

Bogotá D.C., Septiembre 1 de 2026

**Educadoras, educadores, activos y pensionados, y sus familias
LA FEDERACIÓN COLOMBIANA DE TRABAJADORES DE LA EDUCACIÓN
Presentación de informe de gestión de la Vicepresidencia del FOMAG
a FECODE, la dirigencia sindical, el Magisterio, los pensionados activos y
retirados**

Deseo expresar mi saludo fraternal a todas y todos los afiliados del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio colombiano – FOMAG -, quienes siempre fueron centro y propósito de servicio de esta Vicepresidencia, y a quienes debemos rendir cuentas.

Inmensa gratitud desde el alma por todo su inestimable apoyo a la labor de los profesionales del equipo que tuve el honor de liderar en la Vicepresidencia para el Fondo.

Agradezco también, la acogida y hospitalidad que recibimos en cada región y departamento a los que llegamos. Sin duda, faltaron muchos a los que no pudimos llegar en este corto tiempo, les ofrezco disculpas.

A finales de noviembre de 2025 asumí, con profunda convicción, servir a las y los educadores del Magisterio desde esta Vicepresidencia. Conozco y reconozco que el Fondo es el resultado de las luchas históricas del Magisterio y que este derecho adquirido debía ser defendido; pero también, con la absoluta certeza de la transcendencia que tiene la salud pública y la promoción y prevención como pilares fundamentales para cambiar las malas prácticas que predominan en la atención de la salud en este nuestro país.

De ello da cuenta el informe integral de mi gestión, las denuncias y el “empalme” de esta Vicepresidencia y el equipo que acompañó mi labor. (Ver link:

<https://drive.google.com/drive/folders/1h5TctQ86mrXUIHrDHgBimh9P8ZfneKHr?usp=sharing>

Defendimos los recursos del Fondo

Nuestro servicio desde la vicepresidencia partió de una premisa clara: la salud es un derecho fundamental, no un negocio para unos pocos ambiciosos del sector privado.

Con esta convicción, iniciamos nuestra labor para erradicar la intermediación que, por décadas, saqueó y se enriqueció con los recursos públicos de los maestros. Esos emporios económicos hoy mutan para seguir desangrando el sistema y, así, boicotear la posibilidad de un nuevo modelo de salud que se adoptó por acuerdo soberano entre FECODE y el saliente Gobierno Nacional.

Durante estos meses en la Vicepresidencia del Fondo logramos defender sus recursos; Impedimos pagos de indebidas conciliaciones por más de 800 mil millones de pesos y renegociamos acuerdos que impidieron sobrecostos inmensos para el FOMAG. También, conseguimos ganar litigios que estaban sujetos a inactividad administrativa y jurídica para favorecer a terceros.

Implementamos el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y llegamos a más del 80% de los establecimientos educativos públicos de Colombia, mediante la visita de los ECIS-L (Equipos para el Cuidado Integral de la Salud en el ámbito Laboral) con acciones de caracterización y preventivas, y estabilizamos el flujo de la cartera corriente a las IPS del país.

Pandilleros mafiosos contra el Magisterio

Este balance inequívoco del que presumimos para el FOMAG implicó identificar y enfrentar mediante mecanismos legales las no pocas mafias incrustadas en la Fiduprevisora al servicio propio y de intereses políticos y económicos contrarios a los del gremio docente. Reconocidas pandillas cuyo historial los responsabiliza desde la “administración” del desvío y robo de los cuantiosos recursos para la salud de cientos de miles de maestras, maestros activos y pensionados y sus familias, para su provecho particular.

Conocimos múltiples argucias y manejos dolosos para presuntamente saquear y robar los miles de millones de pesos del Estado que debieron ser destinados al pago de las prestaciones y la atención a la salud de las y los docentes; adultos mayores, hombres y mujeres, jóvenes, niños y niñas de todas las regiones privados en su derecho fundamental a la salud y a una vida en bienestar.

Nuestras denuncias a ustedes en el Magisterio, a la opinión pública, a la Fiscalía General de la Nación y los organismos de control, como era de esperarse, se convirtieron en alerta y riesgo para estas mafias que utilizaron todo su poder para obstaculizar las acciones de cambio que logramos emprender, al punto que, nos sacaron en cuatro ocasiones de la Vicepresidencia, situaciones que se revirtieron por la decisión y apoyo del presidente Gustavo Petro quien ordenó reiteradamente nuestro reintegro. Al final, solo les quedó el conocido intento de desprestigiarnos a cada uno de nosotros en lo personal.

Defendimos los recursos del Fondo

Como persona, y de manera inobjetable desde mi ejercicio profesional y gremial, el diálogo como mi instrumento y mi inalterable convencimiento de que la promoción y la prevención de la salud es un derecho fundamental, desde dónde esté continuaré impidiendo que los recursos públicos de la salud sean saqueados en detrimento de la Vida Humana en Colombia.

No podemos desistir de señalar y denunciar, pero tampoco encubrir más a quienes, con todo tipo de artimañas persisten en su intención de desviar el destino de los recursos públicos de la salud para sus exclusivos fines de lucro.

Manifiesto que actué con absoluta transparencia y sin ningún ánimo de lucrarme, como administrador y guardián de los recursos del Fondo que solo pertenecen a las y los educadores públicos y a los docentes pensionados, activos y retirados. Nunca ha sido mi objetivo ser dueño o empresario de la salud y, menos, acumular capital más allá del que genero con mi propio trabajo como profesional y médico.

No hubo empalme sino un asalto

Con esta carta dirigida a cada uno de las y los afiliados de FECODE, entrego y pongo a disposición de ustedes el resumen ejecutivo que da cuenta de procesos, resultados y pendientes de los que se informaría en un empalme que no me fue permitido hacer en la Fiduprevisora de manera ordenada.

La forma abrupta con la que fuimos retirados de nuestro servicio en la vicepresidencia, junto con más de 200 trabajadores y trabajadoras, literalmente, víctimas de una masacre laboral pusieron en riesgo la adecuada prestación de los servicios de salud de las y los educadores y sus familias, más inhumano aún, en medio del sufrimiento de miles de personas víctimas del terremoto del 10 de agosto reciente en el país.

Tampoco nos permitieron, presentar al Consejo Directivo, para su aprobación, más de 400 contratos que ya habían sido aprobados por el Comité de Contratación para garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud en el marco del Acuerdo 003. Mucho menos, finalizar procesos contractuales requeridos para recuperar la gobernanza del sistema como el reemplazo de la plataforma Horus, el nuevo Call – Center, con referencia y contrarreferencia autónoma, y los contratos de sedes dignas y sin sobrecostos para la atención del cuerpo docente, activo y pensionado, y sus familias.

Por último, permítanme hacer un reconocimiento profundo y sincero a todas y cada una de las personas que hicieron parte de este esfuerzo.

A mis compañeros que integraron el equipo de la Vicepresidencia del FOMAG, los profesionales, técnicos, administrativos y asistenciales y, de manera especial, a quienes desde las regiones estuvieron todos los días al frente de las necesidades del magisterio, muchas veces en circunstancias difíciles y enfrentando problemas que exigían respuestas inmediatas; quienes aportaron, sin miramientos, sus conocimientos y sus esfuerzos en pro de atender la salud y la vida de los maestros, aportaron sin descanso ni tregua una lucha contra pandilleros y mafias ya reconocidas al interior del FOMAG en el país y sus territorios.

Al presentar este informe a ustedes no solo entregamos documentos, cifras, acciones adelantadas, denuncias o asuntos pendientes. También damos cuenta del testimonio de un equipo humano que trabajó con convicción, comprometido con principios morales y ética en la administración de lo público y que puso todo lo que estuvo a su alcance para cumplir la responsabilidad que le fue encomendada.

Actuamos con transparencia e idoneidad; lo cual, nos permite dar un paso al costado con la satisfacción del deber cumplido y con la certeza de que no nos reservamos conocimientos, tiempo ni energía para defender al FOMAG y procurar una mejor atención para el magisterio colombiano.

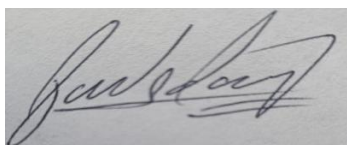
Enfrentamos dificultades; sin embargo, somos conscientes de lo que quedó por hacer. Entregamos todo nuestro compromiso hasta el último día con inmensa alegría y responsabilidad al servicio de las maestras, los maestros, las y los pensionados y sus familias. Ese es nuestro balance humano que sustenta este informe y que, por encima de cualquier circunstancia, también es nuestra mayor satisfacción: la del deber cumplido.

Deseo resaltar el compromiso colectivo de mujeres y hombres en cada una de las 33 sedes del FOMAG que entendieron que detrás de cada trámite, cada cuenta y cada decisión había personas, seres humanos que esperaban y requerían una respuesta. Su sensible participación fue definitiva.

A todas y todos ellos, mi gratitud y reconocimiento. A FECODE, a su dirigencia sindical, al magisterio activo y pensionado y a sus familias, gracias, por habernos permitido servirles.

A mi esposa y mi hijo gracias por su invaluable comprensión, que no es más que amor, por mi presencia intermitente en este tiempo que bien valió la pena.

Esta tarea, la de defender el derecho a la salud y por ende los recursos públicos previstos para ello, no termina aquí. Su responsabilidad es seguir luchando en su defensa.

A black and white photograph of a handwritten signature in ink, appearing to read 'Herman Bayona'.

Herman Bayona
Exvicepresidente FOMAG
Y equipo de la vicepresidencia

INFORME 2026 FOMAG

Introducción: estabilización institucional responsable del modelo de salud del magisterio	6
I. Lo recibido en el empalme: diagnóstico institucional y riesgos estructurales	7
La atención de los servicios de salud en funcionamiento, pero con debilidades estructurales de soporte y control y un modelo de salud no implementado y un gasto medico elevado	7
Contratación: pérdida de trazabilidad y debilidad severa del expediente contractual	8
Gestión financiera: información mutable, controles insuficientes y riesgo material sobre los recursos	9
Prestaciones Económicas: hallazgos de alta criticidad fiscal y jurídica	10
Sistemas de información: ausencia de una fuente única y dependencia crítica de procesos manuales	11
II. Decisiones adoptadas por la administración: intervención, control y estabilización	12
Acuerdos para Prestación de Servicios Bajo Modelos de Monto Fijo	12
Acuerdos para Prestación de Servicios Bajo Modelos de Monto Variable	13
Estrategias para Estabilización en Prestaciones Económicas	14
Planes de Contingencia para Reducir Represamientos	15
Balance cuantitativo de la gestión y principales indicadores	20
1. Presupuesto, costo y flujo financiero del componente de salud	20
2. Radicación y pagos a prestadores y proveedores	21
3. Población, red y orientación territorial	21
4. Prestaciones económicas: volumen gestionado y alertas	22
5. Control, auditoría y relacionamiento institucional	22
III. Resultados verificables, avances comunicables y retos pendientes.....	24
IV. Asuntos Críticos	24
V. Defensa institucional del Acuerdo 003 de 2024	31
VI. Cierre: continuidad, transparencia y profundización del modelo	31
VII. Anexos	39

Introducción: estabilización institucional responsable del modelo de salud del magisterio

La gestión adelantada por el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio —FOMAG— debe comprenderse como un proceso de estabilización institucional responsable, orientado a garantizar los derechos a prestaciones sociales y el derecho fundamental a la salud de las maestras, los maestros y sus beneficiarios, en desarrollo del Acuerdo 003 de 2024 y de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Esta última reconoce la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable y comprende el acceso oportuno, eficaz y con calidad a servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

El Acuerdo 003 de 2024 modificó los lineamientos para la contratación de la prestación de servicios de salud del magisterio y reafirmó el deber del FOMAG de garantizar los servicios médico-asistenciales conforme a las instrucciones del Consejo Directivo. En esa dirección, la defensa del modelo no puede reducirse a una discusión administrativa: se trata de proteger una decisión orientada a fortalecer la atención primaria, la territorialización, la promoción y prevención, el flujo directo de recursos, la sostenibilidad financiera y la transparencia en el manejo de recursos públicos.

El presente informe se estructura en seis partes articuladas. La primera presenta las condiciones recibidas durante el empalme y el diagnóstico de los principales riesgos institucionales, asistenciales, contractuales, financieros, prestacionales y tecnológicos. La segunda desarrolla las decisiones adoptadas por la administración para intervenir dichos riesgos, sostener la operación y avanzar en la estabilización del Fondo. La tercera expone los resultados verificables, avances comunicables y retos pendientes. La cuarta concentra los asuntos críticos que requieren decisión, seguimiento y continuidad institucional. La quinta desarrolla la defensa institucional del Acuerdo 003 de 2024, a partir de sus propósitos, de las dificultades observadas en la transición y de las acciones necesarias para su implementación efectiva. Finalmente, la sexta recoge las conclusiones de continuidad, transparencia y profundización del modelo. De manera complementaria, se incorpora una adenda sobre controversias y obligaciones derivadas del modelo anterior y una sección de anexos documentales que permite consultar el informe de gestión FOMAG completo y detallado, así como el informe y soportes de las denuncias y actuaciones puestas en conocimiento de las autoridades competentes.

I. Lo recibido en el empalme: diagnóstico institucional y riesgos estructurales

Al asumir la Vicepresidencia del FOMAG en noviembre de 2025, la administración entrante encontró una operación en funcionamiento, pero con debilidades sustantivas de soporte, trazabilidad, control financiero, documentación contractual, gobernanza tecnológica y articulación territorial. El empalme no permitió recibir una operación plenamente documentada, verificable y consolidada; por el contrario, obligó a adelantar una reconstrucción paralela de información contractual, financiera, operativa, prestacional y tecnológica.

La atención de los servicios de salud en funcionamiento, pero con debilidades estructurales de soporte y control y un modelo de salud no implementado y un gasto medico elevado

En materia de salud, el modelo llevaba más de un año y medio en operación, pero aún no se encontraba implementado de manera consistente con los pilares del Acuerdo 003 de 2024. Persistían brechas en territorialización, promoción y prevención, gestión del riesgo, suficiencia de red, formalización de acuerdos de voluntades, estandarización de anexos tarifarios, auditoría, contratación por modalidades técnicamente soportadas y trazabilidad del ciclo asistencial y financiero.

El evidente aumento del gasto medico con “ la implementación del acuerdo 003” se explicó en primer lugar, por la liberación de barreras como mecanismo de contención del gasto de los operadores anteriores y en detrimento de la atención de los afiliados al Fondo, entendiendo que la mejor forma de aumentar ganancias ahora era la inducción al evento para aumentar la facturación, en segundo lugar por los sobre costos de los acuerdos de voluntades que fueron construidos por encima de los promedios comerciales de los departamentos y a nivel nacional y en tercer lugar por la ausencia de la gobernanza de los datos, sistemas de facturación y deficiencia en los procesos de auditoría y supervisión.

En la arquitectura territorial se evidenció concentración de la atención en prestadores provenientes del modelo anterior, con concentración relevante de cápitass de atención primaria y riesgos asociados a integración vertical, direccionamiento de usuarios y baja diversificación de la red así como ausencia de la gobernanza representada en el manejo de los datos, la referencia y contra referencia y la auditoria y supervisión de los contratos Se encontró que eran los operadores del modelo anterior los que concentraban el 80% de las cápitass de atención primaria y mantienen integración vertical o direccionamiento de la atención a otros prestadores que pertenecían a las Uniones Temporales que controlaban las 10 regiones de prestación de servicios de salud. Un hallazgo adicional no menos importante tiene que ver con la defensa de los prestadores que hacían parte de las UT del modelo anterior, por muchos de los directores regionales y departamentales

cuya gestión fue evaluada desde lo técnico encontrando favorecimiento en las tarifas de contratación, direccionamiento y acciones que estaban claramente en contra de la implementación del modelo en tanto no existía una red que respondiera a una organización territorial y si a un modelo de facturación excesiva y que genera dificultades en el seguimiento contractual

Contratación: pérdida de trazabilidad y debilidad severa del expediente contractual

En contratación, el empalme evidenció pérdida de trazabilidad y debilidad severa de los expedientes. No se recibió una relación única, completa y verificable de contratos, acuerdos de voluntades, ofertas, aceptaciones, procesos precontractuales, pagos, balances, supervisores y repositorios documentales. La dispersión entre ORION, SECOP, OneDrive y otros sistemas dificultó reconstruir decisiones, soportes y responsabilidades.

Una especial preocupación produjo la constatación consignada en el informe respecto de la eliminación de información del correo institucional utilizado para gestionar procesos de contratación durante 2025. Esta circunstancia dificultó reconstruir actuaciones precontractuales y obligó al nuevo equipo a recuperar la información que aún fuera posible localizar por otras fuentes.

La dimensión del problema quedó evidenciada al revisar el universo contractual de las vigencias 2024 y 2025: el diagnóstico reportó que el 98,5 % de los contratos identificados permanecía sin liquidación. Esta acumulación comprometía no solamente el cierre formal de los expedientes, sino la determinación de saldos, la verificación del cumplimiento, la identificación de obligaciones pendientes, la recuperación de mayores valores y la adecuada defensa de los intereses del Fondo.

La revisión detectó además deficiencias relevantes en debida diligencia de terceros y validaciones SARLAFT, así como ausencia de información consolidada sobre certificaciones requeridas para prestadores y contratistas. Tampoco se entregaron inicialmente las actas del Consejo Directivo requeridas para reconstruir la trazabilidad de determinadas instrucciones, recomendaciones y decisiones relacionadas con el modelo.

A ello se agregó la inexistencia de un Manual de Supervisión formalmente adoptado y de procesos y procedimientos suficientemente desarrollados para la complejidad del nuevo modelo, situación que había permitido una operación con criterios heterogéneos y limitada estandarización documental.

Gestión financiera: información mutable, controles insuficientes y riesgo material sobre los recursos

En gestión financiera, la administración recibió una operación con alta dependencia de procesos manuales, bases de datos no integradas, correos electrónicos, archivos en hojas de cálculo y conciliaciones posteriores. Se identificaron riesgos de pagos indebidos, sobregiros operativos, dobles reconocimientos, cambios no trazados en reportes de facturación y debilidades en la integración entre auditoría, pagos y contabilidad.

En la estructuración de la red y de las modalidades de contratación se identificaron cápitass en ejecución sin nota técnica, ausencia de metodologías reproducibles para establecer algunos valores negociados, servicios no habilitados incluidos dentro de cápitass, inconsistencias entre los CUPS (Clasificación Única de Procedimientos en Salud) contratados y las condiciones de integralidad requeridas y dificultades para establecer los componentes de frecuencia de uso y costo medio que sustentaban económicamente las negociaciones. Uno de los hallazgos más preocupantes es el sobre costo en todas las formas de contratación y, en especial, en las cápitass de atención primaria, en donde se pagaban en sitios donde se ofertaban menos de 250 CUPS el mismo valor que en sitios donde se ofertaban más de 1000 CUPS.

Uno de los hallazgos de mayor criticidad fue la inestabilidad de la información utilizada para tomar decisiones de pago. El diagnóstico encontró facturas que entre un reporte y otro podían desaparecer, modificar sus valores o presentarse de manera diferente sin conservar una trazabilidad suficiente del cambio. También se identificaron facturas retiradas de reportes posteriores sin registro integral del evento y pagos efectuados con información preliminar que posteriormente podía ser objeto de devolución.

En esas condiciones, la administración no disponía de una única fuente plenamente confiable que permitiera reconstruir *end-to-end* el ciclo de cada factura desde su radicación hasta su auditoría, reconocimiento, pago, eventual glosa, compensación o recuperación.

Se advirtió expresamente riesgos de pagos indebidos, sobre pagos, dobles pagos y potencial afectación patrimonial. No se trataba, por tanto, solamente de mejorar herramientas tecnológicas: era necesario reconstruir controles esenciales sobre recursos públicos de muy alta materialidad.

La situación de los anticipos ejemplificaba esta exposición. Se identificaron más de \$9.000 millones entregados a prestadores pendientes de una legalización efectiva, sin cruces automatizados que permitieran determinar si el mismo prestador había posteriormente radicado y cobrado facturas por los servicios financiados con dichos

anticipos. Ello generaba un riesgo directo de doble reconocimiento y dificultades posteriores de recuperación.

También se recibió un rezago presupuestal considerable proveniente de vigencias anteriores, con reservas y cuentas por pagar constituidas desde 2024 que continuaban pendientes en 2026, pagos que dependen de procesos de auditoría por terceros. En este caso, la empresa D&G no permitía la ejecución, trasladando presión financiera y operativa hacia vigencias posteriores y dificultando establecer de manera limpia el costo correspondiente a cada periodo.

Cabe aclarar que todos los hallazgos fueron notificados y se realizaron las denuncias pertinentes a los entes de control, que dieron lugar a múltiples auditorías a la Fiduprevisora y en particular a la vicepresidencia para el FOMAG

Prestaciones Económicas: hallazgos de alta criticidad fiscal y jurídica

En prestaciones económicas, se encontraron retos de alta materialidad fiscal y jurídica, atraso en el reconocimiento de prestaciones e inclusión en nomina de actos administrativos que reconocían el derecho a los maestros. Uno de los hallazgos de mas alta sensibilidad fueron los pagos asociados a Prima Ley 91, represamiento de PQRS, rezagos en cesantías, agotamiento presupuestal en auxilios durante 2025, transición tecnológica incompleta y necesidad de fortalecer la articulación con las Secretarías de Educación Certificadas. Estos hallazgos exigían actuar con prudencia jurídica, control presupuestal y trazabilidad documental.

En cuanto al pago de Prima Ley 91 de 1989, el análisis permitió establecer que durante 2024 y 2025 se habían efectuado 42.400 pagos por aproximadamente \$458.799 millones. La revisión de dichas operaciones identificó casos que, de acuerdo con el análisis consignado en el informe, no satisfacían las condiciones jurídicas aplicables.

Particular gravedad revistió la identificación de 4.405 pagos por aproximadamente \$83.082 millones realizados a beneficiarios respecto de los cuales existían decisiones judiciales ejecutoriadas que habían negado el reconocimiento del derecho.

Estos hallazgos son de alta criticidad institucional, fiscal y jurídica y se advirtió posibles implicaciones relacionadas con el desconocimiento de decisiones judiciales, la afectación de recursos públicos y eventuales responsabilidades que deberán ser establecidas por las instancias competentes.

La revisión evidenció además cambios sustanciales en la interpretación jurídica utilizada para reconocer esta prestación, sin que se identificara una modificación normativa, sentencia de unificación o acto administrativo formal que explicara

suficientemente el tránsito desde la posición jurídica históricamente defendida por el Fondo hacia una interpretación más amplia.

Este componente requirió, por consiguiente, revisión jurídica y financiera inmediata, denuncia a los entes de control, depuración de las bases y fortalecimiento de la gobernanza de decisiones capaces de producir impactos fiscales de esta magnitud.

Sistemas de información: ausencia de una fuente única y dependencia crítica de procesos manuales

La infraestructura tecnológica recibida no respondía a una arquitectura de sistemas, no se articulaban o comunicaban entre sí y tampoco ofrecía el nivel de madurez requerido para soportar una operación de la dimensión del FOMAG.

De los 26 módulos inicialmente previstos para la plataforma tecnológica, 12 no se encontraban completamente desarrollados o presentaban funcionalidades parciales. Procesos críticos continuaban dependiendo de desarrollos de terceros, hojas de cálculo, correos electrónicos y conciliaciones manuales.

La inexistencia de un modelo único de gobierno del dato, confiable y seguro impedía consolidar de manera confiable información procedente de radicación, auditoría, contratación, prestación y pagos. En consecuencia, varias decisiones de alta materialidad económica que debía tomarse basadas en un sistema de información confiable, lo que no ocurrió en el caso de HORUS, dependían de cruces y verificaciones realizadas manualmente por funcionarios y contratistas.

La propia evaluación de riesgos efectuada durante la nueva gestión identificó escenarios de alteración de archivos, utilización de versiones equivocadas, duplicidad de registros, ausencia de validaciones automáticas, pagos a terceros incorrectos, pagos anticipados sin auditoría previa y pérdida de trazabilidad integral.

Por tanto, la debilidad tecnológica no constituía un asunto accesorio: era uno de los factores que explicaban buena parte de las deficiencias de control encontradas en la operación.

II. Decisiones adoptadas por la administración: intervención, control y estabilización

Frente al escenario descrito, la administración no se limitó a administrar la contingencia. Adoptó una estrategia de estabilización basada en priorización de riesgos, protección de la continuidad asistencial, fortalecimiento de controles, recuperación de trazabilidad contractual, revisión jurídica de pagos de alto impacto, reordenamiento del flujo de recursos, transición tecnológica y consolidación progresiva del modelo previsto en el Acuerdo 003 de 2024.

En salud, se priorizó el flujo de recursos a IPS, especialmente aquellas de menor tamaño en ciudades intermedias y municipios con baja densidad poblacional, para mitigar riesgos de interrupción en la prestación. Se creó e impulsó un modelo de supervisión de auditorías, se generó presión institucional para depurar cartera antigua y se adelantaron conversaciones técnicas con prestadores para comprender la operación real y orientar la transición hacia modalidades contractuales más costo-efectivas.

La administración avanzó en la estructuración de acuerdos bajo modalidades prospectivas y retrospectivas, incluyendo cápita, pago global prospectivo, evento y paquetes integrales. En lugar de mantener una dependencia predominante de contratación por evento —más susceptible a crecimiento no controlado del gasto— se promovieron esquemas basados en población, territorio, cohortes, frecuencia de uso, costo medio, integralidad terapéutica y gestión del riesgo en salud. Para ello se generaron técnicamente los acuerdos bajo un acta de acuerdo precontractual, abordando modelos costo eficientes, pero sobre todo que generaran un impacto positivo en la gestión del riesgo con modelos:

- Prospectivos (monto fijo) y;
- Retrospectivos (eventos)

Acuerdos para Prestación de Servicios Bajo Modelos de Monto Fijo

Modalidades prospectivas

CÁPITA: Se desarrolló la herramienta para la generación de las notas técnicas basadas en CUPS que hicieran parte de la capa primaria, discriminando los CME para la morbilidad como para las actividades de promoción y mantenimiento de la salud. Se tuvo en cuenta los RIPS cargados en FOMAG, la resolución 3280 y la discriminación de la población para poder estructurar las frecuencias de uso y así mismo el costo usuario. Solo de esta manera se logra un seguimiento y evaluación que permita definir el cumplimiento de las actividades o el descuento por incumplimiento.

PAGO GLOBAL PROSPECTIVA (PGP): Bajo esta modalidad, se contaban acuerdos para oncología, sin embargo, es aquí donde se encuentran estructuras de FU y CME sin justificación técnica, además de CUPS que no hacían parte de atención de esa cohorte o incluso actividades que no sumaban integralidad, pero si costo. Por esa razón se incluye dentro del recurso humano un actuario con experiencia en salud para poder definir las notas técnicas para la complementariedad en cohortes como cáncer, visual, cardiovascular e imágenes. Es posible proyectar mas acuerdos, sin embargo, el recurso humano que cierra los acuerdos desconoce esta modalidad y no logra resolver las dudas del prestador, razón por lo cual se requiere talento humano con experiencia certificada que permita una mayor estructuración de este tipo de modelos.

Para este tipo de modelos se sustenta la información en fuentes de información institucional que, integradas entre sí, permiten construir una visión completa de la demanda de servicios de salud: RIPS, base de afiliación activa, organización territorial, caracterización etárea de la población, base de datos de pacientes de las cohortes de alto costo.

Dado a que este tipo de modelos costo-efectivos se requiere una base financiera sustentable y oportuna, se generó un acta desde la gerencia de salud para definir el rol de cada dirección y poder generar al prestador un pago anticipado que le permita la continuidad de la prestación sin riesgo económico para la IPS.

Acuerdos para Prestación de Servicios Bajo Modelos de Monto Variable

Modalidades retrospectivas

EVENTO (por actividad individual): La mayoría de los servicios se prestan bajo esta modalidad mientras paulatinamente crece la confianza del prestador a modelos más sustentables y con riesgo compartido. Se realizaron nuevos acuerdos para 2026 bajo la normatividad vigente en SOAT UVB, por lineamiento de la vicepresidencia se delegó a las coordinaciones departamentales como los representantes de la vicepresidencia para la realización de dichos acuerdos, buscando generar autonomía territorial en consonancia con el Acuerdo 003

PAQUETES (por grupo de actividades): Bajo esta modalidad se tenían algunos acuerdos para la cohorte de VIH, sin embargo, se estructuraron paquetes integrales para cohortes como VIH, Psoriasis, Artritis, enfermedades autoinmunes y hemofilia entre otras que permitieran una integralidad en la atención y sobre todo menor impacto en las exacerbaciones, aun en proceso de vincular las IPS a este modelo.

También se realizó paquetes para atención domiciliaria, todo un reto en aceptación y sobre todo aun un reto para que se adhieran a los criterios de pertinencia a domiciliaria, aun en curso.

En los casos en que se identificaron posibles sobrecostos, duplicidades o debilidades de soporte técnico, la formulación institucional debe mantenerse en términos jurídicamente prudentes: hallazgos de riesgo, posibles irregularidades sujetas a verificación, debilidades de control, inconsistencias contractuales o financieras y asuntos trasladados a las autoridades competentes cuando existiera mérito para ello. Esta precisión fortalece la defensa del Fondo, evita afirmaciones ligeras y preserva la contundencia institucional.

Estrategias para Estabilización en Prestaciones Económicas

La estrategia se orientó a recuperar capacidad operativa, reducir rezagos, depurar bases, fortalecer controles jurídicos y financieros, asegurar continuidad presupuestal y avanzar en la transformación tecnológica.

Para ello se articularon las Coordinaciones de Sustanciación, Prestaciones Económicas, Novedades de Nómina y Nómina, buscando que el proceso dejara de operar como una secuencia fragmentada de actividades y avanzara hacia una gestión integral desde la recepción y revisión del trámite hasta su incorporación efectiva al pago.

Se realizaron mesas permanentes entre las diferentes áreas involucradas para identificar prestaciones pendientes de inclusión, resolver bloqueos operativos y hacer seguimiento al avance de los trámites. Esta estrategia permitió mantener una capacidad significativa de incorporación de nuevas prestaciones a nómina: entre enero y mayo de 2026 ingresaron 6.957 nuevas prestaciones pensionales, por un valor neto acumulado de \$342.602 millones.

De manera paralela, la Coordinación de Sustanciación gestionó entre diciembre de 2025 y junio de 2026 41.626 trámites, correspondientes a pensiones, auxilios, reliquidaciones, ajustes y cumplimiento de fallos judiciales. La gestión no se limitó a incrementar volumen, sino que comprendió validación documental, análisis jurídico, revisión de historia laboral, factores salariales y procedencia del reconocimiento.

Esta línea de trabajo se complementó con la continuidad del esquema de regionalización de la sustanciación, que había permitido elevar de manera importante la capacidad mensual de procesamiento frente a 2024, y con el monitoreo de productividad para identificar oportunamente disminuciones en el desempeño y adoptar medidas correctivas.

En el caso de la Prima Ley 91, la administración actuó bajo una lógica de protección del patrimonio público: suspendió nuevos pagos mientras se profundizaba la revisión jurídica, documental y financiera; identificó posibles inconsistencias; trasladó información a las autoridades competentes; y recomendó mantener cooperación con Fiscalía, Contraloría y Procuraduría.

Planes de Contingencia para Reducir Represamientos

La estabilización del componente prestacional exigió afrontar directamente acumulaciones históricas de solicitudes y comunicaciones pendientes.

Para junio y julio de 2026 se estructuró un plan de contingencia dirigido a gestionar y cerrar aproximadamente 55.000 comunicaciones, basado en priorización de trámites, reasignación y optimización de recursos y seguimiento permanente a indicadores de producción.

La magnitud del problema justificaba una intervención diferenciada. El diagnóstico efectuado sobre la Base 16 de Prestaciones Económicas registró 81.144 PQRS pendientes, de las cuales 75.701, equivalentes al 93,3%, se encontraban vencidas. Dentro de ellas, la mayor concentración correspondía a Prima Ley 91–Mesada 15, seguida por pensiones, auxilio funerario y cesantías.

Frente a esta situación se avanzó en la construcción de una base analítica que permitiera identificar cada registro por vigencia, causal y estado. Esta depuración permitió abandonar una lectura agregada del represamiento y establecer con precisión qué asuntos concentraban la mayor criticidad, convirtiéndose en insumo para la definición de planes de choque específicos.

Particularmente, frente a la Prima Ley 91, que representaba 67,1 % del universo de solicitudes pendientes, se formuló e implementó un plan de acción específico basado en priorización y depuración de información.

Protección de la continuidad presupuestal de la nómina pensional

La estabilización prestacional requirió incorporar un componente de planeación financiera más riguroso, especialmente frente a la nómina pensional, cuyo comportamiento mensual supera el billón de pesos.

Durante la gestión se efectuó seguimiento permanente a la ejecución y proyección de la nómina, permitiendo identificar anticipadamente que las necesidades estimadas para 2026 ascendían a \$15,715 billones, mientras que el presupuesto disponible correspondía a \$15,252 billones. Esta diferencia permitió establecer un faltante estimado de \$463.445 millones para atender el cierre de la vigencia.

La identificación anticipada del faltante permitió gestionar oportunamente la necesidad de apropiación condicionada y evitar que el problema fuera advertido solamente al momento de materializarse una insuficiencia de caja o de apropiación.

Este ejercicio también permitió incorporar escenarios contingentes asociados a decisiones normativas que pudieran incrementar el valor de la nómina, particularmente la eventual extensión de la mesada 14, fortaleciendo así la capacidad de anticipación presupuestal del Fondo.

La estrategia consistió, por tanto, en trasladar la gestión presupuestal de un esquema fundamentalmente reactivo a uno de seguimiento, proyección y anticipación de necesidades, vinculando directamente el comportamiento de la nómina con la disponibilidad futura de recursos.

Estabilización y seguimiento al pago de cesantías

En materia de cesantías se mantuvo una estrategia de procesamiento masivo y monitoreo permanente del ciclo de pago.

Durante el período reportado se efectuaron pagos por \$767.352 millones, correspondientes a 21.162 prestaciones, de las cuales el 26,77 % fueron cesantías definitivas y el 73,23 % cesantías parciales.

No obstante, la estrategia no se limitó al volumen pagado. Se realizó una clasificación del inventario pendiente según su etapa real dentro del proceso. A 31 de mayo se identificaron 13.858 prestaciones aún no pagadas, distribuidas entre validación, aprobación, devolución a las entidades territoriales y confirmación bancaria.

Esta clasificación permitió distinguir entre verdaderos rezagos internos y trámites que ya habían avanzado hacia pago o que requerían subsanaciones externas, fortaleciendo el seguimiento del proceso y evitando tratar todo el inventario pendiente bajo una única categoría.

El enfoque permitió además concentrar esfuerzos en los puntos donde efectivamente podía generarse mora, aspecto especialmente relevante dado el impacto financiero que representa para el Fondo el reconocimiento de sanciones por pago tardío de cesantías.

Reactivación y ordenamiento del pago de auxilios

El rubro de auxilios presentaba una condición particularmente sensible debido a que durante 2025 se había agotado la disponibilidad presupuestal, situación que había generado acumulación de solicitudes y derivado incluso en tutelas, incidentes de desacato y riesgos asociados al incumplimiento de decisiones judiciales.

Frente a este escenario, durante enero de 2026 se reactivó el proceso de gestión y pago, aplicando como criterio de organización el orden cronológico de las solicitudes, con el propósito de recuperar gradualmente el rezago preservando criterios objetivos de priorización. Los primeros pagos derivados de esta reactivación se materializaron en febrero de 2026.

Esta estrategia estuvo acompañada por seguimiento presupuestal del rubro, reconociendo que la estabilización de los auxilios no depende exclusivamente de la

capacidad operativa de la Dirección, sino también de que la apropiación asignada sea suficiente para responder a la demanda real.

Revisión integral de los pagos asociados a la Prima Ley 91

Uno de los componentes de mayor relevancia de la estrategia de estabilización fue la revisión jurídica, financiera y documental de los pagos efectuados por concepto de prima de mitad de año prevista en la Ley 91 de 1989.

A partir de los hallazgos identificados durante el empalme se adelantó una revisión que permitió detectar inconsistencias en más de 4.400 pagos y posibles afectaciones superiores a \$83.000 millones. El análisis posteriormente amplió el universo evaluado a 42.400 pagos realizados durante 2024 y 2025, por un total de \$458.799 millones, identificándose presuntas irregularidades específicas por aproximadamente \$260.437 millones, equivalentes al 56,8 % del total analizado.

La estrategia adoptada no consistió en continuar masivamente el reconocimiento mientras se resolvían las dudas jurídicas. El informe precisa que entre diciembre de 2025 y mayo de 2026 no se efectuaron pagos por concepto de Prima Ley 91, mientras se profundizaba la revisión institucional.

En paralelo, la Gerencia Jurídica estructuró y presentó denuncia ante la Fiscalía General de la Nación frente a los hechos identificados y puso en marcha acciones orientadas a determinar la dimensión de las posibles irregularidades y proteger los recursos del Fondo. El tratamiento de este asunto pasó así de un esquema de reconocimiento masivo a uno de control, verificación de requisitos, depuración y defensa del patrimonio público.

La estrategia también incluyó la recomendación de mantener cooperación con Fiscalía, Contraloría y Procuraduría, así como adelantar las actuaciones necesarias para recuperar los valores que eventualmente se determinen como indebidamente pagados.

Transición tecnológica y fortalecimiento de la trazabilidad prestacional

La estabilización de prestaciones económicas coincidió con una transición tecnológica compleja.

El cierre del aplicativo ONBASE, la migración de procesos desde los sistemas tradicionales FOMAG y la implementación progresiva de HUMANO Prestaciones obligaron a desarrollar mecanismos alternativos que garantizaran la continuidad operativa. En este contexto se avanzó en la utilización de Power Apps como solución contingente, mientras se completaba la transición tecnológica.

La apuesta tecnológica busca consolidar en HUMANO una plataforma única para la radicación, gestión, seguimiento, liquidación, aprobación y pago de prestaciones económicas, integrando la actuación de las Secretarías de Educación y del FOMAG y reduciendo la dependencia de procesos fragmentados y sistemas no interoperables. Al corte del informe, la Fase I registraba un avance del 95 % y la Fase II se encontraba en evolución con un avance aproximado del 70 %.

La transformación tecnológica constituye un componente estructural de la estabilización, en la medida en que permite fortalecer la trazabilidad individual del trámite, disminuir reprocesos, reducir riesgos derivados del manejo manual de información y contar con una fuente más integrada para la toma de decisiones.

Fortalecimiento de la articulación con las Secretarías de Educación Certificadas

El modelo prestacional depende necesariamente de la articulación entre FOMAG y las Secretarías de Educación Certificadas, dado que estas actúan como primera línea de validación de historia laboral, requisitos, documentación y liquidación de las prestaciones.

Por esta razón, la estrategia de estabilización mantuvo el esquema de control compartido: las Secretarías continúan realizando el estudio inicial y el FOMAG conserva la validación final, aprobación y pago.

La información generada durante el período mostró que aproximadamente el 20 % de los expedientes revisados debió ser devuelto a las Secretarías por inconsistencias documentales o necesidad de aclaraciones. Este comportamiento confirmó la importancia de fortalecer la calidad de la información desde el origen y de mantener mecanismos de retroalimentación con las entidades territoriales para evitar ciclos sucesivos de devolución y reproceso.

En consecuencia, la estabilización no se abordó exclusivamente dentro de la Fiduprevisora, sino mediante un modelo de corresponsabilidad en el que la calidad y oportunidad del trámite depende de la consistencia de la información generada desde las entidades territoriales.

Gestión diferenciada de traslados de aportes, bonos y cuotas partes

También se fortalecieron procesos especializados que, aunque representan una menor volumetría frente a la nómina general, tienen una alta complejidad técnica y jurídica.

En materia de traslados de aportes, bonos pensionales y devoluciones se efectuaron validaciones jurídicas, elaboración de memorandos, generación de archivos de pago, coordinación con Colpensiones y atención de insumos para

tutelas y requerimientos. Durante 2026 se recibieron 354 solicitudes de estudio de traslado de aportes y se gestionaron 160; adicionalmente, de 191 solicitudes relacionadas con pagos de traslados, bonos y devoluciones, 168 fueron atendidas.

Este frente permitió identificar claramente los inventarios pendientes y mantener una trazabilidad separada de trámites cuya resolución depende de interacción con administradoras de pensiones y otras entidades externas.

Estabilización mediante control, no únicamente mediante producción

En conjunto, las acciones adelantadas reflejan un cambio importante en la manera de abordar las prestaciones económicas.

La estrategia no se circunscribió a producir más actos administrativos o incrementar el número de pagos. Se buscó simultáneamente:

- Recuperar capacidad operativa.
- Intervenir los principales represamientos.
- Proyectar anticipadamente las necesidades presupuestales.
- Depurar las bases que soportan las decisiones.
- Fortalecer la trazabilidad del reconocimiento y pago.
- Avanzar en una plataforma tecnológica integrada.
- Revisar pagos de alto impacto fiscal cuya procedencia generaba cuestionamientos.
- Fortalecer la articulación jurídica, financiera y operativa.
- Diferenciar los inventarios pendientes de acuerdo con su estado y nivel de criticidad.

La estabilización de Prestaciones Económicas debe entenderse, por tanto, como el tránsito desde una gestión predominantemente orientada a tramitar volumen hacia un esquema que incorpora control preventivo, trazabilidad, priorización, sostenibilidad presupuestal y validación jurídica del gasto.

Los resultados obtenidos durante el período evidencian avances relevantes en capacidad de procesamiento y pago, pero también permitieron identificar con mayor precisión los rezagos y riesgos que aún requieren continuidad. El principal aporte de la gestión consistió en dejar identificados, cuantificados y organizados los principales frentes críticos, mientras se desarrollaban acciones concretas para impedir que los problemas acumulados continuaran reproduciéndose y para fortalecer progresivamente un modelo prestacional más oportuno, verificable y financieramente sostenible.

En materia presupuestal, se identificaron necesidades de financiación para salud y prestaciones económicas, incluyendo la apropiación condicionada de 1,1 billones y

la adición de 400 mil millones requeridas para garantizar continuidad del servicio de salud hasta el cierre de la vigencia. La defensa institucional debe presentar este punto como una alerta temprana de sostenibilidad y no como traslado de responsabilidad: advertir oportunamente el riesgo presupuestal es una práctica de buena administración.

Balance cuantitativo de la gestión y principales indicadores

Con el fin de reforzar la lectura ejecutiva del informe, se incorporan a continuación los principales indicadores cuantitativos reportados por las áreas del FOMAG. Las cifras permiten dimensionar simultáneamente la continuidad operativa alcanzada, la presión financiera del modelo de salud, el volumen de prestaciones económicas gestionadas y los frentes de control que requieren continuidad.

1. Presupuesto, costo y flujo financiero del componente de salud

Indicador	Corte	Resultado
Apropiación salud 2026	10-jul-2026	\$3,583 billones
Compromisos	10-jul-2026	\$2,629 billones (73,4%)
Obligaciones	10-jul-2026	\$2,493 billones (69,6%)
Pagos presupuestales	10-jul-2026	\$2,043 billones (57,0%)
Costo radicado 2026	30-jun-2026	\$2,893 billones
Promedio mensual radicado	ene-jun 2026	\$482.240 millones
Servicios 2024-2025 radicados en 2026	30-jun-2026	\$443.581 millones
Provisiones 2025 sin CRP	30-jun-2026	\$431.320 millones
Necesidades acumuladas de financiación	30-jun-2026	\$3,325 billones (93% de la apropiación anual)

La lectura conjunta de estos datos muestra que la presión presupuestal de 2026 no proviene exclusivamente del costo corriente. Una parte material corresponde a obligaciones y facturación de vigencias anteriores: \$443.581 millones de servicios 2024-2025 fueron radicados en 2026, a lo que se suman \$431.320 millones de provisiones de 2025 sin CRP. Esta composición reduce el margen disponible para financiar la operación del segundo semestre y exige separar, para efectos de análisis, el costo propio de 2026 del arrastre de vigencias anteriores.

2. Radicación y pagos a prestadores y proveedores

Periodo	Radicación (MM COP)	Pagos (MM COP)	% pagado	Trámites
2024	\$2.355,9	\$1.203,1	51,1%	7.573
2025	\$5.187,1	\$4.187,9	80,7%	44.470
2026 (ene–10 jul)	\$2.311,5	\$2.771,2	119,9%*	26.354
Total	\$9.854,6	\$8.162,3	82,8%	71.807

La relación global pagos/radicación alcanzó 82,8%. En 2026 el porcentaje supera el 100% porque el pago incorpora cuentas radicadas en vigencias anteriores, saldos de glosas y cápitass. La modalidad evento continúa concentrando la mayor presión financiera: representó aproximadamente 73,9% de la radicación y 70,9% de los pagos del periodo consolidado. Mayo de 2026 registró el mayor pago mensual (\$684,6 mil millones), seguido de enero (\$615,0 mil millones).

3. Población, red y orientación territorial

Indicador	Resultado / lectura ejecutiva
Afiliados caracterizados (mayo 2026)	839.037 afiliados
Población en adultez o vejez	74,84%
Personas con clasificación de riesgo o condición de salud	Cerca de 395.000
Afiliados asociados a contratación por cápita	82,91%
Modalidad evento en costo radicado 2026	Promedio cercano al 68%; 70% en junio
Prioridad de gestión	Fortalecer notas técnicas, suficiencia de red, cohortes, nodos subregionales, referencia/contrarreferencia y control de concentración por prestador.

La caracterización de afiliados y el análisis territorial permitieron contar con una base cuantitativa para orientar la planeación de red, las cohortes, la atención primaria y la organización de nodos. A su vez, la persistencia de una alta

participación de la modalidad evento confirma la necesidad de continuar la transición hacia esquemas contractuales técnicamente soportados y con mayor capacidad de previsión del costo.

4. Prestaciones económicas: volumen gestionado y alertas

Frente	Resultado / situación
Nuevas prestaciones pensionales incorporadas a nómina	6.957 entre enero y mayo de 2026; valor neto acumulado \$342.602 millones
Trámites gestionados por Sustanciación	41.626 entre diciembre de 2025 y junio de 2026
Cesantías pagadas	\$767.352 millones; 21.162 prestaciones
Cesantías pendientes a 31 de mayo	13.858 prestaciones en distintas etapas del proceso
PQRS pendientes Base 16	81.144; 75.701 vencidas (93,3%)
Prima Ley 91 / Mesada 15	67,1% del universo de PQRS pendientes
Necesidad estimada nómina pensional 2026	\$15,715 billones frente a \$15,252 billones disponibles; faltante estimado \$463.445 millones
Prima Ley 91 revisada	42.400 pagos 2024-2025 por \$458.799 millones; revisión institucional de pagos de alto impacto fiscal

Estos resultados muestran una gestión prestacional de alta volumetría, pero también identifican con precisión los focos de continuidad: represamiento de PQRS, suficiencia presupuestal de la nómina, transición tecnológica, cesantías en trámite y revisión jurídica-financiera de pagos de alta materialidad. El enfoque de estabilización debe conservar la combinación de producción, depuración, control preventivo y trazabilidad individual del trámite.

5. Control, auditoría y relacionamiento institucional

Indicador	Resultado
Requerimientos tramitados	185 entre noviembre de 2025 y 10 de julio de 2026; 28 en trámite
Auditoría financiera CGR – vigencia 2025	12 hallazgos con incidencia disciplinaria; 10 con incidencia fiscal por \$176.795,5 millones; 1 con presunta incidencia penal

Indicador	Resultado
Reserva presupuestal salud 2025	\$808.985 millones; obligaciones \$621.484 millones (76,8%); pagos \$513.050 millones (63,4%)/
Saldo reserva 2025 pendiente por obligar	\$187.501 millones
Saldo de obligaciones de reserva 2025 pendiente de pago	\$108.433 millones

El volumen de requerimientos y auditorías confirma que la gestión del periodo estuvo sometida a un escrutinio institucional intenso. Por ello, la consolidación de repositorios, la trazabilidad documental, la respuesta coordinada a entes de control y la ejecución de planes de mejoramiento deben considerarse componentes estructurales de la continuidad administrativa, no actividades accesorias.

En síntesis, el periodo combina avances verificables en pagos, procesamiento prestacional, caracterización de afiliados y fortalecimiento de controles con riesgos todavía materiales en suficiencia presupuestal, rezagos de vigencias anteriores, dependencia de contratación por evento, madurez de los sistemas de información y cierre de hallazgos de auditoría. Estos indicadores complementan —sin sustituir— el diagnóstico cualitativo presentado en los capítulos anteriores y permiten sustentar con cifras los resultados y asuntos críticos que se desarrollan a continuación.

III. Resultados verificables, avances comunicables y retos pendientes

Los resultados de la gestión deben presentarse con un doble criterio: evidencia verificable y reconocimiento de retos. La administración permitió sostener una operación de gran complejidad mientras reconstruía información, fortalecía controles y avanzaba en la implementación del modelo. En prestaciones económicas se gestionaron más de 41.000 trámites, se incorporaron nuevas prestaciones pensionales a nómina, se pagaron cesantías por montos significativos, se reactivó el pago de auxilios, se diagnosticó el represamiento de PQRS y se avanzó en la transición hacia herramientas tecnológicas integradas.

En salud, los avances deben comunicarse como parte de una estabilización progresiva: fortalecimiento de la red territorial, supervisión de auditorías, estructuración técnica de modalidades contractuales, priorización de prestadores críticos, impulso a modelos costo-efectivos, introducción de criterios de gestión del riesgo y alineación con la atención primaria, la promoción y la prevención previstas en el Acuerdo 003 de 2024.

Desde una perspectiva jurídica y administrativa, estos elementos permiten sostener que el Acuerdo 003 de 2024 y su adecuada implementación durante esta administración surgió como una respuesta institucional necesaria a problemas estructurales del modelo anterior: concentración de la contratación, barreras de acceso, baja orientación preventiva, debilidades de seguimiento territorial y dificultades para verificar integralmente el gasto médico. Los retos actuales son reales, pero son manejables mediante control, financiación suficiente, fortalecimiento técnico y gobernanza de datos; en cambio, regresar al modelo anterior implicaría reinstalar una arquitectura que ya había demostrado limitaciones para garantizar oportunidad, integralidad, transparencia, gestión del riesgo y garantía plena del derecho fundamental a la salud.

IV. Asuntos Críticos

El asunto más crítico de acuerdo con la decisión del Consejo Directivo en su última sesión es garantizar la disponibilidad presupuestal para completar la vigencia del 2026. El presupuesto solicitado en diciembre de 2025 para salud fue inicialmente de 5,8 billones; sin embargo, el Consejo Directivo aprobó solo 3,8 billones. Adicionalmente, en los meses iniciales de la vigencia fue necesario pagar 890 mil millones correspondientes a vigencias anteriores para mitigar riesgos en la prestación del servicio. En ese sentido, el FOMAG cuenta con presupuesto para pagar los compromisos adquiridos de julio en agosto, pero no para pagar los compromisos de agosto en septiembre. Esto teniendo en cuenta que, actualmente, está pendiente la aprobación de la apropiación del presupuesto condicionado de 1,1

billones y una adición de 400 mil millones para poder completar la vigencia. Cabe resaltar que, de acuerdo con la última sesión de Consejo Directivo, se estableció que esta decisión debía quedar en manos del nuevo gobierno y la nueva administración para la realización de esta apropiación y de la adición solicitada. Un hecho que de no ocurrir puede poner en riesgo la continuidad de prestación de servicios de salud, genera incertidumbre jurídica y riesgos financieros.

Por otro lado, en términos de contingencia por el terremoto, se presentaron graves daños estructurales y en la prestación de los servicios de salud, principalmente en las regiones del Valle del Cauca, Chocó y Eje Cafetero, por lo cual, se activó un plan para mitigar los daños y garantizar la prestación de los servicios de salud en las IPS de estos departamentos y la atención en las sedes. Este plan incluía la priorización de flujo de recursos para las IPS, por lo cual se dejó en curso la realización de los CRP por parte del entonces presidente encargado de la Fiduprevisora, teniendo en cuenta que la representación legal y el ordenamiento del gasto fue retirado a la Vicepresidencia del FOMAG desde finales del mes de julio. Hasta donde se tuvo información, estos CRP fueron devueltos para estas regiones y para el resto de las IPS del país.

Oficina Asesora de Planeación

Riesgo técnico e institucional: la falta de consolidación del Modelo Operativo, la matriz integrada de riesgos y el sistema de indicadores puede afectar la capacidad de seguimiento, control y toma de decisiones para la vigencia 2027. Se prioriza formalizar roles de reporte, adoptar la metodología integrada SARO–Supersalud para riesgos en salud y cerrar planes de mejoramiento vencidos, especialmente los derivados de la Superintendencia Financiera.

Riesgo presupuestal y técnico: el estudio de suficiencia de la UPCM debe cerrarse contractualmente y presentarse oportunamente al Consejo Directivo, pues será insumo central para decisiones financieras y de operación del modelo de salud en 2027.

Auditoría HOC: De acuerdo con la auditoría de HOC solicitada por la Superfinanciera, a la fecha no se tiene respuesta si se ha hecho la gestión por parte de Fiduprevisora para enviar el oficio relacionado con la respuesta sobre los hallazgos y planes de mejoramiento.

Dirección de Participación Social

Riesgo en salud y operativo: la alta carga de PQRS en SUIM Horus, el bajo porcentaje relativo de cierre y la dispersión entre plataformas limitan la respuesta oportuna a afiliados. Las causas estructurales asociadas a medicamentos, especialidades, procedimientos y autorizaciones requieren intervención articulada con prestadores, gestores farmacéuticos y áreas técnicas.

Riesgo técnico: la operación simultánea en SuperArgo, SUIM Horus, Fidugestor, correo y buzones genera fragmentación de información, duplicidades y dificultad para trazabilidad integral. Se requiere avanzar hacia integración de fuentes, criterios únicos de seguimiento e indicadores de cierre por regional y causal.

Dirección de Automatización y Aseguramiento de la Información

Riesgo técnico y operativo: persisten retos en afiliaciones, migración de nómina de pensionados, arquitectura de datos, interoperabilidad y ciberseguridad. La continuidad de los sistemas críticos exige gobierno formal de TI, fortalecimiento de mesa de ayuda, renovación de equipos y capacitación permanente a Secretarías de Educación, prestadores y usuarios internos.

Riesgo en salud: la calidad y disponibilidad de datos incide directamente en la trazabilidad de afiliados, autorizaciones, pagos, RIPS, medicamentos y PQRSDf; por tanto, la modernización tecnológica es condición habilitante para el seguimiento del modelo de salud.

Gerencia de Servicios de Salud

Riesgo en salud: la arquitectura territorial, los nodos subregionales y la coordinación con Gestión Territorial son determinantes para garantizar acceso, continuidad e integralidad. La ausencia de responsables, recursos, indicadores y mecanismos de coordinación puede generar barreras de atención y dispersión operativa.

Riesgo presupuestal y operativo: la gestión de traslados, viáticos, alojamientos y reembolsos requiere una base mensual certificada que mida solicitudes, decisiones, pagos, rezagos y distribución territorial. Los modelos tercerizados y la gestión directa por Fiduprevisora deben compararse trimestralmente para evaluar costo-eficiencia, oportunidad y barreras de acceso.

Riesgo técnico: se requiere unificar fichas técnicas, fuentes, periodos de corte, responsables y mecanismos de validación para indicadores de Comité Primario, Fideicomiso, ANS y medida cautelar, integrando afiliados, RIPS, medicamentos, PQRSDf, calidad y costos.

Dirección Nacional de Red

Riesgo jurídico y en salud: la formalización (la formalización es la minuta) de acuerdos de voluntades mediante contratos (los contratos son emanados desde el área jurídica por competencia) y actas precontractuales estandarizadas es prioritaria para acreditar suficiencia de red, continuidad asistencial y cumplimiento regulatorio. La falta de formalización puede comprometer la operación de servicios de baja, mediana y alta complejidad.

Riesgo jurídico y en salud: Se debe continuar con los acuerdos de voluntades mediante actas precontractuales estandarizadas y sus respectivos anexos tarifarios, es prioritario para acreditar formalización ante todos los entes de vigilancia y control, continuar con la medición de suficiencia de red. La falta de formalización puede comprometer la operación de servicios de baja, mediana y alta complejidad.

Riesgo presupuestal: el control del costo médico exige migrar progresivamente de modelos por evento a esquemas prospectivos como cápita, PGP y paquetes bajo la mirada de proyección técnico científica, mantener negociación bajo UVB, monitorear ejecución financiera y reforzar controles sobre terapias, enfermería, cuidadores, atención domiciliaria, enfermedades de alto costo e insumos y tecnologías domiciliarias.

Dirección de Gestión Territorial

Riesgo en salud y técnico: la implementación de nodos subregionales, la gestión integral del riesgo en salud y el dimensionamiento de talento humano para Unidades de Gestión Departamental son condiciones para que el modelo opere territorialmente. La falta de empalmes estructurados y capacitación a prestadores aumenta el riesgo de discontinuidad.

Dirección Nacional de Auditoría

Riesgo técnico y de control: el Modelo Nacional de Auditoría requiere talento humano suficiente, formación permanente y criterios homogéneos para auditar servicios de salud, supervisar contratos y gestionar riesgos. Sin esta capacidad, se debilita la segunda línea de control sobre la red y la calidad de atención.

Dirección de Seguridad y Salud en el Trabajo

Riesgo jurídico y en salud: el ajuste al Decreto 1655 de 2015 es estratégico para clarificar accidente de trabajo, calificación de pérdida de capacidad, incapacidades hasta el día 540, responsabilidades de entidades territoriales, inspección del Ministerio del Trabajo y control del abuso del derecho a la salud.

Dirección de Prestaciones Económicas

Riesgo presupuestal: persiste un faltante de \$463.445 millones para diciembre de 2026, condicionado a apropiación de recursos, con contingencia adicional por eventual aprobación de mesada 14 para todos los pensionados. Este asunto requiere seguimiento directivo y gestión anticipada de fuentes de financiación.

Riesgo jurídico y operativo: las PQRS represadas en Base 16 DPE, con 75.701 registros vencidos y concentración en Prima Ley 91 – Mesada 15, demandan un

plan de choque focalizado para reducir litigiosidad, sanciones, inconformidad ciudadana y exposición institucional.

Gerencia Jurídica del Fondo de Prestaciones

Riesgo jurídico y presupuestal: los casos Prima Ley 91 y SUMIMEDICAL S.A.S. concentran exposición penal, fiscal, disciplinaria, contractual y patrimonial. Se requiere mantener cooperación con Fiscalía, Contraloría, Procuraduría y autoridades judiciales; evaluar recuperación de pagos indebidos; y analizar acciones frente a incumplimientos contractuales, represas e intereses derivados de actas de liquidación.

Riesgo en salud y regulatorio: la medida cautelar exige acreditar integralmente la contratación de la red de salud, capacidad instalada, suficiencia de prestadores y continuidad de la atención. La falta de soporte oportuno puede prolongar la medida y generar nuevas actuaciones de inspección, vigilancia y control.

Unidad de Defensa Judicial

Riesgo jurídico: la actualización de líneas de defensa, la defensa judicial y extrajudicial en salud, los procesos ejecutivos por activa y la depuración de créditos y depósitos judiciales son estratégicos para reducir exposición litigiosa y recuperar recursos. Se requiere fortalecer talento humano, priorización procesal y trazabilidad de actuaciones.

Dirección de Gestión Jurídica

Riesgo jurídico, técnico y operativo: el volumen de tutelas, estimado entre 1.300 y 1.500 solicitudes diarias al buzón, supera la capacidad actual y se gestiona con bases sensibles y procesos manuales. Se prioriza estudio técnico de cargas, fortalecimiento de planta, automatización, trazabilidad de tutelas y articulación entre Fidugestor y Orion.

Dirección de Contratación

Riesgo jurídico y presupuestal: la revisión de expedientes en ORION y SECOP II, la identificación de CRP, la existencia de contratos perfeccionados sin registro, las garantías pendientes y la necesidad de depurar información contractual y financiera constituyen un foco crítico de control. Deben consolidarse bases maestras, listas de chequeo, informes de supervisión y alertas preventivas.

Riesgo fiscal y contractual: los cierres y liquidaciones de contratos OPS, SST y salud de vigencias 2020 a 2025 presentan alta complejidad documental y financiera. Se requiere cronograma institucional, balances financieros, informes finales,

verificación de garantías y priorización de contratos con mayor exposición jurídica, fiscal o financiera.

Dirección de Talento Humano

Riesgo presupuestal y jurídico: la existencia de personal en misión no contemplado en la estructura, vinculación adicional en cargos existentes y personal financiado con rubro de salud perteneciente formalmente a Fiduprevisora generan inconsistencias de planeación, fuente de financiación y racionalidad del gasto. Se recomienda revisar estructura, perfiles, fuentes presupuestales y herramientas de seguimiento de cargos.

Dirección Administrativa y Financiera de la Vicepresidencia

Riesgo presupuestal: las necesidades recurrentes de traslados y adiciones por déficit, especialmente en contratos médico-asistenciales, el incremento de pagos del sector salud y la depuración de vigencias anteriores afectan la liquidez real del Fondo. La actualización del Manual de Presupuesto debe soportar controles, coordinación interinstitucional y sostenibilidad financiera.

Dirección Administrativa y Financiera de la Gerencia de Servicios de Salud

Riesgo presupuestal, técnico y en salud: la baja participación de firmas auditoras, las inconsistencias de Horus en estados de facturación, objeciones, glosas y valores financieros comprometen la programación de pagos a prestadores y proveedores. Es indispensable institucionalizar tableros mensuales por volumen, valor aprobado, oportunidad, departamento y casos extremos.

Prioridades transversales para decisión directiva

1. Asegurar suficiencia presupuestal: priorizar recursos para pensiones, salud, contratos médico-asistenciales, pagos a prestadores, personal crítico y operación territorial.
2. Cerrar brechas jurídicas y contractuales: depurar expedientes, formalizar contratos, resolver garantías pendientes, liquidar contratos rezagados y atender casos estratégicos como Prima Ley 91, SUMIMEDICAL y medida cautelar.
3. Proteger la continuidad del servicio de salud: acreditar red, fortalecer nodos territoriales, controlar medicamentos, autorizaciones, traslados, auditoría y causas estructurales de PQRS.
4. Consolidar gobierno de datos y tecnología: integrar plataformas, garantizar calidad de datos, automatizar tutelas y facturación, fortalecer ciberseguridad e interoperabilidad.

5. Robustecer seguimiento y control: implementar tableros ejecutivos por dirección, matriz de compromisos, responsables, fechas de corte, alertas tempranas y evidencias verificables.

V. Defensa institucional del Acuerdo 003 de 2024

La defensa del Acuerdo 003 de 2024 debe formularse con claridad: el modelo no debe evaluarse únicamente por las tensiones propias de su implementación, sino por su capacidad de corregir fallas históricas y construir una operación más compatible con el derecho fundamental a la salud, en cumplimiento de lo establecido por la Sentencia T-760 de 2008 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015. La transición ha enfrentado dificultades institucionales, presupuestales, tecnológicas y contractuales; sin embargo, esas dificultades no desvirtúan el sentido del cambio, sino que evidencian la necesidad de profundizarlo con mayor rigor técnico, jurídico y financiero.

El modelo anterior ofrecía una aparente estabilidad operativa, pero dicha estabilidad descansaba sobre barreras de acceso, integralidad e integración de la red de prestadores, fragmentación de la información, concentración contractual, auditoría deficiente, ausencia de control del gasto y limitada gestión preventiva. El nuevo modelo, por el contrario, busca desplazar el centro de gravedad hacia la atención primaria, la prevención, la territorialización, el seguimiento del riesgo y una mayor trazabilidad del gasto. Defenderlo exige reconocer sus problemas de implementación, corregirlos y evitar que las dificultades transitorias se conviertan en argumento para retroceder.

La posición institucional recomendada es categórica pero responsable: el FOMAG debe sostener el Acuerdo 003 de 2024, acelerar su implementación efectiva, asegurar la suficiencia presupuestal, cerrar brechas contractuales, consolidar el gobierno del dato, fortalecer la red territorial, auditar con mayor capacidad técnica y mantener una relación transparente con maestros, beneficiarios, prestadores, organismos de control y ciudadanía.

VI. Cierre: continuidad, transparencia y profundización del modelo

Los avances alcanzados no deben presentarse como una gestión concluida, sino como una base institucional que requiere continuidad y profundización. El periodo permitió identificar y documentar riesgos que no se encontraban suficientemente controlados, sostener la operación asistencial y prestacional, iniciar correctivos, recuperar trazabilidad, fortalecer instancias de auditoría y supervisión, revisar decisiones de alto impacto fiscal y orientar la implementación del modelo hacia los principios del Acuerdo 003 de 2024. La etapa siguiente debe convertir estas acciones en capacidades permanentes: financiación suficiente y técnicamente sustentada, formalización contractual, depuración de pasivos y expedientes, auditoría efectiva de cuentas médicas, interoperabilidad tecnológica, gobierno del dato, consolidación de la red territorial y seguimiento verificable a resultados.

El balance de gestión obliga, además, a diferenciar dos planos. De una parte, las dificultades propias de la transición del modelo y las brechas que aún deben corregirse; de otra, los hallazgos y riesgos heredados o identificados durante el periodo, cuya existencia exigió actuaciones específicas de revisión, denuncia, auditoría y control. La defensa institucional del modelo no supone desconocer esas deficiencias ni minimizar su materialidad. Por el contrario, su sostenibilidad depende de reconocerlas, documentarlas y corregirlas con información verificable, decisiones técnicamente soportadas y plena trazabilidad sobre el uso de los recursos públicos.

Las cifras y actuaciones consolidadas muestran que los asuntos críticos no son marginales. La ausencia de una fuente única de información, la materialidad del rezago contractual y presupuestal, las inconsistencias identificadas en pagos y prestaciones, la presión creciente del costo médico, las dificultades de HORUS, la necesidad de fortalecer la auditoría y la persistencia de expedientes pendientes de liquidación requieren un esquema de seguimiento directivo continuo. La continuidad de la gestión debe medirse por cierres verificables: contratos formalizados y liquidados, saldos depurados, hallazgos atendidos, pagos conciliados, planes de mejoramiento cumplidos, sistemas interoperables y capacidad institucional para explicar el costo real de cada vigencia.

Especial relevancia tiene el relacionamiento con los organismos de inspección, vigilancia y control. Las denuncias y remisiones efectuadas frente a hechos de posible relevancia fiscal, disciplinaria, penal o administrativa deben conservar trazabilidad integral y seguimiento hasta su definición por las autoridades competentes. Este deber no reemplaza la presunción de legalidad ni anticipa responsabilidades individuales; asegura que los hechos identificados sean documentados, puestos en conocimiento de quien corresponde y acompañados con los soportes técnicos, financieros y jurídicos necesarios para la protección del patrimonio público y de los derechos del magisterio.

En consecuencia, la principal conclusión de este informe es que la estabilización del FOMAG exige simultáneamente continuidad asistencial, disciplina financiera, rigor contractual, fortalecimiento prestacional, capacidad tecnológica y control institucional. Ninguno de estos componentes puede administrarse de manera aislada. La sostenibilidad del modelo dependerá de que las decisiones futuras mantengan esa lectura integral, preserven la memoria documental de lo actuado y no reviertan los controles contruidos durante el periodo.

La transparencia exige reconocer dificultades; la responsabilidad exige corregirlas; y la defensa de las prestaciones sociales y del derecho fundamental a la salud de

las maestras, los maestros y sus beneficiarios exige consolidar un modelo capaz de garantizar acceso, oportunidad y calidad sin renunciar al control del gasto, a la legalidad de las actuaciones ni a la protección de los recursos del Fondo.

A nuestra llegada no existía defensa o acciones de defensa jurídica en pro de los recursos del fondo en relación a los contratos de transacción celebrados con operadores del modelo de salud anterior, que dio lugar a amigables componedores, por lo que hacemos una adenda de este informe sobre las acciones y setencias a favor en este sentido.

A continuación se enuncian las principales acciones de defensa ante los amigable componedores realizadas durante nuestra gestión:

1. ADENDA Contratos de transacción celebrados con operadores del modelo de salud

Las reclamaciones presentadas por los operadores del modelo de salud contratado en el año 2017 estuvieron asociadas, entre otros aspectos, a controversias relacionadas con el componente de la UPCM correspondiente al 1,58% en el ajuste del PLUS del Magisterio, así como la metodología de su incremento anual, igualmente reclamaciones asociadas a Nuevas Tecnologías y contingencias derivadas de la pandemia COVID-19.

Con el propósito de gestionar las controversias contractuales existentes, mitigar riesgos litigiosos y proteger los recursos del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio – FOMAG,

Fiduprevisora S.A., en calidad de vocera y administradora del Patrimonio Autónomo, adelantó procesos de revisión técnica, financiera y jurídica que dieron lugar a la celebración de contratos de transacción con los diez (10) operadores del modelo de salud.

Los valores establecidos en dichos instrumentos contemplaron topes máximos estimados

relacionados con los distintos componentes objeto de discusión contractual, incluidos aquellos asociados a COVID-19 y Nuevas Tecnologías, los cuales fueron sometidos a validaciones técnicas, financieras y auditorías especializadas, conforme a los soportes contractuales y verificaciones efectuadas por las áreas competentes.

Así mismo, la actual administración dispuso la conformación de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de los componentes jurídico, técnico y financiero, con el fin de efectuar la revisión y validación de las reclamaciones,

soportes e información que reposan en los expedientes contractuales, incluidas las actuaciones y trámites adelantados por la administración anterior, sin que ello implicara validación, aceptación o adopción automática de análisis, conclusiones o actuaciones previas.

2. Trámite de amigable composición (Región 1 Tolihuila)

Respecto del trámite de amigable composición referido en su comunicación, se precisa que el identificado corresponde al A.C. 151758, relacionado con la Unión Temporal Tolihuila y asociado a la Región 1 (Tolima y Huila), adelantado ante el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá.

En consecuencia, dicho trámite no corresponde a un procedimiento común respecto de los diez (10) operadores del modelo ni sus efectos resultan extensibles automáticamente a las demás regiones o relaciones contractuales, en consideración a que cada contrato presenta particularidades técnicas, financieras, jurídicas y probatorias propias.

Así mismo, se precisa que las decisiones adoptadas dentro del referido trámite producen efectos exclusivamente respecto de las partes vinculadas al mismo, dentro del marco contractual y procesal correspondiente.

Frente a la compulsa de copias ordenada dentro del trámite mencionado, se precisa que las actuaciones, verificaciones y eventuales decisiones que puedan derivarse de dichas remisiones corresponden al ámbito funcional y competencial de las autoridades judiciales, disciplinarias y de control competentes. En consecuencia, y teniendo en cuenta que se trata de asuntos que eventualmente podrían encontrarse sujetos a actuaciones de verificación o investigación, no resulta procedente emitir pronunciamientos adicionales ni suministrar información distinta a la aquí contenida, con el fin de preservar la integridad de las mismas, para así garantizar el debido proceso y salvaguardar las competencias constitucional y legalmente atribuidas a las respectivas autoridades.

Sin perjuicio de lo anterior, Fiduprevisora S.A. atenderá los requerimientos y actuaciones que correspondan por parte de las autoridades competentes, prestando la colaboración institucional a que haya lugar y ejerciendo la defensa jurídica y patrimonial del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio – FOMAG.

3. Información financiera y pagos efectuados

Con fundamento en los registros financieros y contractuales consolidados en el aplicativo

transaccional PeopleSoft, los contratos de transacción celebrados con operadores del modelo de salud registran un valor total consolidado de \$1.685.408.670.770, de

los cuales se reportan pagos ejecutados por valor de \$1.509.842.153.398, con corte financiero consolidado a diciembre de 2025.

Los pagos realizados comprenden obligaciones derivadas de los instrumentos de transacción suscritos y pagos asociados a denominadas represas, conforme a las validaciones técnicas, financieras y contractuales correspondientes.

En relación con las reclamaciones asociadas a COVID-19, se informa que los valores objeto de análisis fueron sometidos a auditorías técnicas especializadas. En mayo de 2025, la firma D&G Consultores S.A. presentó los resultados de auditoría correspondientes, estableciendo un valor máximo auditado y autorizado para pago por valor de \$141.572.667.774. Conforme a los registros financieros disponibles, se reportan pagos ejecutados por valor de \$83.255.518.470 quedando un saldo por la suma de \$58.317.149.304.

En relación con el concepto de Nuevas Tecnologías los contratos pactaron un valor máximo a reconocer por valor total de \$392.253.708.352 de los cuales se registran pagos por la suma de \$275.004.340.284 quedando un saldo pendiente de \$117.249.368.068, valores sometidos a revisión técnica, financiera y pericial especializada, cuya definición depende del resultado de dichas verificaciones y validaciones conforme a los lineamientos regulatorios expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y los soportes contractuales respectivos.

Bajo las condiciones señaladas anteriormente, el saldo total de los Contratos de Transacción se establece en la suma de \$175.566.517.372.

Fiduprevisora S.A. cuenta con los registros documentales y financieros asociados a los pagos efectuados, incluyendo órdenes de pago, fechas, soportes y comprobantes de egreso correspondientes a cada operador.

4. Consideraciones finales derivadas de las acciones realizadas en la defensa jurídica del FOMAG

Las controversias descritas en esta adenda deben leerse bajo un criterio de estricta separación entre la existencia de instrumentos contractuales, los pagos efectivamente ejecutados y los valores que continúan sujetos a revisión. Los análisis técnicos, auditorías, mesas de trabajo, peritajes y mecanismos de solución contractual adelantados no constituyen por sí mismos reconocimiento automático de desequilibrios económicos adicionales, incumplimientos generales ni aceptación de pretensiones distintas de aquellas expresamente definidas y soportadas en los instrumentos jurídicos correspondientes.

El valor consolidado de los contratos de transacción y los pagos reportados debe, por tanto, interpretarse conjuntamente con el estado de las auditorías y validaciones de cada componente. Los saldos pendientes asociados a COVID-19, Nuevas

Tecnologías u otros conceptos no pueden tratarse como obligaciones líquidas y exigibles por el solo hecho de encontrarse incorporados como topes o valores máximos de referencia contractual. Cualquier reconocimiento adicional requiere la verificación de los supuestos pactados, la suficiencia de los soportes, la competencia de quienes intervienen, la consistencia financiera y la conclusión de las revisiones técnicas o periciales aplicables.

Desde la perspectiva de protección patrimonial, resulta indispensable mantener una trazabilidad diferenciada por operador, región, concepto, contrato, fuente de obligación, valor reclamado, valor auditado, valor reconocido, valor pagado y saldo eventualmente pendiente. Esta desagregación es necesaria para evitar dobles reconocimientos, pagos sin soporte suficiente, compensaciones improcedentes o extensiones automáticas de decisiones adoptadas en controversias particulares a contratos con condiciones técnicas, financieras y probatorias diferentes.

El trámite de amigable composición relacionado con la Región 1 Toluca confirma precisamente la necesidad de conservar esa individualización. Sus efectos se circunscriben a las partes y al marco contractual sometido al mecanismo correspondiente; por ello, cualquier lectura institucional debe evitar generalizaciones frente a los demás operadores. De igual manera, las compulsas de copias o remisiones a autoridades competentes deben ser atendidas con cooperación institucional, preservación documental y defensa jurídica del Fondo, sin anticipar conclusiones que correspondan exclusivamente a los órganos de control o a las autoridades judiciales.

En síntesis, el cierre de estas controversias exige una ruta institucional única: culminar auditorías y validaciones, consolidar expedientes, conciliar la información contractual y financiera, identificar con precisión los saldos realmente procedentes, documentar las decisiones y asegurar que todo pago futuro cuente con soporte técnico, jurídico, presupuestal y financiero suficiente. El objetivo no es prolongar indefinidamente las controversias, sino resolverlas con seguridad jurídica y con el máximo estándar de protección del patrimonio autónomo FOMAG.

REGION	Nombre Tercero	Tipo Documento Tercero	Identificación Tercero	CONCEPTO	Valor Factura	Fecha de Pago
1	UNION TEMPORAL TOLIHUILA	NIT	901127065	CONTRATO TRANSACCION	\$ 5.000.000.000	4/01/2024
1	UNION TEMPORAL TOLIHUILA	NIT	901127065	CONTRATO TRANSACCION	\$ 64.999.915.415	8/03/2024
2	COSMITET LTDA CORPORACION DE SERVICIOS M	NIT	830023202	AMIGABLE COMPONEDOR - CONTRATO TRANSACCION UPCM	\$ 28.084.904.405	28/12/2023
2	COSMITET LTDA CORPORACION DE SERVICIOS M	NIT	830023202	AMIGABLE COMPONEDOR - CONTRATO TRANSACCION UPCM	\$ 86.696.906.185	6/03/2024
2	COSMITET LTDA CORPORACION DE SERVICIOS M	NIT	830023202	AMIGABLE COMPONEDOR - CONTRATO TRANSACCION NUEVAS TECNOLOGIAS	\$ 39.699.998.823	27/05/2024
3	UNION TEMPORAL SALUD SUR2	NIT	901126913	AMIGABLE COMPONEDOR - CONTRATO TRANSACCION UPCM	\$ 50.000.000.000	6/03/2024
3	UNION TEMPORAL SALUD SUR2	NIT	901126913	AMIGABLE COMPONEDOR - CONTRATO TRANSACCION UPCM	\$ 18.804.064.553	22/03/2024
3	UNION TEMPORAL SALUD SUR2	NIT	901126913	AMIGABLE COMPONEDOR - COVID	\$ 1.186.553.378	6/05/2024
3	UNION TEMPORAL SALUD SUR2	NIT	901126913	AMIGABLE COMPONEDOR - COVID	\$ 6.423.174	31/05/2024
4	UNION TEMPORAL MEDISALUD UT	NIT	901153500	AMIGABLE COMPONEDOR - CONTRATO TRANSACCION UPCM	\$ 73.383.765.489	13/03/2024
4	UNION TEMPORAL MEDISALUD UT	NIT	901153500	AMIGABLE COMPONEDOR - CONTRATO TRANSACCION NUEVAS TECNOLOGIAS	\$ 22.637.890.277	2/05/2024
4	UNION TEMPORAL MEDISALUD UT	NIT	901153500	AMIGABLE COMPONEDOR - COVID	\$ 8.079.974.509	7/05/2024
5	UNION TEMPORAL DEL NORTE REGION CINCO	NIT	901126909	CONTRATO TRANSACCION - AMIGABLE COMPONEDOR UPCM	\$ 5.000.000.000	9/01/2024
5	UNION TEMPORAL DEL NORTE REGION CINCO	NIT	901126909	CONTRATO TRANSACCION - AMIGABLE COMPONEDOR UPCM	\$ 15.000.000.000	28/12/2023
5	UNION TEMPORAL DEL NORTE REGION CINCO	NIT	901126909	CONTRATO TRANSACCION - AMIGABLE COMPONEDOR UPCM	\$ 20.000.000.000	26/02/2024
5	UNION TEMPORAL DEL NORTE REGION CINCO	NIT	901126909	CONTRATO TRANSACCION - AMIGABLE COMPONEDOR UPCM	\$ 88.261.244.994	6/03/2024
5	UNION TEMPORAL DEL NORTE REGION CINCO	NIT	901126909	CONTRATO TRANSACCION - NUEVAS TECNOLOGIAS	\$ 43.784.594.651	30/04/2024
5	UNION TEMPORAL DEL NORTE REGION CINCO	NIT	901126909	AMIGABLE COMPONEDOR - COVID	\$ 7.707.849.139	6/05/2024
5	UNION TEMPORAL DEL NORTE REGION CINCO	NIT	901126909	AMIGABLE COMPONEDOR - COVID	\$ 4.193.810.210	6/05/2024
5	UNION TEMPORAL DEL NORTE REGION CINCO	NIT	901126909	AMIGABLE COMPONEDOR - COVID	\$ 4.528.688.063	5/06/2024
6	ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE S	NIT	890102768	CONTRATO TRANSACCION - AMIGABLE COMPONEDOR UPCM	\$ 5.000.000.000	28/12/2023
6	ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE S	NIT	890102768	CONTRATO TRANSACCION - AMIGABLE COMPONEDOR UPCM	\$ 20.000.000.000	23/02/2024
6	ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE S	NIT	890102768	CONTRATO TRANSACCION - AMIGABLE COMPONEDOR UPCM	\$ 93.295.038.531	6/03/2024
6	ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE S	NIT	890102768	CONTRATO TRANSACCION - AMIGABLE COMPONEDOR - COVID	\$ 10.259.995.846	7/05/2024
6	ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE S	NIT	890102768	CONTRATO TRANSACCION - AMIGABLE COMPONEDOR - COVID	\$ 9.000.000.000	14/06/2024
7	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-	NIT	901153056	AMIGABLE COMPONEDOR - CONTRATO TRANSACCION UPCM	\$ 70.000.000.000	26/02/2024
7	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-	NIT	901153056	AMIGABLE COMPONEDOR - CONTRATO TRANSACCION UPCM	\$ 77.480.945.579	6/03/2024
7	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-	NIT	901153056	AMIGABLE COMPONEDOR - CONTRATO TRANSACCION NUEVAS TECNOLOGIAS	\$ 44.848.791.523	2/05/2024
7	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-	NIT	901153056	AMIGABLE COMPONEDOR - CONTRATO TRANSACCION COVID	\$ 8.899.237.680	7/05/2024

7	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-	NIT	901153056	AMIGABLE COMPONEDOR - CONTRATO TRANSACCION COVID	\$ 9.575.730.666	29/05/2024
8	REDVITAL UT	NIT	901126938	AMIGABLE COMPONEDOR - CONTRATO DE TRANSACCION UPCM	\$ 15.000.000.000	28/12/2023
8	REDVITAL UT	NIT	901126938	AMIGABLE COMPONEDOR - CONTRATO DE TRANSACCION UPCM	\$ 20.000.000.000	26/02/2024
8	REDVITAL UT	NIT	901126938	AMIGABLE COMPONEDOR - CONTRATO DE TRANSACCION UPCM	\$ 119.461.206.797	8/03/2024
8	REDVITAL UT	NIT	901126938	AMIGABLE COMPONEDOR - CONTRATO DE TRANSACCION NUEVAS TECNOLOGIAS	\$ 53.777.823.357	30/04/2024
8	REDVITAL UT	NIT	901126938	AMIGABLE COMPONEDOR - CONTRATO DE TRANSACCION COVID	\$ 8.746.720.612	6/05/2024
9	COSMITET LTDA CORPORACION DE SERVICIOS M	NIT	830023202	AMIGABLE COMPONEDOR - CONTRATO TRANSACCION UPCM	\$ 35.000.000.000	28/12/2023
9	COSMITET LTDA CORPORACION DE SERVICIOS M	NIT	830023202	AMIGABLE COMPONEDOR - CONTRATO TRANSACCION UPCM	\$ 42.458.739.463	6/03/2024
9	COSMITET LTDA CORPORACION DE SERVICIOS M	NIT	830023202	AMIGABLE COMPONEDOR - CONTRATO TRANSACCION NUEVAS TECNOLOGIAS	\$ 27.034.627.482	27/05/2024
10	UNION TEMPORAL SERVISALUD SAN JOSE	NIT	901127521	AMIGABLE COMPONODER - CONTRATO TRANSACCION UPCM	\$ 70.000.000.000	26/02/2024
10	UNION TEMPORAL SERVISALUD SAN JOSE	NIT	901127521	AMIGABLE COMPONODER - CONTRATO TRANSACCION UPCM	\$ 128.655.563.233	7/03/2024
10	UNION TEMPORAL SERVISALUD SAN JOSE	NIT	901127521	AMIGABLE COMPONODER - CONTRATO TRANSACCION COVID	\$ 407.386.234	7/05/2024
10	UNION TEMPORAL SERVISALUD SAN JOSE	NIT	901127521	AMIGABLE COMPONODER - CONTRATO TRANSACCION NUEVAS TECNOLOGIAS	\$ 34.220.614.170	27/05/2024
10	UNION TEMPORAL SERVISALUD SAN JOSE	NIT	901127521	AMIGABLE COMPONODER - CONTRATO TRANSACCION COVID	\$ 19.663.148.955	5/06/2024

VII. Anexos

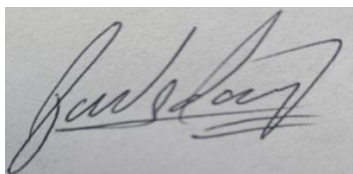
Los anexos forman parte integral del presente informe y constituyen el soporte documental para ampliar, verificar y contextualizar los hallazgos, cifras, actuaciones y resultados sintetizados en el cuerpo principal. Su consulta permite preservar la trazabilidad entre el reporte ejecutivo dirigido a FECODE y la evidencia institucional detallada del periodo.

Anexo 1. Informe de gestión y empalme FOMAG completo y detallado, periodo noviembre de 2025 a julio de 2026. Documento: “1__Informe_de_gestión_FOMAG(3).docx”. Contiene el desarrollo por dependencias, componentes estratégicos, misionales, transversales, tecnológicos, relacionamiento con el Ministerio de Educación y Consejo Directivo, auditorías y entes de control, logros, recomendaciones y registro general de anexos.

Anexo 2. Informe de denuncias y actuaciones ante autoridades y entes de control. Se incorporará con sus soportes documentales, radicados, comunicaciones, denuncias, ampliaciones, remisiones, informes de auditoría y demás evidencias pertinentes, preservando la identificación de cada actuación, la autoridad receptora, la fecha, el asunto y su estado conocido al corte del informe.

Nota de trazabilidad. El contenido sintético de este informe no sustituye los documentos fuente. Ante cualquier diferencia de alcance, detalle o soporte, deberá acudir al informe de gestión FOMAG completo y a los anexos documentales correspondientes.

Atentamente,



EXVICEPRESIDENCIA FOMAG
Periodo comprendido Noviembre – Julio 2026