de las facturas o del valor mensualizado del contrato por capitación o por PGP objeto de giro a instituciones y entidades que prestan servicios o proveen tecnologías en salud que se reporta en el registro de detalle beneficiario del giro.	Obligatorio

Cada registro está conformado por campos, los cuales van separados por pipe (|)

1.2.1 Registro Tipo 1: Registro de Control

Es obligatorio. Es el primer registro que debe aparecer en los archivos que sean enviados

N°	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	1: valor que significa que el registro es de control	Sí
1	Tipo de identificación de la entidad que reporta	2	A	NI: NIT	Sí
2	Número de identificación tributaria de la entidad que reporta	12	N	Número de identificación tributaria sin dígito de verificación. No se debe rellenar con ceros.	Sí

3	Código de la Entidad	6	A	Corresponde al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud a la EPS. Este código debe coincidir con el código de EPS del nombre del archivo.	Sí
4	Fecha inicial del periodo de la información reportada	10	F	En formato AAAA-MM-DD. Debe corresponder a la fecha inicial del periodo de información reportado	Sí
5	Fecha final del periodo de la información reportada	10	F	En formato AAAA-MM-DD. Debe corresponder a la fecha de corte del archivo.	Sí
6	Número total de registros de tipo detalle.	10	N	Debe corresponder a la cantidad de registros tipo 2 y tipo 3, contenidos en el archivo.	Sí
7	Sumatoria total de los valores a girar presentados en los registros de detalle destinatario del giro.	22	N	Corresponde a la sumatoria de valores del campo "Valor a girar beneficiarios del giro" de los registros tipo 2. Este valor debe diligenciarse sin decimales, ni puntos, ni comas, no negativo, ni cero.	Sí

1.2.2 Registro Tipo 2: Registro de detalle de beneficiario del Giro Directo.

Mediante el registro de detalle beneficiario del giro, la EPS reporta la información de las instituciones y entidades que prestan servicios o proveen tecnologías en salud incluidos en el plan de beneficios, o por servicios con cargo a presupuesto máximo los valores objeto de giro para cada una de ellas. En ningún caso se podrá reportar más de un registro tipo 2 para una misma IPS o proveedor, por tanto, el tipo y número de la identificación no podrá repetirse.

N°	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	2: valor que significa que el registro es de tipo destinatario del giro.	Sí
1	Consecutivo de registro	10	N	Número consecutivo de registros de detalle. Inicia en 1 para el primer registro de detalle y va incrementando de 1 en 1, hasta el último registro del archivo.	Sí
2	Tipo de documento de identificación de la institución o entidad que presta servicios o provea tecnologías en salud incluidos en el plan de beneficios o con cargo a presupuesto máximo	2	A	El único valor válido es: NI (NIT)	Sí
3	Número de identificación tributaria de institución o entidad que presta servicios o provea tecnologías en salud incluidos en el plan de beneficios o con cargo a presupuesto máximo	12	N	Corresponde al número de identificación tributaria de la IPS o proveedor de servicios y tecnologías en salud incluidos en el plan de beneficios al cual se le hace el giro, número de NIT sin dígito de verificación.	Sí
4	Dígito de verificación	1	N	Corresponde al dígito de verificación del NIT de la IPS o proveedor de servicios y tecnologías en salud incluidos en el plan de beneficios.	Sí

5	Nombre o razón social de la institución o entidad que presta servicios o provea tecnologías en salud incluidos en el plan de beneficios o con cargo a presupuesto máximo	250	A	Corresponde al nombre o razón social de la IPS o proveedor de servicios y tecnologías en salud incluidos en el plan de beneficios	SÍ
6	Código de habilitación de la sede principal en caso de que el beneficiario sea un prestador de servicios de salud	10	N	Corresponde al código de habilitación de la sede principal del prestador según el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, REPS	NO
7	Valor a girar beneficiario del giro	20	N	Corresponde a la sumatoria de valores del campo "Valor a pagar de la factura por giro directo" de los registros tipo 3, que refieran al mismo prestador de servicios o proveedor de tecnologías en salud. Debe diligenciarse sin decimales, ni puntos, ni comas, no puede ser ni negativo, ni cero. Adicionalmente, el monto a girar a prestadores y/o proveedores no podrá ser inferior a ochenta y cinco (85)	SÍ
				UVB aproximado al entero más próximo	

1.2.3 Registro Tipo 3: Registro de detalle tipo factura o valor mensualizado del contrato

Mediante el Registro Tipo 3, la EPS reporta la relación de facturas o del valor mensualizado del contrato por capitación o por PGP de cada una de institución o entidad que presta servicios o provea tecnologías en salud incluidos en el plan de beneficios o con cargo a presupuesto máximo, beneficiarios del giro directo, sobre las cuales postula el giro. En ningún caso se podrá reportar más de un registro tipo 3 para una misma factura o valor mensualizado del contrato de la institución o entidad que presta servicios o provea tecnologías en salud incluidos en el plan de beneficios o con cargo a presupuesto máximo. El identificador único de la factura son los campos 2, 3, 4, 5 y 6 del presente registro.

N°	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	3: valor que significa que el registro es de tipo factura 4: valor que significa que el registro es tipo valor mensualizado del contrato	Sí
1	Consecutivo de registro	10	N	Número consecutivo de registros. Continúa la numeración a partir del consecutivo anterior y va incrementando de 1 en 1 hasta el final del archivo.	Sí
2	Tipo de documento de identificación de la institución o entidad que presta servicios o provea tecnologías en salud incluidos en el plan de beneficios o con cargo a presupuesto máximo	2	A	El único valor válido es: NI (NIT)	Sí

3	Número de identificación tributaria de la institución o entidad que presta servicios o provea tecnologías en salud incluidos en el plan de beneficios o con cargo a presupuesto máximo	12	N	Corresponde al número de identificación de la IPS o proveedor de servicios y tecnologías en salud incluidos en el plan de beneficios al cual se le hace el giro, número de NIT sin dígito de verificación.	Sí
4	Plan de beneficios o cobertura	1	N	1:Subsidiado 2: Contributivo 3: Presupuesto máximo contributivo 4: Presupuesto máximosubsidiado	Sí
5	Modalidad de pago a la cual corresponde la factura o el valor mensualizado del contrato	1	N	1: Paquete o canasta 2: Capitación 3: PGP 4: Evento	Sí
6	Código entidad territorial	5	N	Código según Tabla División Político-Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Ejemplo 11001. Es requerido si el campo modalidad de pago corresponde a capitación. (Ver la tabla de referencia Municipio en web.sispro.gov.co)	NO
7	Fecha de emisión de la factura	10	F	En formato AAAA-MM-DD. Debe corresponder a la fecha de emisión de la factura objeto de giro. Ejemplo fecha valida: 2025-07-01.	Sí
8	Prefijo de la factura	6	A	Prefijo de la factura. En caso de no tener prefijo, dejar en blanco	NO

9	Número de la factura	20	N	Corresponde al número de la factura objeto de giro.	SÍ
10	Número del CUFE	96	AN	Corresponde a uno de los requisitos de la factura electrónica de venta, constituido por un valor alfanumérico que permite identificar de manera inequívoca una factura electrónica de venta, incluido en los demás documentos electrónicos que se deriven de la citada factura. No es obligatorio en caso de pagos anticipados o anticipos	NO
11	NUMERO DEL CUV	96	AN	Corresponde a una cadena alfanumérica cifrada, que certifica la aprobación resultante de la validación única del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud —RIPS, que se obtiene cuando este registro cumple todas las reglas de validación obligatorias y de relación con la Factura Electrónica de Venta en salud y demás documentos electrónicos, cuando aplique. El mecanismo único de validación incluirá el CUV en el conjunto de información validado. No es obligatorio en caso de anticipos o pago anticipado	NO
12	Valor factura	20	N	Corresponde al valor total de la factura relacionada en este registro. Este valor debe diligenciarse sin decimales, ni puntos, ni comas, no negativo, ni cero y debe ser mayor o igual al valor contenido en el campo “Valor a pagar de la factura por giro dire cto” de este registro. Solo obliga cuando se trate de factura	NO

13	Valor a pagar de la factura por giro directo	20	N	Corresponde al valor a girar por la factura relacionada en este registro. Este valor debe diligenciarse sin decimales, ni puntos, ni comas, no negativo, ni cero y debe ser menor o igual al valor contenido en el campo "Valor factura" de este registro. Solo obliga cuando se trate de factura	NO
14	Número de contrato	20	N	Corresponde al número de contrato al que se aplicará el pago por giro directo. No se exigirá en caso de factura sin contrato	NO
15	Valor mensualizado del contrato por modalidad de pago capitación	12	N	Corresponde al cociente del valor total del contrato por capitación sobre el número de meses de la vigencia del contrato. Solo obliga cuando se trate de anticipo a valor contratado por capitación.	NO
16	Valor a pagar del valor mensualizado del contrato por capitación por giro directo	12	N	Valor a pagar del valor mensualizado del contrato por capitación por giro directo. Solo obliga cuando se trate de anticipo a valor contratado por capitación	NO
17	Valor del contrato por modalidad de pago PGP	12	N	Valor total del contrato por modalidad de pago PGP. Solo obliga cuando se trate de anticipo a valor contratado por PGP	NO
18	Valor mensualizado del contrato por modalidad de pago PGP	12	N	Corresponde al cociente del valor total del contrato por PGP sobre el número de meses de la vigencia del contrato. Solo obliga cuando se trate de anticipo a valor contratado por PGP	NO
19	Valor a pagar como anticipo del valor mensualizado del	12	N	Valor a pagar como anticipo del valor mensualizado del contrato por PGP por giro directo.	NO

	contrato por PGP por giro directo			Solo obliga cuando se trate de anticipo a valor contratado por PGP	
20	Valor a compensar por mayor o menor valor pagado en postulación anterior	12	N	Valor a ajustar por mayor o menor valor girado en contrato de capitación o PGP respecto de la factura	NO

2. Características de los Archivos Planos

Los archivos deben ser tipo texto y cumplir con las siguientes especificaciones técnicas:

2.1 En el anexo técnico de los archivos, el tipo de dato corresponde a los siguientes: A-Alfanumérico, N-Numérico, D-decimal, F-Fecha, T-Texto con caracteres especiales.

2.2 Todos los datos deben ser grabados como texto en archivos planos de formato ANSI, con extensión.txt

2.3 Los nombres de archivos y los datos de estos deben ser grabados en letras MAYÚSCULAS, sin caracteres especiales y sin tildes.

2.4 El separador de campos debe ser pipe (|) y debe ser usado exclusivamente para este fin. Los campos que corresponden a descripciones no deben incluir el carácter especial pipe (|).

2.5 Cuando dentro de un archivo de datos se definan campos que no son obligatorios y que no sean reportados, este campo no llevará ningún valor, es decir debe ir vacío y reportarse en el archivo entre dos pipes, por ejemplo, si entre el dato1 y el dato3, el dato2 está vacío se reportará así: dato1||dato3

2.6 Ningún dato en el campo debe venir encerrado entre comillas (") ni ningún otro carácter especial.

2.7 Los campos numéricos deben venir sin ningún formato de valor ni separación de miles. Para los campos que se permita valores decimales, se debe usar el punto como separador de decimales.



2.8 Los campos de tipo fecha deben venir en formato AAAA-MM-DD incluido el carácter guion, a excepción de las fechas que hacen parte del nombre de los archivos.

2.9 Las longitudes de campos definidas en los registros de control y detalle de este anexo técnico se deben entender como el tamaño máximo del campo, es decir que los datos pueden tener una longitud menor al tamaño máximo.

3. Plataforma para el envío de lo Archivos

El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá de la Plataforma de Intercambio de Información (Pisis) del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), para que las entidades reporten la información desde sus instalaciones. Si quien reporta aún no tiene usuario debe solicitarlo previo registro de su entidad en el Portal del SISPRO e iniciar sesión con las credenciales enviadas en el registro de usuario, seguidamente seleccionar la opción “Registrar Entidad” y el sistema le mostrara una ventana en la cual debe seleccionar el tipo de entidad y digitar el número de identificación de la entidad, luego clic en “verificar” diligenciar los datos pertinentes en el formulario, luego clic en “registrar”

Registrar solicitud de usuario:

<http://web.sispro.gov.co/Seguridad/Cliente/Web/RegistroSolicitudes.aspx>

3.1 Control de Calidad de los Datos

La Plataforma PISIS recibe los archivos conformados según la estructura del presente anexo técnico y realiza el proceso de validación, así:

- Primera validación: corresponde a la revisión de la estructura de los datos y se informa el estado de la recepción a quien reporta.
- Segunda validación: Una vez realizada en forma exitosa la primera validación se realiza el control de calidad de contenido en el aplicativo misional y se informa a quien reporta el resultado. Esta validación incluirá la concordancia del contrato informado con el registro en el módulo de contratación de SIIFA y la existencia del CUV para las facturas postuladas, en la base de datos de FEV-RIPS.



Se entiende cumplida la obligación de este reporte una vez la segunda validación sea exitosa.

3.2 Mesa de Ayuda

Con el propósito de brindar ayuda técnica para el reporte de los archivos, transporte de datos y demás temas relacionados, el Ministerio tiene dispuesta una mesa de ayuda. Los datos de contacto se encuentran en el siguiente enlace <https://www.sispro.gov.co/ayudas/Pages/Ayudas.aspx>.

Adicionalmente, se dispone de documentación para el uso de la plataforma PISIS en el siguiente enlace: el segundo enlace el que tienes en el segundo párrafo debe ser: <https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Soporte/FAQ/FAQ.aspx>.

3.3 Tratamiento de la Información

Los actores que participen en el flujo y consolidación de la información, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que les sea aplicable en el marco de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el Capítulo 25 del Libro 2 Parte 2 Título 2 del Decreto 1074 de 2015 y las normas que las modifiquen, reglamenten o sustituyan, en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad de la información suministrada y sobre los datos a los cuales tiene acceso.

3.4 Seguridad de la Información

Para garantizar la seguridad y veracidad de la información reportada, la Adres y las EPS habilitadas para operar el Régimen Contributivo y Subsidiado deben enviar los archivos firmados digitalmente, lo cual los protege, garantizando su confidencialidad, integridad y no repudio. Para firmar digitalmente los archivos, se debe usar un certificado digital emitido por una entidad certificadora abierta, aprobada por la entidad competente.