

DEPARTAMENTO DEL VALLE

CONSIDERANDO:

Cali
(20 notarías)

Día	Turno	Notarías	Nº de notarías
Sábado 2 de julio	Primero	5ª, 6ª, 7ª, 8ª	4
Sábado 9 de julio	Segundo	9ª, 10, 11, 12	4
Sábado 16 de julio	Tercero	13,14, 15, 16	4
Sábado 23 de julio	Cuarto	18, 19, 20, 21	4
Sábado 30 de julio	Quinto	1ª, 2ª, 3ª, 4ª	4
Sábado 6 de agosto	Primero	5ª, 6ª, 7ª, 8ª	4
Y así sucesivamente	Segundo		

Buga, Buenaventura, Cartago, Sevilla

(2 notarías por círculo)

Día	Turno	Notarías	Nº de notarías
Sábado 2 de julio	Primero	2ª	1
Sábado 9 de julio	Segundo	1ª	1
Sábado 16 de julio	Primero	2ª	1
Y así sucesivamente	Segundo		

Palmira

(4 notarías)

Día	Turno	Notarías	Nº de notarías
Sábado 2 de julio	Primero	1ª, 3ª	2
Sábado 9 de julio	Segundo	2ª, 4ª	2
Sábado 16 de julio	Primero	1ª, 3ª	2
Y así sucesivamente			

Tuluá

(3 notarías)

Día	Turno	Notarías	Nº de notarías
Sábado 2 de julio	Primero	3ª	1
Sábado 9 de julio	Segundo	1ª	1
Sábado 16 de julio	Tercero	2ª	1
Sábado 23 de julio	Primero	3ª	1
Y así sucesivamente	Segundo		

Artículo 2°. El sistema de turnos en esta providencia organizado constituye el número mínimo obligatorio de notarios que deben atender la función notarial los días sábados. Los Notarios que de manera voluntaria decidan prestar el servicio público notarial, los sábados, podrán hacerlo y deberán avisar a la Superintendencia de Notariado y Registro.

Artículo 3°. Señálase como sábado de inicio del primer turno establecido en esta resolución el 2 de julio de 2005.

Artículo 4°. Los festivos nacionales o regionales que den lugar a suspensión de actividades o asuetos colectivos, si coinciden con las fechas aquí fijadas, no implican atención del servicio notarial. Tampoco habrá lugar a restablecimiento de dichos turnos.

Artículo 5°. Esta resolución y el horario que aquí se determina deben darse a conocer al público y se colocará en sitio visible de las notarías.

Artículo 6°. Publíquese esta providencia en el *Diario Oficial* y en la página web de la Superintendencia de Notariado y Registro.

Artículo 7°. Esta resolución subroga las Resoluciones números 2215 de 2004 y 1560 de 2005.

Artículo 8°. Esta resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

Comuníquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 30 de junio de 2005.

El Superintendente de Notariado y Registro,

Manuel Guillermo Cuello Baute.

(C.F.)

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

ACUERDOS

ACUERDO NUMERO 000293 DE 2005

(abril 18)

por el cual se asignan recursos de la Subcuenta de Promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) para el fortalecimiento de programas de salud sexual y reproductiva y se dictan otras disposiciones.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en ejercicio de las facultades conferidas en el numeral 12 del artículo 172 de la Ley 100 de 1993 y el numeral 2 del artículo 6° del Decreto 1283 de 1996, y

Que según lo dispuesto en el artículo 222 de la Ley 100 de 1993, los recursos de la Subcuenta de Promoción tiene por objeto la financiación de las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad y “serán complementarios de las apropiaciones que haga el Ministerio de la Protección Social para tal efecto”;

Que en virtud del artículo 25 del Decreto 1283 de 1996, “la Subcuenta de Promoción tiene por objeto financiar las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad, de acuerdo con las prioridades que al efecto defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”;

Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 6° del Decreto 1283 de 1996, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud actúa como Consejo Administrador del Fosyga y tiene la función de determinar los criterios de utilización y distribución de los recursos del mismo;

Que de acuerdo con el concepto de la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado emitido el 31 de marzo del 2004, “el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud puede destinar recursos de la subcuenta de Promoción de la Salud para desarrollar programas de promoción y prevención masivos de alto impacto en salud pública, orientados a proteger la totalidad de la población conforme a las prioridades establecidas por las autoridades competentes de salud”;

Que el proyecto de que trata el presente acuerdo, cumple lo señalado por el Consejo de Estado, por cuanto genera un alto impacto en la salud pública de la población en general al presentar altas externalidades positivas por lo que resulta costo efectivo para el Régimen Contributivo;

Que según lo previsto en el Plan de Acción del Ministerio de la Protección Social se hace necesario realizar programas encaminados a fortalecer la promoción de la salud sexual y reproductiva y el desarrollo de acciones para la prevención del embarazo no planeado en adolescentes como factor que altera su salud integral, su calidad de vida y aumenta las probabilidades de muerte asociada al ejercicio sexual no protegido;

Que el comportamiento sexual de adolescentes y jóvenes está influenciado por factores como el inicio temprano de las relaciones sexuales, la percepción del riesgo y comportamientos sexuales en hombres y mujeres, el conocimiento, acceso y uso de los servicios de salud y las características socioculturales;

Que a pesar de la reducción de la fecundidad presentada en el país existen notorias diferencias entre regiones y grupos de población. Es así como en más de 100 municipios las tasas de fecundidad total son superiores a 4 hijos por mujer. Dentro de los grupos más vulnerables está la población más pobre, con bajo nivel educativo, ubicada en las zonas rurales, los desplazados por el conflicto armado y los adolescentes en los cuales la fecundidad se ha incrementado pasando del 15% en 1990 a 17% en 1995 y a 19% en el 2000; a su vez, la tasa entre población marginada y desplazados en el 2001 era del 30%. Las adolescentes tienen los niveles más bajos de prevalencia anticonceptiva, solo el 17.3% del total de mujeres dentro de este grupo de edad usan algún método, y de estas una tercera parte (4.8%) usan métodos tradicionales o folclóricos;

Que a través del proyecto de “Apoyo a la Promoción y Prevención de SSR”, se logró generar movilización social del Estado y de la sociedad civil para incorporar efectivamente en la agenda pública los temas relacionados con la salud y los Derechos sexuales y Reproductivos cuyos resultados evaluación de la campaña de comunicación Masiva sobre “Derechos Convertidos en Hechos”, “No te Mueras de Amor”, demostraron que a casi la totalidad de los entrevistados que recuerdan la campaña le gustó y le pareció convincente e impactante; y afirma que su actitud cambió frente a la importancia de hablar de sexo con la pareja antes de tener una relación sexual;

Que según el Acuerdo 0283 de 2005, que aprueba el Presupuesto del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, para la vigencia fiscal de 2005 el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, destinó \$30.000.000.000.00 en la Subcuenta de Promoción, para el desarrollo de programas nacionales de promoción y prevención;

Que se cuenta con la certificación de disponibilidad presupuestal expedida por la Dirección de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social;

Que en ningún caso se destinarán recursos para gastos diferentes a las actividades incluidas en los programas y campañas definidas en el presente acuerdo, asociados a los programas del Ministerio de la Protección Social;

Que el presente acuerdo, de conformidad con lo establecido en el artículo 16 del Acuerdo 31 del CNSSS, cuenta con concepto previo favorable de la Oficina Jurídica del Ministerio de la Protección Social por considerarlo ajustado a las normas vigentes,

ACUERDA:

Artículo 1°. *Objeto.* Destinar la suma de \$10.000.000.000.00 (diez mil millones de pesos) de la Subcuenta de Promoción del Fosyga, para el fortalecimiento de las acciones de carácter integral, colectivas e individuales de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva y prevención y control de la fecundidad no deseada en grupos de mayor vulnerabilidad, que deben desarrollar las EPS; ARS y entidades territoriales, según disponibilidad presupuestal expedida por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social.

Artículo 2°. *Destinación y distribución de los recursos.* Los recursos de que trata el artículo 1° del presente acuerdo se destinarán al desarrollo de las siguientes componentes de promoción y prevención en Salud Sexual y Reproductiva.

• Fortalecimiento y ampliación de la estrategia integral de movilización social de apoyo a la Promoción y Prevención de SSR, Derechos Convertidos en Hechos, de tal manera que logre un mayor impacto sobre las franjas de población a riesgo y se involucren otros sectores de la sociedad civil, así como otras instituciones y entidades territoriales seleccionadas por su interés y vulnerabilidad. Esta estrategia incluye tanto la campaña en medios masivos como las acciones de capacitación en la oferta y el empoderamiento de la demanda.

• Estímulo a la oferta de métodos efectivos de planificación familiar para los municipios de mayor vulnerabilidad, cofinanciado proyectos interinstitucionales de intervención que canalicen recursos de los diferentes actores del sistema que garanticen:

– Actividades de educación y consejería sobre los diferentes métodos de planificación familiar, desde la perspectiva de género y respetando los derechos sexuales y reproductivos, dirigidas a hombres, mujeres y parejas en edad fértil, que contribuyan a tomar una decisión informada sobre la regulación de su fecundidad.

– Servicios clínicos y quirúrgicos (métodos temporales y definitivos) de planificación familiar según riesgo y características de los usuarios (edad, expectativa obstétrica, vulnerabilidad).

– Respeto al derecho del(a) usuario(a) a otorgar el consentimiento individual informado escrito, para la realización de procedimientos (DIU, Implante Subdérmico, Ligadura de Trompas y Vasectomía).

– Campañas de tamizaje para detectar de manera temprana el cáncer de seno, cervicouterino, testículo y próstata, a través de acciones oportunas de diagnóstico como es el examen de mama, la citología vaginal.

– Orientar a mujeres y hombres afectada(o)s hacia servicios de diagnóstico definitivo y definir la manera adecuada y oportuna del tratamiento, tendiente a incrementar las posibilidades de curación y mayor expectativa de vida.

Parágrafo. Para la selección de las entidades territoriales objeto de la intervención, se tendrán en consideración criterios de riesgo tales como, mayores índices de necesidades básicas insatisfechas, alta fecundidad, débil capacidad resolutoria en salud sexual y reproductiva y compromiso político territorial.

Artículo 3°. *Presentación de Informes.* El Ministerio de la Protección Social deberá presentar ante el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, un informe consolidado de la distribución y asignación final de los recursos de que trata el presente acuerdo y una evaluación periódica del avance e impacto de estas inversiones.

Artículo 4°. *Vigencia.* El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación en el *Diario Oficial* y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 18 de abril de 2005.

El Ministro de la Protección Social,

Diego Palacio Betancourt,
Presidente CNSSS.

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Alberto Carrasquilla Barrera.

El Secretario Técnico CNSSS,

Eduardo Alvarado Santander.
(C.F.)

ACUERDO NUMERO 000294 DE 2005

(junio 28)

por el cual se modifica parcialmente el Acuerdo 244 del CNSSS y se establecen las condiciones de operación regional del régimen subsidiado.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 212 de la Ley 100 de 1993, y

CONSIDERANDO:

Que el número de afiliados con el que operan las ARS, las condiciones de alta dispersión geográfica y las desbalanceadas condiciones de oferta y demanda entre aseguradores, afiliados y prestadores, en algunas regiones apartadas del país, conllevan a plantear un esquema de operación regional para garantizar una mayor estabilidad financiera y capacidad resolutoria de las ARS y la capacidad de vigilancia y control de las mismas por parte del Sistema;

Que el Acuerdo 244 del CNSSS en su Capítulo IV reguló la operación regional del régimen subsidiado;

Que con el fin de implementar la operación regional del régimen subsidiado a partir del 1° de octubre del presente año se requiere modificar las condiciones de operación regional establecidas en el citado Acuerdo 244 del CNSSS, para independizarlo del proceso de habilitación que actualmente no permite establecer un escalafón para seleccionar las ARS;

Que el Plan Nacional de Desarrollo contempla la implementación de la operación regional en el régimen subsidiado de salud como una medida que posibilite una operación eficiente del aseguramiento y una adecuada prestación de servicios a los afiliados;

Que las Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006, Hacia un Estado Comunitario, que conforme al artículo 4° hacen parte de la Ley 812, plantean que: “Para la operación del régimen subsidiado, el Ministerio de la Protección Social definirá zonas de operación regional, con el fin de lograr la concentración poblacional que permita la operación eficiente del aseguramiento y la adecuada prestación del servicio a los afiliados. El otorgamiento de las zonas de operación lo hará el CNSSS por concurso público entre todas las EPS autorizadas, en especial aquellas sin ánimo de lucro, por un período no inferior a cuatro años. La población beneficiaria podrá afiliarse libremente a cualquiera de las EPS autorizadas en la respectiva zona de operación. Las direcciones municipales y distritales serán las responsables de convocar y contratar con las EPS autorizadas para la operación del régimen subsidiado en su jurisdicción y con las elegidas por los beneficiarios seleccionados a través del Sisbén”;

Que las Bases del Plan Nacional de Desarrollo plantean que el concurso de ARS se efectuará para un período de cuatro años pero que dados los aplazamientos autorizados por el CNSSS se considera conveniente completar el primer período en los dos años y medio que restan;

Que se consideró un número máximo de quince (15) cupos por región teniendo en cuenta el potencial de afiliados de cada ARS en la respectiva región, en la medida en que el número de afiliados por región es aproximadamente de 3.000.000 de personas lo que significa que en una distribución homogénea a cada ARS le corresponderían en promedio 200.000 afiliados en la región y para efectos de permitir el cumplimiento del requisito del número mínimo de afiliados establecido en el Decreto 515 de 2003 modificado por el Decreto 506 de 2005, se permite la participación en tres de las cinco regiones, sin perjuicio de que el número de afiliados que corresponda a cada ARS dependerán de la libre elección de los beneficiarios del régimen subsidiado. Para el caso de las Cajas de Compensación Familiar y las ARS-I se considera pertinente que se contabilicen como un solo cupo en la región siempre y cuando no se repitan en un mismo departamento, en razón al ámbito geográfico de operación departamental de las Cajas y la operación en municipios con población indígena de las ARS-I;

Que igualmente es necesario que las ARS tengan una presencia geográfica importante en la región, evitando que se concentren exclusivamente en las grandes ciudades, razón por la cual debe exigirse que oferten sus servicios en por lo menos el 20% de los municipios que componen la región, con una oferta equivalente para quienes operen en un solo departamento;

Que la Ley 691 de 2001, reglamenta y garantiza el derecho de acceso y participación de los Pueblos Indígenas en los servicios de salud en las condiciones que garanticen su dignidad, y el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de tal manera que se asegure su permanencia social y cultural, según los términos establecidos en la Constitución Política, en los tratados internacionales y las demás leyes relativas a los pueblos indígenas;

Que el presente acuerdo, de conformidad con lo establecido en el artículo 16 del Acuerdo 31 del CNSSS, cuenta con concepto previo favorable de la Oficina Jurídica del Ministerio de la Protección Social por considerarlo ajustado a las normas vigentes, el cual se anexa al acta correspondiente,

ACUERDA:

Artículo 1°. *Operación regional del régimen subsidiado.* A partir del 1° de octubre de 2005 el régimen subsidiado de salud operará de manera regional de conformidad con las reglas que se establecen en el presente acuerdo. La operación regional significa que los municipios solo podrán contratar el régimen subsidiado con las ARS que mediante la convocatoria cuyas bases se señalan en este acuerdo, hayan sido seleccionadas para operar en la respectiva región y que los beneficiarios del subsidio solo podrán escoger una ARS entre aquellas seleccionadas en la región.

Las ARS que pretendan contratar con cualquier municipio de la región deberán inscribirse, conforme a las condiciones que se establecen en el presente acuerdo, siempre que cumplan con todos los requisitos legales y reglamentarios para funcionar y para la firma del contrato cumplir con todos los requisitos que señale el Gobierno Nacional y no estar impedidas para celebrar contratos con el Estado conforme lo señalado por el artículo 2° de la Ley 901 de 2004 y el Decreto 3361 de 2004.

Si la ARS resulta seleccionada para una región y escogida por los usuarios en un municipio pero no es habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud por no cumplir con los requisitos para ello, no podrá ser contratada y deberá darse paso a la siguiente ARS en el orden de la lista de elegibilidad para la región. En todo caso para sustituir las ARS no habilitadas solo podrán tenerse en cuenta las siguientes tres ARS que tengan los mejores puntajes de la lista.

Artículo 2°. *Regiones de operación.* El régimen subsidiado operará en cada una de las regiones definidas por el Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con criterios de población afiliada, geografía cultural y red de servicios.

Artículo 3°. *Número de ARS por región.* Entre las ARS inscritas con base en lo previsto en el presente acuerdo, en cada una de las regiones, se efectuará la selección de las ARS que dentro de cada región presenten los mejores puntajes hasta completar los 15 cupos acorde con el procedimiento establecido en el presente acuerdo.

En cada región se buscará la presencia de los distintos tipos de ARS según su naturaleza jurídica, esto es al menos una EPS indígena, una EPS pública del orden nacional, una Empresa Solidaria de Salud, una Caja de Compensación Familiar, una EPS privada, y una EPS pública o mayoritariamente pública del orden departamental o municipal de la respectiva región.

En los casos en que dos o más entidades obtengan el mismo puntaje para la definición de los últimos cupos, se priorizarán conforme a los siguientes criterios:

(i) Entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro, en concordancia con lo expresado por la Ley 812 de 2003;

(ii) Empresas Solidarias de Salud en concordancia con el artículo 216 de la Ley 100 de 1993;

iii) La entidad que haya obtenido la mejor calificación en el criterio de percepción y satisfacción de los actores, y

(iv) La entidad que haya obtenido la mejor calificación en el criterio de número de afiliados.

Ninguna ARS podrá ser autorizada para operar en más de tres de las cinco regiones establecidas, pero el CNSSS podrá superar esta limitación y disponer que en una o varias regiones ingrese una ARS adicional con el fin de garantizar la pluralidad en el tipo de entidades participantes en especial de las ARS públicas o privadas sin ánimo de lucro, siempre y cuando la respectiva ARS haya sido calificada dentro de los quince primeros puntajes.

De manera excepcional las ARS podrán operar hasta en dos (2) departamentos de regiones diferentes a aquellas en las que fueron seleccionadas, o aun si no fuesen seleccionadas en ninguna región, siempre y cuando se hayan presentado al concurso en esa región y acrediten que en el respectivo departamento cuentan a 31 de diciembre de 2004 por lo