

FASE	GRUPO	MÓDULO	ETAPAS	PLAZO DE EJECUCIÓN
I. IMPLEMENTACIÓN DE FUNCIONALIDADES BÁSICAS	1	REGISTRO DE CONTRATACION	SENSIBILIZACIÓN Y PRUEBAS	1º octubre - noviembre 2025
			INICIO DE OPERACIÓN	diciembre 2025
		FEV-RIPS	SENSIBILIZACIÓN Y PRUEBAS	diciembre 2025 - enero 2026
			INICIO DE OPERACIÓN	febrero 2026
		SEGUIMIENTO A FEV	SENSIBILIZACIÓN Y PRUEBAS	febrero 2026
			INICIO DE OPERACIÓN	marzo 2026
	2	REGISTRO DE CONTRATACION	SENSIBILIZACIÓN Y PRUEBAS	marzo 2026
			INICIO DE OPERACIÓN	abril 2026
		FEV-RIPS	SENSIBILIZACIÓN Y PRUEBAS	abril 2026
			INICIO DE OPERACIÓN	mayo 2026
		SEGUIMIENTO A FEV	SENSIBILIZACIÓN Y PRUEBAS	junio 2026
			INICIO DE OPERACIÓN	junio 2026
		SEGUIMIENTO A PAGOS	SENSIBILIZACIÓN Y PRUEBAS	julio 2026
			INICIO DE OPERACIÓN	julio 2026
II. ESTABILIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE FUNCIONALIDADES COMPLEMENTARIAS	1 y 2	REGISTRO DE CONTRATACION	SENSIBILIZACIÓN Y PRUEBAS	agosto-septiembre 2026
			INICIO DE OPERACIÓN	octubre 2026
		FEV-RIPS	SENSIBILIZACIÓN Y PRUEBAS	septiembre 2026
			INICIO DE OPERACIÓN	octubre 2026
		SEGUIMIENTO A FEV	SENSIBILIZACIÓN Y PRUEBAS	octubre 2026
			INICIO DE OPERACIÓN	noviembre 2026
		SEGUIMIENTO A PAGOS	SENSIBILIZACIÓN Y PRUEBAS	noviembre 2026
			INICIO DE OPERACIÓN	1 diciembre 2026

Para efecto de la implementación del SIIFA, las entidades responsables de pago se agrupan de la siguiente forma:

Grupos	Entidades pagadoras
Grupo 1	EPS Sura, Salud Total EPS S.A., Compensar EPS, Comfenalco Valle, Aliansalud EPS, Salud Mia, Mutual Ser, Capital Salud EPS, Mallamas EPSI, EPS Familiar de Colombia, Asociación indígena del Cauca EPSI, Anas Wayuu EPSI, Comfaoriente, Comfachocó, Pijaos Salud EPSI, EPS Sanitas.
Grupo 2	Nueva EPS, Coosalud, Famisanar, Emssanar E.S.S., Savia Salud EPS, Asmetsalud, Servicio Occidental de Salud - EPS SOS, Dusakawi EPSI, Capresoca, Cajacopi. Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, Empresas Públicas de Medellín - EPM, Entidades Territoriales, Administradoras de Riesgos Laborales, Régimen de Excepción y Especial, Fondo Nacional de Personas Privadas de la Libertad, Aseguradoras autorizadas para operar el SOAT, ADRES, Planes Voluntarios de Salud.

A los prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud y fabricantes, importadores y titulares de registros sanitarios, les aplicará el cronograma previsto en este artículo, conforme al grupo al que pertenezca la respectiva entidad pagadora con la que haya suscrito el acuerdo de voluntades; o en ausencia de este, el grupo al que pertenezca la entidad pagadora objeto de cobro.

De autorizarse el funcionamiento de una nueva entidad responsable de pago, dicha entidad se integrará para efectos de la presente resolución al Grupo 2.

Artículo 10. *Calidad de la información.* La información registrada en el SIIFA deberá cumplir con los criterios de calidad, consistencia y seguridad definidos en los manuales establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 11. *Requerimientos y soporte técnico.* Este Ministerio garantizará mediante sus canales de información y contacto, la disponibilidad de una mesa de ayuda para brindar soporte técnico en el proceso de acceso, registro y consulta de la información dentro del SIIFA.

Artículo 12. *Seguridad de la información y protección de datos personales.* El Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades de que trata el artículo 3º de la presente resolución, garantizarán al interior de sus procesos informáticos y con los terceros involucrados, la veracidad, confidencialidad, integridad, custodia y disponibilidad de los datos del SIIFA, utilizando técnicas para evitar el riesgo a la suplantación, alteración, extracción, secuestro y cualquier acceso o uso indebido o fraudulento o no autorizado de los datos, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente expedida por el Archivo General de la Nación, la Superintendencia de Industria y Comercio y el Ministerio de Tecnologías de Información y Comunicaciones, con sujeción a lo establecido en la Ley 527 de 1999, Ley Estatutaria 1581 de 2012, Decreto número 1377 de 2013, Leyes 594 de 2000, 2015 de 2020 y demás normas que las modifiquen o sustituyan.

Este Ministerio implementará y mantendrá los mecanismos y estándares técnicos necesarios para asegurar la robusta protección de la información y la privacidad de los

datos personales sensibles contenidos en el Sistema de Información Integral Financiero y Asistencial (SIIFA).

Artículo 13. *Disponibilidad y respaldo de SIIFA.* La Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación de este Ministerio (OTIC), dispondrá para el SIIFA una infraestructura de alta disponibilidad para servicios críticos para aplicaciones, bases de datos y esquema de seguridad, así como un esquema de recuperación de desastres y continuidad de la operación basado en un centro de datos de nube alternativo como respaldo de la información.

Artículo 14. *Capacitación.* Durante la implementación progresiva y estabilización de los módulos del SIIFA, este Ministerio realizará capacitaciones y brindará asistencia técnica a los agentes del sector salud.

Artículo 15. *Seguimiento, inspección, vigilancia y control.* La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, vigilará y controlará el cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución.

Artículo 16. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 23 de septiembre de 2025.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez.

(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 00001963 DE 2025

(septiembre 23)

por medio de la cual se conforma y reglamenta el Comité Institucional de Salud Rural del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) del Ministerio de Salud y Protección Social.

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el artículo 49, el numeral 11 del artículo 189 y el artículo 208 de la Constitución Política de Colombia, el artículo 15 de la Ley 2294 de 2023, y en desarrollo de lo previsto en el artículo 2.13.2.3 del Decreto número 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 64 de la Constitución Política de Colombia modificado por el artículo 1º del Acto Legislativo número 1 de 2023, fija como obligación del Estado proteger los derechos de la población campesina como sujeto de especial protección. Así mismo, estipula que corresponde al Estado garantizar el acceso de bienes y servicios en condiciones de libertad e igualdad material, aspecto que se hace extensivo al derecho fundamental de la salud.

Que los artículos 61 a 64 de la Ley 1438 de 2011 disponen que la prestación de servicios de salud dentro del actual sistema de salud se hará a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado, que las entidades territoriales en coordinación con las EPS, a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, organizarán y conformarán las redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos y que estas redes se habilitarán de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015 señala que el Estado debe asegurar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional, e igualmente, en las zonas dispersas, deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud.

Que el Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera firmado en noviembre de 2016 entre el Gobierno Nacional y las Fuerzas Armadas y Revolucionarias de Colombia – Ejército del Pueblo Farc-EP, establece la responsabilidad del Estado en implementar acciones dirigidas a promover el desarrollo rural en el país, con miras a “erradicar la pobreza, promover la igualdad y asegurar el pleno disfrute de los derechos de la ciudadanía”.

Que así mismo, el mencionado acuerdo establece en el numeral 1.3.2.1 que el alcance del Plan Nacional para la Reforma Rural Integral (RRI) en materia de salud busca “acercar la oferta de servicios de salud a las comunidades, en especial los grupos y personas en condiciones de vulnerabilidad, fortalecer la infraestructura y la calidad de la red pública en las zonas rurales y mejorar la oportunidad y la pertinencia de la prestación del servicio”.

Que el Plan Nacional de Salud Rural, se adoptó mediante el Decreto número 351 de 2025, por el cual se adiciona la Parte 13 del Libro 2 del Decreto número 780 del 2016 relativo al Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), como política orientada a la garantía del derecho fundamental a la salud de los campesinos y las campesinas, los pueblos y comunidades étnicas, los y las trabajadoras de las zonas rurales y zonas rurales dispersas, buscando contribuir a la superación de inequidades, la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud, la transformación estructural del campo y la creación de condiciones de bienestar y buen vivir; constituyéndose en una hoja de ruta para la

comprensión integral de las necesidades sociales de la salud y el establecimiento de una agenda social compartida para el cuidado de la salud en la ruralidad.

Que conforme lo dispone el artículo 2.13.2.3 del Decreto número 780 de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social conformará y reglamentará un Comité Institucional de Salud Rural integrado por las dependencias relacionadas con la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) según su estructura y funciones, para la coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones estratégicas contenidas en dicho plan.

Que, para la coordinación, ejecución, seguimiento, evaluación estratégica y operativa del PNSR se requiere que todas las dependencias del Ministerio en el marco de su misión institucional, integren el “Comité Institucional de Salud Rural”, como instancia permanente para desarrollar acciones conjuntas con énfasis en la zonas rurales y rurales dispersas.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. *Objeto.* Confórmese el Comité Institucional de Salud Rural como un órgano de coordinación, implementación, seguimiento y evaluación de las acciones estratégicas contenidas en el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), de conformidad con la parte considerativa del presente acto administrativo.

Artículo 2°. *Alcance.* El Comité Institucional de Salud Rural deberá aprobar y dar seguimiento al Plan de Acción del Plan Nacional de Salud Rural, formular acciones preventivas y correctivas derivadas de dicho seguimiento y gestionar su implementación y financiamiento, conforme a sus competencias.

Artículo 3°. *Integrantes.* El Comité Institucional de Salud Rural estará conformado por las dependencias que hacen parte de la implementación de las acciones estratégicas del Plan de Acción del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR):

1. El Ministro(a) de Salud y Protección Social, o su delegado.
2. El Viceministro(a) de Salud Pública y Prestación de Servicios o su delegado, quien lo presidirá.
3. El Viceministro(a) de Protección Social o su delegado.
4. El/la jefa/jefa de la Oficina de Calidad.
5. El/la jefa/jefa de la Oficina de Promoción Social.
6. El/la jefa/jefa de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales.
7. El/la jefa/jefa de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres.
8. El/la coordinador/coordinadora del Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales.
9. El/la director/directora de la Dirección de Promoción y Prevención.
10. El/la director/directora de la Dirección de Epidemiología y Demografía.
11. El/la director/directora de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud.
12. El/la director/directora de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria.
13. El/la director/directora de la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.
14. El/la director/directora de la Dirección de Financiamiento Sectorial.
15. El/la director/directora de la Dirección Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

Parágrafo 1°. Podrán ser invitados a este Comité, representantes de la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación, del Grupo de Comunicaciones, de la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud. Los precitados representantes asistirán a las sesiones, con voz, pero sin voto, cuando sea requerido.

Parágrafo 2°. Los directores y jefes de oficina podrán delegar formalmente varios delegados (as) según sus funciones o las actividades del PNSR.

Parágrafo 3°. La conformación del Comité se realizará según las funciones asignadas por norma a las dependencias según competencias de gobernanza y en caso de reorganización institucional.

Artículo 4°. *Funciones.* Son funciones del Comité Institucional de Salud Rural las siguientes:

- 4.1. Aprobar el Plan de Acción del Plan Nacional de Salud Rural y sus modificaciones, a partir de las líneas estratégicas establecidas.
- 4.2. Hacer seguimiento al Plan de Acción del Plan Nacional de Salud Rural conforme al mecanismo adoptado.
- 4.3. Formular acciones preventivas y correctivas producto del seguimiento al Plan de Acción del Plan Nacional de Salud Rural.
- 4.4. Hacer uso de los mecanismos institucionales, administrativos y de cooperación, que permitan la implementación y el financiamiento del Plan Nacional de Salud Rural.
- 4.5. Las demás funciones que le correspondan por su naturaleza y para dar cumplimiento al objeto con el que fue creada.

Artículo 5°. *Sesiones del comité.* El Comité Institucional de Salud Rural sesionará una vez por año, en día y hora fijado por la Secretaría Técnica y de manera extraordinaria, las veces que se requiera, según la necesidad en situaciones que así lo ameriten.

Parágrafo. La convocatoria a los integrantes del comité se hará por cualquier medio físico o electrónico, indicando el día, la hora, el lugar y si será presencial o virtual la reunión y las sesiones.

Artículo 6°. *Quórum.* El Comité Institucional de Salud Rural podrá deliberar con al menos el cincuenta por ciento (50%) de sus integrantes y las decisiones serán adoptadas por mayoría simple de los asistentes.

Artículo 7°. *Secretaría Técnica del Comité.* La Secretaría Técnica del Comité será ejercida por Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, quien se encargará de:

- 7.1. Realizar la convocatoria de las sesiones del comité, por cualquier medio físico o electrónico, adjuntando la documentación que se va a considerar, indicando el día, la hora, el lugar y el respectivo orden del día.
- 7.2. Extender invitación a los miembros que no tienen participación permanente y que tengan relación con los temas a tratar en la sesión o ante citaciones extraordinarias.
- 7.3. Coordinar y concertar con las diferentes dependencias del Ministerio de Salud y de Protección Social, entidades e instituciones participantes, los temas a presentar en cada una de las sesiones.
- 7.4. Verificar la participación de los integrantes del comité antes de sesionar.
- 7.5. Definir y hacer seguimiento al orden del día propuesto por los integrantes del comité.
- 7.6. Hacer seguimiento a los avances de cada una de las dependencias integrantes del comité en la herramienta institucional que se defina para tal fin.
- 7.7. Elaborar, custodiar y gestionar la firma de las actas que dan cuenta de los compromisos y tiempos de cumplimiento.
- 7.8. Las actas serán suscritas por el secretario técnico y el presidente del comité, previa aprobación de cada uno de los miembros.
- 7.9. Hacer el seguimiento y verificar el cumplimiento de los compromisos adquiridos por los integrantes del comité.
- 7.10. Seguir los lineamientos impartidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en materia de procesos y procedimientos relacionados con el sistema de gestión de calidad y gestión documental.
- 7.11. Orientar la elaboración de informes de gestión e informes de entes de control que le sean requeridos.

Parágrafo 1°. Las reuniones se podrán realizar de forma presencial o virtual a través de medios electrónicos, informáticos, telefónicos o audiovisuales y quedarán consignadas en un acta.

Parágrafo 2°. La secretaria técnica del comité podrá ser realizará por el área o dependencia a la que se le asigne la función, en caso de reorganización institucional.

Artículo 8. *Mesa Técnica.* El Comité Institucional de Salud Rural contará con una mesa técnica para desarrollar las acciones técnicas y operativas del plan de acción del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR).

Parágrafo 1°. La mesa técnica estará conformada por los delegados (as) de cada una de las dependencias que integran el Comité Institucional de Salud Rural (PNSR), y será presidido por el delegado del Director (a) de Prestación de servicios y Atención Primaria.

Parágrafo 2°. La mesa técnica podrá invitar a las reuniones a representantes de entidades públicas, privadas, organizaciones sociales y expertos, y otros que estime conveniente, de conformidad con los temas que se traten en cada sesión.

Artículo 9°. *Funciones de la Mesa Técnica.* Son funciones de la mesa técnica las siguientes:

- 9.1. Elaborar con una periodicidad anual, un plan de acción a partir de los productos, las actividades orientadoras, responsables y cronograma de ejecución establecidos en el Plan Nacional de Salud Rural.
- 9.2. Coordinar el desarrollo de las acciones establecidas en el marco de las líneas estratégicas y componentes del Plan Nacional de Salud Rural a través de un Plan de Fortalecimiento y Desarrollo de Capacidades.
- 9.3. Impulsar los temas estratégicos que deban ser tratados de manera conjunta con otros sectores a través de la Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP).
- 9.4. Establecer los lineamientos técnicos para la conformación, implementación y evaluación de las mesas técnicas departamentales, distritales y municipales de salud rural.
- 9.5. Recibir y analizar las solicitudes documentadas que realizan las mesas técnicas departamentales, distritales y municipales de salud rural para ser gestionadas ante la CISP.
- 9.6. Informar a las entidades territoriales de salud departamentales, distritales o municipales, según aplique, los resultados de las decisiones de la CISP y/o las reco-

mendaciones emitidas a los consejos territoriales de planeación o quien haga sus veces.

- 9.7. Establecer lineamientos técnicos y operativos para el cumplimiento de los objetivos, metas, productos y/o actividades del plan de acción del Plan Nacional de Salud Rural.
- 9.8. Articular los esfuerzos institucionales, recursos, metodologías y estrategias para asegurar la ejecución armónica del PNSR.
- 9.9. Gestionar las acciones necesarias que permitan la implementación del PNSR en articulación con el Modelo de Salud basado en Atención Primaria en Salud.
- 9.10. Realizar el reporte y seguimiento a los resultados e indicadores del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) en el marco de las herramientas institucionales establecidas para tal fin.
- 9.11. Realizar los informes de monitoreo y el análisis de los indicadores que den cuenta de la implementación y avance del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), de manera periódica, según lineamientos establecidos.
- 9.12. Definir y monitorear indicadores que den cuenta de la implementación del PNSR por los diferentes actores del Sistema General de seguridad Social en Salud.
- 9.13. Presentar insumos que se requieran para el proceso de evaluación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR).

Parágrafo. El comité podrá proponer iniciativas que contribuyan al mejoramiento en la implementación, seguimiento y evaluación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) y hacer las recomendaciones pertinentes a los actores de que trata el artículo 2.13.1.2 Ámbito de aplicación del Decreto número 0351 de 2025.

Artículo 10. *Herramientas de seguimiento.* Se realizará el seguimiento y evaluación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) de la siguiente manera:

- 10.1. Seguimiento de indicadores de avance de la implantación y gestión del Ministerio de Salud y Protección Social a través de la herramienta “Mi Gestión” del Sistema Integrado de Gestión (SIG) o la herramienta que disponga la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales.
- 10.2. Seguimiento de implementación y avance territorial a través de los instrumentos y herramientas derivadas del seguimiento de los planes territoriales de salud en el marco del Plan Decenal de Salud Pública.
- 10.3. Seguimiento de indicadores que den cuenta de la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) por los diferentes actores del Sistema General de seguridad Social en Salud a través de las fuentes existentes o las que se definan para tal fin.
- 10.4. Seguimiento semestral de los avances intersectoriales en el marco de la Comisión Intersectorial de Salud Pública.

Artículo 11. *Vigencia.* Esta resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

Comuníquese, publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C, a 23 de septiembre de 2025.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez.
(C. F.).

MINISTERIO DE VIVIENDA,
CIUDAD Y TERRITORIO

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 0730 DE 2025

(octubre 9)

por la cual se definen las condiciones y requisitos para adelantar la estrategia de postulación, calificación, asignación y legalización del Subsidio Familiar de Vivienda urbana en la modalidad de adquisición de vivienda nueva aplicables a las convocatorias.

La Ministra de Vivienda, Ciudad y Territorio, en ejercicio de sus facultades legales en especial las conferidas por el numeral 3 del artículo 59 de la Ley 489 de 1998, el artículo 1° de la Ley 1537 de 2012, el artículo 1°, 4° y 5° de la Ley 2079 de 2021, el numeral 1 del artículo 2° del Decreto número 3571 de 2011, los artículos, 2.1.1.1.1.1.7, 2.1.1.1.1.1.8 del Decreto número 1077 de 2015, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 51 de la Constitución Política de Colombia establece que: “*todos los colombianos tienen derecho a vivienda digna. El Estado fijará las condiciones necesarias para hacer efectivo este derecho y promoverá planes de vivienda de interés social, sistemas adecuados de financiación a largo plazo y formas asociativas de ejecución de estos programas de vivienda*”.

Que el numeral 1 del artículo 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales suscrito por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), establece que: “*Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. Los Estados Partes tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho, (...)*.” Negrita fuera de texto original.

Que conforme al artículo 5° de la Ley 3ª de 1991 “*Por la cual se crea el Sistema Nacional de Vivienda de Interés Social, se establece el subsidio familiar de vivienda, se reforma el Instituto de Crédito Territorial, ICT, y se dictan otras disposiciones*”, modificado por el artículo 27 de la Ley 1469 de 2011, se define una solución de vivienda como: “*(...) el conjunto de operaciones que permite a un hogar disponer de habitación en condiciones sanitarias satisfactorias de espacio, servicios públicos y calidad de estructura, o iniciar el proceso para obtenerlas en el futuro*”.

Que el artículo 6° de la referida ley, modificado por el artículo 28 de la Ley 1469 de 2011, define el Subsidio Familiar de Vivienda: “*(...) como un aporte estatal en dinero o en especie, que podrá aplicarse en lotes con servicios para programas de desarrollo de autoconstrucción, entre otros, otorgado por una sola vez al beneficiario con el objeto de facilitar el acceso a una solución de vivienda de interés social o interés prioritario de las señaladas en el artículo 5° de la presente ley, sin cargo de restitución, siempre que el beneficiario cumpla con las condiciones que establece esta ley*”.

Que el artículo 7° de la Ley 3ª de 1991 establece que: “*Podrán ser beneficiarios del Subsidio Familiar de Vivienda los hogares de quienes se postulen para recibir el subsidio, por carecer de recursos suficientes para obtener una vivienda (...)*.”

Que el artículo 91 de la Ley 388 de 1997 “*Por la cual se modifica la Ley 9 de 1989, y la Ley 3ª de 1991 y se dictan otras disposiciones*”, señaló que la vivienda de interés social es aquella que: “*(...) se desarrolla para garantizar el derecho a la vivienda de los hogares de menores ingresos. En cada Plan Nacional de Desarrollo el Gobierno nacional establecerá el tipo y precio máximo de las soluciones destinadas a estos hogares (...)*”.

Que para garantizar la asignación del Subsidio Familiar de Vivienda a quienes cumplan los requisitos previstos en el ordenamiento jurídico, así como los costos operativos asociados a su trámite y otorgamiento, se apropiarán recursos del Presupuesto General de la Nación a través de Fonvivienda que harán parte de su presupuesto de inversión. Lo anterior, sujeto a disponibilidad presupuestal y a las condiciones de la respectiva convocatoria, cuando aplique, acorde a la presente estrategia.

Que el numeral 1 del artículo 2° del Decreto número 3571 de 2011, establece como funciones del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, “***Formular, dirigir y coordinar las políticas, planes, programas y regulaciones en materia de vivienda y financiación de vivienda urbana y rural, desarrollo urbano, ordenamiento territorial y uso del suelo en el marco de sus competencias, agua potable y saneamiento básico, así como los instrumentos normativos para su implementación.***” (Negritas y subrayados fuera del texto).

Que el artículo 1° de la Ley 1537 de 2012 establece el objeto de dicha ley, el cual consiste en señalar las competencias, responsabilidades y funciones de las entidades del orden nacional y territorial, y la confluencia del sector privado, en el desarrollo de los proyectos de Vivienda de Interés Social y proyectos de Vivienda de Interés Prioritario destinados a las familias de menores recursos, la promoción del desarrollo territorial, así como incentivar el sistema especializado de financiación de vivienda. Dichas competencias son desarrolladas a lo largo del texto normativo de la ley y sus reglamentos. A su vez, en su artículo 3° se definen los aspectos de la coordinación entre la Nación y las Entidades Territoriales

Que el artículo 1° de la Ley 2079 de 2021, reconoce la política pública de hábitat y vivienda como una política de Estado que diseña y adopta normas destinadas a complementar el marco normativo de formulación y ejecución de la política habitacional urbana y rural en el país, con el fin de garantizar el ejercicio efectivo del derecho a una vivienda y hábitat dignos para todos los colombianos. Así mismo, determina que la política pública de hábitat y vivienda, a través del Ministerio de Vivienda Ciudad y Territorio “***diseñará los instrumentos técnicos, administrativos, jurídicos y financieros que se consideren necesarios para la asesoría e implementación de programas y proyectos habitacionales que contemplen de manera integral la producción de vivienda en las modalidades de adquisición de vivienda,*** construcción de vivienda de interés social y prioritaria, mejoramiento de vivienda y entornos rurales dignos, orientados a la generación de la oferta requerida para satisfacer los requerimientos del país.” (Negritas y subrayado fuera del texto).

Que la norma citada anteriormente, en concordancia con el numeral 1 del artículo 2° del Decreto ley 3571 de 2011, facultan al Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio para ***formular los instrumentos normativos para la implementación de las políticas, planes y programas en materia de vivienda*** e igualmente, para ***diseñará los instrumentos técnicos, administrativos, jurídicos y financieros que se consideren necesarios para la implementación de programas y proyectos habitacionales que contemplen de manera integral la producción de vivienda en las modalidades de adquisición de vivienda,*** contexto jurídico dentro del cual el Ministerio tiene la competencia para definir las estrategias que contribuyan a la materialización eficaz, eficiente y celer del subsidio familiar de vivienda y a poyar en la formulación e implementación de políticas tendientes a generar soluciones de vivienda de interés social. Lo anterior en concordancia con los