

CAPÍTULO IV

Talento humano en salud para la rehabilitación en salud

Artículo 14. *Formación continua o educación permanente del talento humano en salud para la rehabilitación en salud.* Los prestadores de servicios de salud que oferten servicios de rehabilitación en salud deberán financiar y planificar los procesos de formación continua o educación permanente en salud en los Planes Institucionales de Capacitación, de acuerdo con el marco normativo vigente para el desarrollo y fortalecimiento de competencias orientadas a la prestación de servicios de rehabilitación en salud, con énfasis en la práctica colaborativa, multidisciplinar y bajo las orientaciones conceptuales del funcionamiento humano. De no existir oferta de instituciones educativas en el territorio, los mismos prestadores con articulación de las entidades territoriales del nivel departamental y distrital podrán realizarlo teniendo en cuenta las orientaciones establecidas en el anexo técnico de esta resolución.

Artículo 15. *Prácticas formativas del talento humano en salud para la rehabilitación en salud.* El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá la ampliación y fortalecimiento de los escenarios de práctica formativa en los programas del área de la salud para la puesta en marcha por las Instituciones de Educación Superior y los prestadores de servicios de salud, contribuyendo a la formación en territorio del talento humano en salud para la rehabilitación en salud.

Artículo 16. *Promoción del servicio Social Obligatorio en servicios de rehabilitación en salud.* El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá estrategias para la creación de plazas de servicio social obligatorio de profesionales de la salud en servicios de rehabilitación en salud, con el objeto de fortalecer y cualificar los servicios, de acuerdo con la normativa vigente.

Artículo 17. *Condiciones de trabajo digno y decente para el talento humano en salud para la rehabilitación en salud.* El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá la implementación de la Política Pública de Talento Humano en Salud, de acuerdo con las disposiciones normativas vigentes.

CAPÍTULO V

Disposiciones finales

Artículo 18. *Financiamiento para la rehabilitación en salud.* Los servicios y tecnologías en salud que hacen parte del Plan de Beneficios en Salud requeridos para la rehabilitación en salud serán financiados con los recursos del sistema de salud destinados para el aseguramiento, administrados por la Adres, de acuerdo con los usos señalados por la norma.

Las intervenciones colectivas y procesos de gestión de la salud pública que aportan a la rehabilitación en salud serán financiados por las entidades territoriales con recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) del subcomponente de salud pública, de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente.

El Ministerio de Salud y Protección podrá cofinanciar proyectos de inversión para el fortalecimiento de la rehabilitación, en los términos definidos en el anexo técnico, que hace parte integral de la presente resolución, de acuerdo con la disponibilidad de recursos.

Los eventos derivados de accidente de trabajo o enfermedad laboral serán financiados por el Sistema General de Riegos Laborales de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente.

Los eventos derivados de accidentes de tránsito serán financiados por las compañías de seguros que administren el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito- Aseguradoras del ramo SOAT o la Adres según corresponda, de conformidad con el régimen jurídico vigente.

Las entidades territoriales podrán gestionar otras fuentes de financiación para el desarrollo de acciones orientadas al fortalecimiento de la rehabilitación en salud en sus territorios, en los términos definidos en el anexo técnico, que hace parte integral de la presente resolución.

Parágrafo. Las ayudas técnicas financiadas con cargo a la UPC, corresponden a las señaladas en el artículo 55 de la Resolución número 2718 de 2024 y aquellas normas que la modifiquen o sustituyan.

Artículo 19. *Información, monitoreo y evaluación para la rehabilitación en salud.* Las autoridades sanitarias departamentales, distritales y municipales coordinarán los mecanismos de reporte de información de los diferentes actores del sistema de salud que tienen responsabilidades relacionadas con la recolección, uso y análisis de información para la rehabilitación en salud. Así mismo, dicha información aportará para la evaluación de los indicadores de rehabilitación en salud a nivel nacional. Este Ministerio brindará asistencia técnica a las entidades territoriales para garantizar la calidad de la información y establecerá las orientaciones para el desarrollo del monitoreo y evaluación, mediante metodologías, instrumentos y flujos de información que serán operados desde el nivel nacional y territorial.

Artículo 20. *Los regímenes Especial y de Excepción.* Los regímenes Especial y de Excepción de acuerdo con artículo 279 de Ley 100 de 1993, así como el Fondo Nacional de Salud para la población privada de la libertad conforme lo dispuesto en la Ley 1709 de 2014, podrán tener en cuenta las disposiciones contenidas en el presente acto administrativo y realizar las respectivas gestiones, así como la apropiación de los recursos dispuestos para tal fin.

Artículo 21. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 4 de septiembre de 2025.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez.

(C. F.)

RESOLUCIÓN NÚMERO 00001789 DE 2025

(septiembre 4)

por la cual se determinan las regiones y subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establece la metodología para su tipificación, organización y actualización en el marco del proceso de territorialización del Cuidado Integral de la salud en el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

El Ministro de Salud y Protección Social, en uso de sus atribuciones legales y reglamentarias, en especial las conferidas en los numerales 2 y 3 del artículo 2° del Decreto Ley 4107 de 2011, los artículos 2.11.2.1.6 y 2.11.2.1.7 del Decreto número 0858 de 2025 compilado en el Decreto número 780 de 2016 y,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 48 de la Constitución Política, modificado por el Acto Legislativo número 1 de 2005, señala que la Seguridad Social es un derecho irrenunciable y un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, el cual se debe garantizar a todos los habitantes.

Que el artículo 49 de la Carta Política, modificado por el artículo 1° del Acto Legislativo número 2 de 2009, establece que la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado, razón por la cual le corresponde organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad para garantizar a todas las personas, el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Que el artículo 365 de la Constitución Política establece que los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado y, en consecuencia, debe asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional; frente a la prestación de los servicios públicos, el Estado mantendrá su regulación, control y vigilancia.

Que, para los fines pertinentes, la prestación del servicio de salud podrá organizarse en forma descentralizada y por niveles de atención y corresponde al Estado establecer las políticas para garantizar a todas las personas el acceso a dicho servicio, reconocido como derecho constitucional, fundamental y autónomo de conformidad con lo señalado en la Sentencias C-463 de 2008 y T-760 de 2008 de la Corte Constitucional y la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Que, la Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, en su artículo 3°, establece que el sistema de salud debe aplicar un enfoque diferencial que reconozca las condiciones específicas de poblaciones vulnerables, en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia, y en su artículo 30, dispuso que: “El Gobierno nacional definirá los territorios de población dispersa y los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades y fortalecerá el aseguramiento”.

Que, es así como, para estas poblaciones, el Estado debe desarrollar mecanismos especiales que mejoren el acceso efectivo a los servicios de salud y fortalezcan el aseguramiento, lo cual se operacionaliza a través de la presente resolución mediante la creación de tipologías funcionales diferenciales no solo basadas en criterios étnicos, sino también en condiciones geográficas, sociales y de dispersión poblacional, en coherencia con los principios de equidad y accesibilidad del sistema de salud.

Que el literal b) del artículo 5° de la Ley 1751 de 2015 Estatutaria de Salud establece que el Estado dentro de sus obligaciones de protección, respeto y garantía del derecho a la salud deberá, entre otras acciones: “Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema”.

Que en la Sentencia C-370 de 2002, la Corte Constitucional en el marco del principio de igualdad promueve la adopción de medidas razonables y proporcionales con fundamento en el medio y diversidad cultural. En dicha providencia, se resalta que las normas constitucionales deben interpretarse de forma que se respete el carácter pluralista y participativo del Estado, sin que ello implique extender de manera automática garantías específicas a grupos no contemplados expresamente en la norma.

Que, la Ley 1454 de 2011, por la cual se dictan normas orgánicas sobre ordenamiento territorial y se modifican otras disposiciones, establece el marco normativo para la organización del territorio nacional y la conformación de esquemas asociativos entre entidades territoriales, con el propósito especial de garantizar los derechos fundamentales de los ciudadanos, como la prestación de servicios públicos de manera más eficiente, gestionar proyectos de interés común y promover el desarrollo regional, siendo la presente organización funcional un instrumento que facilita y materializa dichos principios de asociatividad y concurrencia en el sector salud.

Que el literal c) del artículo 154 de la Ley 100 de 1993 establece que el Estado intervendrá en el servicio público de Seguridad Social en Salud, para lo cual buscará el logro de los siguientes fines: “Desarrollar las responsabilidades de dirección, coordinación, vigilancia y control de la Seguridad Social en Salud y de la reglamentación de la prestación de los servicios de salud”.

Que el numeral 5 del artículo 3° de la Ley 2294 de 2023 establece la Convergencia Regional como uno de los ejes de transformación del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, orientado a cerrar las brechas sociales y económicas entre los hogares y territorios del país. En este marco, la territorialización del modelo de salud se configura como una estrategia fundamental para garantizar el acceso equitativo, oportuno y de calidad a los servicios de salud, reconociendo las particularidades de cada región, su diversidad geográfica, cultural y demográfica. Esta apuesta fortalece la articulación interinstitucional y la gestión pública con enfoque diferencial, situando al ciudadano en el centro del sistema, e impulsando un modelo de salud más cercano a las comunidades, con capacidad resolutoria desde el nivel primario de atención y en armonía con las dinámicas territoriales.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución número 2367 de 2023 que modifica los artículos 1°, 2° y 3° de la Resolución número 1035 de 2022 y los Capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico “Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031”, en la cual se indicó como una de las estrategias del eje 4 sobre Atención Primaria en salud, la “Regionalización y territorialización del sistema de salud por áreas para la gestión en salud/territorios en salud con base en la estrategia atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, cuidado de la salud, gestión integral del riesgo en salud, y el enfoque diferencial poblacional y territorial”.

Que la construcción de la propuesta de regiones y subregiones funcionales se fundamenta en el proceso participativo realizado entre julio y agosto de 2024, en el marco de las mesas de trabajo de socialización convocadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, cuyos resultados se encuentran sistematizados en el documento “Socialización propuesta regiones y subregiones funcionales” del mismo año, suscrito por la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. En la consolidación de dicho documento se tuvieron en cuenta las observaciones de delegados de entidades departamentales y distritales, representantes de Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás actores del sistema, en relación con la conformación de subregiones funcionales, ajustes de centralidades, inclusión o exclusión de municipios y criterios técnicos asociados a accesibilidad, flujos de atención, tiempos de desplazamiento, infraestructura y relaciones históricas de referencia y contrarreferencia.

Que la Ley 2460 de 2025 y el Decreto número 729 de 2025, establecen la salud mental como un componente esencial del derecho a la salud, y orientan su abordaje desde un enfoque territorial, intersectorial y comunitario. En tal sentido, disponen la articulación de acciones entre niveles de gobierno y sectores, el despliegue de Equipos Básicos de Salud o Equipos de Salud Territoriales con enfoque comunitario y diferencial, y la integración de servicios comunitarios de salud mental.

Que mediante el Decreto número 351 de 2025 se adiciona la Parte 13 del Libro 2 del Decreto número 780 del 2016, con el objeto de adoptar el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), como instrumento orientador de las políticas, estrategias y acciones dirigidas a garantizar el acceso efectivo y equitativo a servicios de salud en zonas rurales, rurales dispersas y de difícil acceso, el cual deberá articularse con el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, en el marco de un enfoque territorial y de justicia social.

Que el artículo 2.11.2.1.6 del Decreto número 0858 de 2025, por la cual se sustituye la Parte 11, del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, relativo al Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, establece que “Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces, los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, los otros sectores y los actores sociales y comunitarios planificarán y organizarán la respuesta en el marco del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo a través de la territorialización en salud (...)”, garantizando de esta manera la gestión territorial integral de la salud pública y el acceso equitativo, universal y de calidad a los servicios, de acuerdo con las necesidades de las personas, familias y comunidades en sus entornos de vida.

Que el artículo 2.11.2.1.7 del citado decreto consigna que el Ministerio de Salud y Protección Social determinará “(...) la organización funcional para la gestión territorial integral de la salud pública en regiones y teniendo en cuenta, entre otros criterios los siguientes: i) organización de tipologías de municipios y distritos usando variables socioeconómicas; ii) ajuste de modelos de territorialización basado en la proximidad entre municipios o distritos de distintas tipologías; iii) validación de divisiones territoriales basadas en el acceso, la cobertura y las capacidades territoriales; iv) distribución de la infraestructura sanitaria; v) análisis de situación de salud de los territorios y vi) indicadores de salud trazadores. Esta organización funcional no modifica la división político-administrativa del país ni crea nuevas entidades territoriales”.

Que, la organización funcional del cuidado integral de la salud en niveles territoriales, parte de un proceso orientado a identificar, analizar y comprender las relaciones históricas, culturales, económicas, políticas y ambientales como determinantes sociales que configuran el proceso salud-enfermedad de las personas, familias y comunidades, y que se expresan epidemiológicamente en un ámbito geográfico territorial.

Que este análisis integral permite establecer niveles territoriales que facilitan la conformación de un ordenamiento jerárquico constituido por microterritorios y territorios dentro del ámbito municipal y distrital, y de subregiones y regiones funcionales en un ámbito territorial superior, agrupando municipios y distritos, como estructuras integradas y dinámicas para la planificación, gestión y evaluación de las intervenciones para el cuidado

integral de la salud, garantizando una respuesta articulada, equitativa y contextualizada a las necesidades en salud de la población.

Que la heterogeneidad territorial del país, ampliamente documentada por estudios técnicos del Departamento Nacional de Planeación, la Misión para la Transformación del Sistema de Salud y organismos multilaterales como el Banco Mundial, exige un abordaje diferencial en el diseño e implementación de las políticas públicas en salud. Esta diversidad territorial demanda una organización funcional por escalas regionales y subregionales que, sin modificar la división político-administrativa del país, facilite la articulación efectiva entre los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, permita adaptar los instrumentos de planeación a los contextos territoriales y fortalezca los procesos de desarrollo, implementación y seguimiento de dichos instrumentos, conforme a lo dispuesto en la Ley 1454 de 2011 y la Ley 1751 de 2015.

Que las subregiones funcionales para la gestión territorial integral de la salud pública, organizadas funcionalmente como agrupaciones de municipios, permiten responder de forma oportuna y efectiva a las necesidades en salud de la población, promoviendo acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales de la salud, y garantizando la atención integral, integrada, continua y de calidad, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

Que en virtud del Decreto número 0858 de 2025, en el que se faculta al Ministerio de Salud y Protección Social para determinar la organización funcional del territorio, se hace necesario determinar las regiones y subregiones funcionales para la gestión territorial integral de la salud pública, atendiendo los criterios establecidos en el artículo 2.11.2.1.7 del citado decreto, lo que no implica modificación a la división político-administrativa del país ni crea nuevas entidades territoriales.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente resolución tiene como objeto determinar las regiones y subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y establecer la metodología para su tipificación, organización y actualización en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, que se encuentra detallada en los anexos técnicos que serán objeto de publicación en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con la parte considerativa del presente acto.

Artículo 2°. *Ámbito de aplicación.* Las disposiciones previstas en el presente acto administrativo aplicarán a las siguientes entidades:

1. Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal.
2. Los Prestadores de Servicios de Salud públicos, privados y mixtos.
3. Las Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces y las Entidades Adaptadas.
4. Los Proveedores de Tecnologías en Salud.
5. La Superintendencia Nacional de Salud.
6. Las Administradoras de Riesgos Laborales, en el marco de sus competencias en salud.
7. Las organizaciones sociales y comunitarias, comunidad en general y demás instituciones que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Parágrafo 1°. Cada uno de los actores involucrados en el ámbito de la aplicación de la presente resolución lo harán en el marco de sus respectivas competencias asignadas por la normativa vigente.

Parágrafo 2°. Las Entidades responsables de los Regímenes Exceptuados, Especiales y demás regímenes específicos, podrán ajustar y adaptar su operación a las disposiciones establecidas en la presente resolución, conforme a la normatividad vigente que les es aplicable.

Artículo 3°. *Definiciones para la operación de la territorialización del cuidado integral de la salud.* Para efectos de la territorialización del cuidado integral de la salud, se deberán tener en cuenta las siguientes definiciones:

- 3.1 Centralidad Regional:** municipio o distrito ubicado dentro de una región funcional que, dadas sus condiciones y capacidades para satisfacer las necesidades de salud de la población, concentra servicios y actividades del cuidado integral de la salud, y actúa como punto de referencia regional funcional para la organización territorial de los servicios de salud de las subregiones funcionales que la conforman.
- 3.2 Centralidad subregional principal:** municipio o distrito ubicado dentro de una subregión funcional que, dadas sus condiciones y capacidades para satisfacer las necesidades de salud de la población, concentra servicios o actividades en salud y actúa como punto de referencia funcional para los demás municipios o distritos que conforman dicha subregión.
- 3.3 Departamento:** corresponde a la definición establecida en el artículo 2° de la Ley 2200 de 2022: “Los departamentos forman parte de la organización territorial del Estado y como entidad territorial tienen autonomía para la administración de la planificación, promoción, coordinación del desarrollo económico,

ambiental y social en los asuntos seccionales. Son instrumento de complementariedad de la acción municipal y enlace de las actividades y servicios que prestan los municipios y la Nación.

Los departamentos son personas jurídicas de derecho público, actúan bajo el principio de autonomía dentro de los límites legales y constitucionales, administran recursos propios y las otras fuentes de recursos transferidas a los mismos, se gobiernan por autoridades propias, ejercen las competencias que les correspondan, establecen los tributos necesarios conforme a la ley para el cumplimiento de sus funciones y participan en las rentas nacionales”.

Se rige entre otros por el principio de regionalización, el cual permite que los departamentos, teniendo como marco la relación geográfica, económica, social, ambiental, cultural y funcional, entre otros, promuevan el desarrollo y el cumplimiento de objetivos comunes, bajo los esquemas asociativos que establezca la normatividad vigente en la materia.

3.4 Distrito: corresponde a la definición establecida en el artículo 2° de la Ley 1617 de 2013: “Los distritos son entidades territoriales organizadas de conformidad con lo previsto en la Constitución Política, que se encuentran sujetos a un régimen especial, en virtud del cual sus órganos y autoridades gozan de facultades especiales diferentes a las contempladas dentro del régimen ordinario aplicable a los demás municipios del país, así como del que rige para las otras entidades territoriales establecidas dentro de la estructura político-administrativa del Estado colombiano.”

3.5. Microterritorio de salud: espacio territorial y social ubicado dentro del territorio, conformado principalmente por un número de hogares, que podrá ajustarse dependiendo de la dispersión geográfica entre viviendas y concentración poblacional. Para su configuración se tienen en cuenta la heterogeneidad de los entornos, las dinámicas comunitarias, características poblacionales, sociales, culturales y geográficas, ambientales e institucionales contenidas en dicho nivel territorial; allí se identifican condiciones de vida, de riesgo y situaciones a intervenir.

3.6 Municipio: corresponde a la definición establecida en el artículo 1° la Ley 136 de 1994: “El municipio es la entidad territorial fundamental en la división político-administrativa del Estado, con autonomía política, fiscal y administrativa dentro de los límites que lo señalen la Constitución y la ley y cuya finalidad es el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población en su respectivo territorio.”

3.7 Región funcional para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública: organización funcional, que agrupa varias subregiones funcionales contiguas, que no obedece a la organización interdepartamental a la que aluden los artículos 286, 306 y 307 de la Constitución Política.

3.8 Subregión funcional para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública: organización funcional que agrupa municipios o distritos contiguos, que comparten relaciones históricas, culturales, características socioeconómicas, políticas y ambientales pero que son heterogéneas y diferenciadas en sus relaciones funcionales y complementarias en cuanto a sus capacidades. En su conformación pueden converger varios municipios, que pueden o no pertenecer a un mismo departamento.

3.9 Territorio: espacio físico y escenario social heterogéneo, donde transcurre y se construye la vida de las personas, familias y comunidades, se crean relaciones históricas, culturales, económicas, políticas y ambientales que producen y reproducen los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.

La comprensión del territorio constituye la base para la territorialización del Cuidado Integral de la Salud. De esta manera, los territorios en salud se corresponden con la división político-administrativa del nivel municipal y están integrados, a su vez, por microterritorios de salud que se configuran atendiendo a la heterogeneidad de los entornos, la dispersión geográfica, y las dinámicas sociales, comunitarias, geográficas, culturales ambientales e institucionales de cada uno de los municipios.

3.10 Tipología de subregiones funcionales: corresponde a la categorización de las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública de acuerdo con sus características o patrones comunes. El empleo de tipologías se realiza para posibilitar la toma de decisiones en salud e implementar el Modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo.

Artículo 4°. *Regiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública.* Se determinan diez (10) regiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, las cuales se relacionan a continuación y se describen en el Anexo Técnico 1:

1. Región Funcional Caribe 1.
2. Región Funcional Caribe 2.
3. Región Funcional Noroccidental.
4. Región Funcional Nororiental.
5. Región Funcional Occidental.
6. Región Funcional Central.

7. Región Funcional Oriental.
8. Región Funcional Sur.
9. Región Funcional Insular.
10. Región Funcional Bogotá.

Artículo 5°. *Subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública.* Se determinan ciento diecinueve (119) subregiones para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, las cuales se relacionan a continuación y se describen en el Anexo Técnico 1:

1. La Guajira Alta.
2. La Guajira Media.
3. La Guajira Baja.
4. Cesar Norte-Magdalena Centro.
5. Cesar Centro.
6. Magdalena-Bolívar Sur.
7. Cesar-Bolívar Sur.
8. Magdalena Norte.
9. Magdalena Centro.
10. Atlántico Norte.
11. Atlántico Centro.
12. Atlántico Sur.
13. Bolívar Norte.
14. Sucre Norte.
15. Bolívar Centro.
16. Bolívar-Magdalena Centro.
17. Bolívar Centro-Sucre. Oriente.
18. Bolívar. Centro-Magdalena. Sur.
19. Córdoba. Norte.
20. Córdoba. Sur.
21. Sucre-Bolívar. Sur.
22. Antioquia. Bajo Cauca.
23. Antioquia-Chocó. Urabá.
24. Antioquia. Norte.
25. Antioquia. Nordeste.
26. Antioquia. Magdalena medio.
27. Antioquia. Noroccidente.
28. Antioquia. Valle de Aburrá, Centro.
29. Antioquia. Valle de Aburrá. Sur.
30. Antioquia. Valle de Aburrá. Norte.
31. Antioquia. Oriente.
32. Antioquia. Sur.
33. Caldas. Centro.
34. Caldas. Noroccidente.
35. Caldas. Nororiental.
36. Chocó. Centro.
37. Norte de Santander. Occidente.
38. Norte de Santander. Oriente.
39. Norte de Santander. Sur.
40. Santander. Norte.
41. Santander-Bolívar-Cesar-Antioquia. Magdalena Medio.
42. Santander. Oriente.
43. Santander. Centro sur.
44. Santander. Centro.
45. Santander. Sur.
46. Santander. Sur-Boyacá. Norte.
47. Risaralda. Norte.
48. Risaralda. Sur.
49. Quindío.
50. Valle del Cauca. Norte.
51. Valle del Cauca. Centro.
52. Valle del Cauca. Centro. Sur.

53. Valle del Cauca. Sur. Oriente.
54. Valle del Cauca. Sur. Occidente.
55. Cauca. Centro.
56. Valle-Chocó. Océano pacífico.
57. Cauca. Océano pacífico.
58. Cauca. Centro sur.
59. Cauca. Sur.
60. Cauca. Suroriente.
61. Nariño. Pacífico.
62. Nariño. Centro oriente-Putumayo. Alto.
63. Nariño. Oriente.
64. Nariño. Centro.
65. Nariño. Sur.
66. Boyacá. Norte.
67. Boyacá. Nororiente.
68. Boyacá. Oriente.
69. Boyacá. Centro.
70. Boyacá. Centro norte.
71. Boyacá. Occidente.
72. Boyacá. Suroriente.
73. Boyacá. Sur.
74. Cundinamarca. Norte.
75. Cundinamarca. Centro oriente.
76. Cundinamarca. Sabana centro norte.
77. Cundinamarca. Sabana centro.
78. Cundinamarca. Chía.
79. Cundinamarca. Nororiente.
80. Cundinamarca. Noroccidente.
81. Caldas. Oriente.
82. Tolima. Norte.
83. Cundinamarca. Funza.
84. Cundinamarca. Soacha.
85. Cundinamarca. Centro occidente.
86. Cundinamarca. Centro.
87. Cundinamarca. Suroriente.
88. Cundinamarca. Suroriente-Meta. Occidente.
89. Cundinamarca. Sur.
90. Tolima. Norte – Cundinamarca. Occidente.
91. Cundinamarca. Suroccidente-Tolima. Oriente.
92. Tolima. Centro.
93. Tolima. Centro oriente.
94. Tolima. Suroccidente.
95. Huila. Norte.
96. Huila. Occidente.
97. Huila. Centro.
98. Huila. Sur.
99. Arauca. Norte.
100. Arauca. Occidente.
101. Casanare.
102. Vichada. Occidente-Meta. Oriente.
103. Vichada. Occidente.
104. Vichada. Oriente.
105. Meta. Norte- Cundinamarca. Suroriente.
106. Meta. Norte-Casanare. Sur.
107. Meta. Sur.
108. Guaviare-Meta Suroriente.
109. Guainía.
110. Caquetá.
111. Vaupés.

112. Putumayo.
113. Putumayo-Amazonas.
114. Amazonas.
115. San Andrés Islas.
116. Bogotá Norte.
117. Bogotá Centro Oriente.
118. Bogotá Sur Occidente.
119. Bogotá Sur.

Parágrafo. En el marco de esta organización funcional y de la autonomía asignada a las entidades territoriales, se deberán desarrollar las acciones de la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, la habilitación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales (RIITS) y, la operación del aseguramiento en salud, las cuales se ajustarán a las distintas necesidades y problemas en salud de las personas, familias y comunidades, reconociendo y articulándose a los espacios propios de la comunidad, a los tiempos y dinámicas de estas como condición indispensable para el desarrollo de políticas, programas, planes y proyectos garantes de derecho.

Artículo 6°. *Categorías y tipologías de las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública.* Con el propósito de fortalecer la planificación y gestión territorial integral en salud pública en el país, se establecen las categorías y tipologías de las subregiones funcionales como herramienta técnica para reconocer las particularidades territoriales y orientar intervenciones diferenciadas, equitativas y pertinentes en el marco del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo, contribuyendo a la organización funcional territorial del cuidado integral de la salud. Para tal fin se establecen las siguientes categorías y tipologías, las cuales detallan en el Anexo Técnico 2, el cual será objeto de publicación en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social:

Categoría General

- Tipo 1 – Metropolitana
- Tipo 2 – Nodal Intermedia Mayor
- Tipo 3 – Nodal Intermedia Menor
- Tipo 4 – Rural Integrada Mayor
- Tipo 5 – Rural Integrada Menor

Categoría Especial

- Tipo 6 – Especial de Alta dispersión
- Tipo 7 – Especial Etnocultural
- Tipo 8 - Especial Insular

Artículo 7°. *Características de las acciones en las regiones y subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública.* A partir de estas organizaciones funcionales, se deberá responder de manera oportuna y efectiva a las necesidades en salud acorde con las particularidades y necesidades de las personas, familias y comunidades que allí habiten, promoviendo acciones intersectoriales para intervenir en los determinantes sociales y culturales de la salud, en el marco del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, garantizando el cuidado integral de la salud y aportando a la superación de las desigualdades e inequidades en salud, para lo cual las acciones que se desarrollarán tendrán las siguientes características:

- 7.1. Permanentes:** trascienden el desarrollo de intervenciones aisladas a la formulación de planes de cuidado individual, familiar y comunitario, garantizando la prestación de servicios en modalidades intramural, extramural y telemedicina para la respuesta integral a las necesidades emergentes en salud.
- 7.2. Resolutivas:** respuesta efectiva en salud con nivel de atención primario fortalecido que incorpora de manera progresiva especialidades básicas de acuerdo con las necesidades de los territorios y garantiza el acceso a servicios de baja, mediana y alta complejidad y servicios de cuidado socio-sanitario.
- 7.3. Sistemáticas:** intervenciones o estrategias planificadas, estructuradas, ordenadas, coherentes y orientadas a la respuesta a eventos en salud, resultantes de los determinantes en salud propios de cada territorio.
- 7.4. Territorializadas:** intervenciones o estrategias diseñadas y ejecutadas con el objetivo de abordar problemas específicos dentro de los territorios, las cuales se realizan cerca de donde residen las personas, familias y comunidades de acuerdo con sus necesidades de salud, sin tener como límite la división político-administrativa, entendiendo la movilidad real de las personas y el propio desarrollo de las condiciones económicas, sociales y políticas, así como el enfoque étnico.

Las acciones territorializadas definidas en el presente documento, si bien responden a lógicas de planificación subregional y regional, se implementan operativamente en los territorios y microterritorios definidos en función de la dinámica poblacional, geográfica, étnica y cultural. En estos niveles se garantiza la participación comunitaria, el reconocimiento del contexto local y la articulación de servicios cercanos a las personas.

- 7.5. Universales:** intervenciones o estrategias diseñadas para beneficiar a toda la población, desde las acciones de la salud pública, las preventivas y promocionales

de la salud, la prestación de servicios de salud operada a través de redes integrales e integradas y el aseguramiento, organizados en torno a los microterritorios, territorios, subregiones y regiones funcionales, independientemente de su afiliación, y sin distinción de edad, etnia, sexo, entre otros.

7.6 Participativas: intervenciones o estrategias que incorporan mecanismos de participación efectiva, garantizando la corresponsabilidad en el cuidado integral de la salud, el reconocimiento de los saberes territoriales, y la apropiación social del modelo por parte de la comunidad. La participación será vinculante en procesos de planeación, implementación y seguimiento territorial.

Artículo 8°. *Metodología y actualización.* La metodología para la organización y actualización de las regiones y subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública contenida en los anexos técnicos se revisará y actualizará cada cuatro (4) años, o antes si se estima pertinente, teniendo en cuenta los criterios establecidos en el artículo 2.11.2.1.7 del Decreto número 0858 de 2025.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social actualizará, en los plazos establecidos, la metodología para la determinación y tipificación de las regiones y subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública. Esta actualización se realizará con base en la información oficial disponible y en coordinación con las entidades territoriales y los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud o el sistema que haga sus veces.

Parágrafo 2°. La actualización de la metodología deberá incorporar procesos de validación con actores territoriales, en particular en aquellas regiones con alta diversidad étnica y cultural, garantizando la aplicación del enfoque diferencial y la participación efectiva de las comunidades en la implementación de las acciones.

Artículo 9°. *Ajuste para los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.* Los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud o el sistema que haga sus veces, ajustarán sus políticas, planes, programas o proyectos, para considerar como referentes geográficos, no solamente a los departamentos, los distritos, los municipios y las áreas no municipalizadas, sino también a las regiones y subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, territorios y microterritorios de salud. Dichos ajustes deberán reflejarse en los instrumentos de planeación institucional y territorial, incluyendo los Planes Territoriales de Salud Pública y los Planes de Desarrollo Departamentales y Municipales.

Artículo 10. *Participación social e intersectorial en la implementación.* La implementación de las regiones y subregiones funcionales para la gestión territorial integral de la salud pública contará con la participación de las organizaciones sociales y comunitarias, la comunidad en general y demás instituciones que contribuyen, de manera directa o indirecta, a la garantía del derecho fundamental a la salud.

Esta participación se desarrollará en el marco de los principios de corresponsabilidad, gobernanza territorial y articulación intersectorial, conforme a lo establecido en el Decreto número 0858 de 2025 y en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. Su finalidad es fortalecer los procesos de planeación, ejecución, seguimiento y evaluación participativa de las acciones en salud pública en los territorios.

Parágrafo. En los territorios étnicos o con alta presencia de pueblos indígenas, afrocolombianos, raizales, palenqueros o comunidades Rom, la implementación de las disposiciones de esta resolución deberá realizarse respetando sus sistemas organizativos, culturales y políticos, y garantizando su participación informada y efectiva en la planeación y seguimiento de gestión territorial integral de la salud pública.

Artículo 11. *Armonización e integración de los instrumentos de planeación en salud.* Las secretarías de salud departamentales, distritales o municipales, o la entidad que haga sus veces, incluirán en su proceso de Planeación Integral para la Salud las acciones de su competencia en el marco de las regiones y subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública ya determinadas, conforme a los términos previstos en el artículo 2.11.1.8 del Decreto número 0858 de 2025. Las entidades territoriales no deberán definir nuevas regiones o subregiones, sino adoptar y operar de acuerdo con lo dispuesto en esta resolución.

Artículo 12. *Transitoriedad.* Las entidades mencionadas en el artículo 2° de esta resolución, contarán con un periodo de seis (6) meses, contados a partir de la publicación de esta norma, para adecuarse a lo previsto en este acto administrativo.

El Ministerio de Salud y Protección Social realizará el acompañamiento técnico a dichas entidades durante el periodo de transición, con el fin de facilitar la implementación de lo dispuesto en esta resolución y contribuir al logro de su objeto. Asimismo, ejercerá el seguimiento técnico y estratégico, en el marco de sus competencias de rectoría, para verificar los avances en la adopción y aplicación de las disposiciones.

Artículo 13. *Vigencia y derogatorias.* El presente acto administrativo rige a partir de la fecha de su expedición y deroga las normas que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 4 de septiembre de 2025.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez.

(C. F.).

SUPERINTENDENCIAS

Superintendencia de Sociedades

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 100-009463 DE 2025

(septiembre 3)

por la cual se establece la tarifa de la contribución a cobrar a las Cámaras de Comercio sometidas a la vigilancia o control de la Superintendencia de Sociedades, correspondiente al año 2025.

El Superintendente de Sociedades, en uso de sus facultades legales, y

CONSIDERANDO:

Que en cumplimiento de lo establecido en el artículo 70 de la Ley 2069 de 2020 la Superintendencia de Sociedades asumió a partir del primero de enero de 2022 la inspección, vigilancia y control de las Cámaras de Comercio del país.

Que el inciso 2° del artículo 70 *ibidem*, dispone: “El Gobierno nacional garantizará los recursos técnicos, administrativos, financieros y humanos para el traslado de tales funciones y establecerá la tarifa o contribución que por concepto del servicio administrativo de supervisión deberán pagar las cámaras de comercio a la Superintendencia de Sociedades, de conformidad con los recursos necesarios para tal fin y su presupuesto, la cual será recaudada por la Superintendencia de Sociedades”.

Que de acuerdo con el numeral 2 del artículo 3° del Decreto número 1736 de 2020, modificado por el artículo 1° del Decreto número 1380 de 2021, las contribuciones a cargo de las Cámaras de Comercio constituyen una parte de los ingresos de la Superintendencia de Sociedades. A su vez, la referida norma señala que “las contribuciones de las cámaras de comercio que corresponderán al concepto del servicio administrativo de supervisión derivado de la inspección, vigilancia y control, el cual tendrá como base para su liquidación el ingreso de actividades ordinarias, determinado en los estados financieros de la vigencia inmediatamente anterior”.

Que conforme al parágrafo 4° del artículo 3° del Decreto número 1736 de 2020, modificado por el artículo 1° del Decreto número 1380 de 2021 “Frente a las cámaras de comercio, el Superintendente de Sociedades, mediante resolución, establecerá la tarifa de la contribución a cobrar y el plazo para su pago. La tarifa se determinará del porcentaje de participación de cada cámara de comercio en el total de los ingresos de operación de todas las cámaras de comercio. Dicho porcentaje se aplicará al concepto del servicio administrativo de supervisión derivado de la inspección, vigilancia y control”.

Que el Decreto número 1523 del 18 de diciembre de 2024, establece el presupuesto de rentas y recursos de capital y el presupuesto de gastos para la vigencia fiscal del 1° de enero al 31 de diciembre de 2025.

Que el Decreto número 1621 del 30 de diciembre de 2024, “por el cual se liquida el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2025, se detallan las apropiaciones y se clasifican y definen los gastos”, en su artículo 1° fijó los cálculos del Presupuesto de Rentas y Recursos de Capital del Tesoro de la Nación para la vigencia fiscal del 1° de enero al 31 de diciembre de 2025, asignando un aforo total de ingresos para la Superintendencia de Sociedades de \$224.880.202.000.

Que, en virtud de lo anterior, la Secretaría General de la Superintendencia de Sociedades expidió la Resolución número 500-007132 (Rad. 2025-01-475917) del 1° de julio de 2025, por medio de la cual se distribuyeron las partidas del Presupuesto de Ingresos de la Superintendencia de Sociedades para la vigencia fiscal de 2025, se definió un aforo por la suma de (\$203.909.602.000), para el código de ingresos presupuestales 3-1-1-1-2-1, concepto Contribuciones Diversas.

Que según el anteproyecto de presupuesto de ingresos presentado por la entidad ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a lo ordenado por la Ley 2069 de 2020, por medio de la cual se impulsa el emprendimiento en Colombia y en especial su artículo 70, de acuerdo con el aforo de ingresos asignado a la Superintendencia de Sociedades para la vigencia 2025, la distribución de la partida definitiva de Contribuciones Diversas es:

- Contribuciones Superintendencia: \$194.909.602.000.
- Contribuciones Cámaras de Comercio: \$9.000.000.000.

Total \$203.909.602.000.

Que el numeral 24 del artículo 7° del Decreto número 1736 de 2020 modificado por el Decreto número 1380 de 2021, dispone dentro de las Funciones Generales de la Superintendencia de Sociedades:

“52. Fijar y recaudar el monto de las contribuciones que las cámaras de comercio deben pagar;”.

Que la Superintendencia de Sociedades, conforme con el presupuesto de funcionamiento e inversión aprobado y en armonía con la política de austeridad del gasto público y considerando la importante labor de las Cámaras de Comercio en la formalización y el fortalecimiento de las empresas en el país, establece la tarifa de la contribución conforme lo dispuesto en el parágrafo 4° del artículo 3° del Decreto número 1736 de 2020, modificado por el artículo 1° del Decreto número 1380 de 2021.

Que en mérito de lo expuesto el Superintendente de Sociedades,