

Maria Fernanda Hurtado C.C. 52.049.164 Asunto: Acción pública de inconstitucionalidad contra de (i) el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 (parcial) , compilado en el artículo 259 del Decreto Ley 1333 de 1986 y otros

MARIA HURTADO <mfhurtado@hotmail.com>

Vie 25/11/2022 15:41

Para: Secretaria3 Corte Constitucional <secretaria3@corteconstitucional.gov.co>

CC: Procesos Judiciales - Oficina Juridica <procesosjudiciales@procuraduria.gov.co>

**Honorables Magistrados,
CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA
E. S. D.**

Referencia: Acción pública de inconstitucionalidad en contra de (i) el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 (parcial), compilado en el artículo 259 del Decreto Ley 1333 de 1986 – Código de Régimen Municipal (ii) el artículo 52 de la Ley 10 de 1990 (parcial); y (iii) el artículo 155 de la Ley 100 de 1993 (parcial)

Maria Fernanda Hurtado Tejada, ciudadana colombiana, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en ejercicio del derecho consagrado en el artículo 40 numeral 6° de la Constitución Política (“CP”) y de la acción pública de que trata el numeral 1° del artículo 242 constitucional, interpongo demanda de inconstitucionalidad parcial contra de (i) el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 (parcial) , compilado en el artículo 259 del Decreto Ley 1333 de 1986 – Código de Régimen Municipal (ii) el artículo 52 de la Ley 10 de 1990 (parcial); y (iii) el artículo 155 de la Ley 100 de 1993 (parcial), la cual se adjunta en formato PDF compuesto por 853 folios.

El presente correo electrónico se remite a:

- **Secretaría General de la Corte Constitucional:** secretaria3@corteconstitucional.gov.co
- **Ministerio Publico:** procesosjudiciales@procuraduria.gov.co

En la presente radicación, se suple el requisito de presentación personal adjuntando la cedula de ciudadanía de la accionante, de conformidad con lo señalado por la Corte Constitucional en Auto 465 del 3 de diciembre de 2020:

“Es relevante indicar que la jurisprudencia constitucional ha señalado que la condición de ciudadano no tiene una tarifa probatoria legal, por lo que, se puede acreditar de diferentes formas, ya sea a través de la presentación personal, la inserción de la fotocopia de la cédula de ciudadanía o la certificación de vigencia de misma expedida por la Registraduría Nacional del Estado Civil”

Recibiré notificaciones y citaciones en el correo electrónico: mfhurtado@hotmail.com

Atentamente:

Maria Fernanda Hurtado Tejada
C.C. 52.049.164 de Bogotá D.C.

ÍNDICE DE LA DEMANDA

1. PRETENSIONES	3
2. OBJETO DE ESTA DEMANDA	3
3. DISPOSICIONES DEMANDADAS	6
4. NORMAS CONSTITUCIONALES INFRINGIDAS	8
5. REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	8
6. AUSENCIA DE COSA JUZGADA	17
7. CONCEPTO DE LA VIOLACIÓN	19
7.1. La Interpretación Demandada viola el artículo 49 de la C.P., así como los artículos 4, 5, 6 y 8 de la Ley Estatutaria de la Salud.	19
7.1.1. Esta Interpretación desconoce los mandatos del artículo 49 de la Constitución, en cuanto obliga al Estado a promover políticas que hagan más accesibles y asequibles los servicios de salud y protejan y garanticen este derecho fundamental.....	19
7.1.2. La Interpretación Demandada revela una medida <i>regresiva</i> en materia del Derecho Fundamental a la Salud.....	21
7.2. La Interpretación Demandada viola los principios de legalidad y reserva de ley en materia tributaria (arts. 150-12 y 338 de la C.P.), así como los principios democráticos y de representación previstos en el Preámbulo y los artículos 1, 2 y 3 de la Constitución.	24
7.2.1. Alcance de los principios de legalidad, reserva de ley y representación popular	24
7.2.2. La Interpretación Demanda usurpa las competencias del legislador, al pretender derogar una ley tributaria, acudiendo al supuesto poder de un intérprete. Con ello se desconocen los principios de legalidad y reserva de ley previstos en los artículos 150-12 y 338 de la C.P.....	26
7.2.3. La Interpretación Demandada desconoce el principio democrático, previsto en el preámbulo y en los artículos 1, 2, 3, 150-12 y 338 de la Constitución.	39
7.2.4. La Interpretación Demandada desconoce que el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 debe seguir siendo aplicado a la luz del ordenamiento jurídico vigente, con lo cual vulnera los artículos 1, 2, 3, 150-12 y 338 de la Constitución, al desconocer el principio democrático y de conservación del derecho	39
7.3. La Interpretación Demandada viola el derecho a la igualdad (art. 13 de la C.P.), afecta irrazonablemente la libre competencia (arts. 88 y 333) y resulta contraria a los principios de equidad y progresividad (arts. 363 de y 95, num. 9).	41
7.4. La Interpretación Demandada resulta contraria a los principios de justicia, equidad, progresividad y eficiencia (arts. 363 de y 95-9 de la Constitución).....	50

8. LOS EFECTOS DE LA SENTENCIA DE CONSTITUCIONALIDAD EN EL PRESENTE CASO	51
9. ANEXOS Y PRUEBAS	54
9.1. Cédula de ciudadanía de la accionante.	54
9.2. Pronunciamientos que apoyan la Interpretación Demandada:	54
9.3. Pronunciamientos que reconocen la existencia del Sistema de Salud y reivindican la vigencia y aplicabilidad de la exclusión regulada en la disposición acusada.	54
9.4. Muestra significativa de las condiciones generales aplicables a los PVS que actualmente se ofrecen en Colombia.	54
9.5. Resolución 2292 de 2021, que regula los servicios cubiertos por el PBS para 2022.	54
10.NOTIFICACIONES	54

**HONORABLES MAGISTRADOS
CORTE CONSTITUCIONAL
E. S. D.**

Ref.: Demanda de inconstitucionalidad en contra de (i) el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 (parcial), compilado en el artículo 259 del Decreto Ley 1333 de 1986 -Código de Régimen Municipal, (ii) el artículo 52 de la Ley 10 de 1990 (parcial); y (iii) el artículo 155 de la Ley 100 de 1993 (parcial).

MARIA FERNANDA HURTADO TEJADA, identificada como aparece al pie de mi firma, en mi condición de ciudadana, y en ejercicio de la acción pública de inconstitucionalidad consagrada en los artículos 241 y 242 de la Constitución Política, por medio de este escrito, presento demanda de inconstitucionalidad en contra de las disposiciones de la referencia, por los motivos que serán expuestos en la presente demanda.

1. PRETENSIONES

Solicito respetuosamente a la H. Corte Constitucional:

1.1. DECLARAR INEXEQUIBLE la interpretación del Consejo de Estado que forma parte del *derecho viviente* a partir de la Sentencia 05001-23-31-000-2008-00671-01(20204) del 4 de abril de 2019, CP. Julio Roberto Piza Rodríguez (aquí denominada la "Sentencia Hito")¹, según la cual el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, en cuanto excluye del ICA a "los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud", no está vigente y no es aplicable en la actualidad.

1.2. DECLARAR EXEQUIBLE el aparte contenido en el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 indicado en el punto anterior, **EN EL ENTENDIDO QUE**, de acuerdo con esta disposición, están excluidos del impuesto de industria y comercio **todos** los ingresos provenientes de la prestación de servicios de salud que reciben los hospitales (entendidos hoy como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –"IPS"), con independencia de que dichos ingresos provengan del Plan de Beneficios en Salud ("PBS"), de Planes Voluntarios de Salud ("PVS") o de cualquier otra fuente.

1.3. DECLARAR EXEQUIBLE los apartes (i) "Decreto Extraordinario 356 de 1975", contenido en el artículo 52 de la Ley 10 de 1990 y (ii) "Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, mixtas o privadas"; contenido en el artículo 155 de la Ley 100 de 1993, bajo el entendido de que estas disposiciones no dejaron sin efecto y no derogaron la prohibición de gravamen establecida en la letra d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, que se refiere a "los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud"

1.4. De acuerdo con la Sentencia C-820 de 2006, **CONCEDER EFECTOS RETROACTIVOS** a la anterior interpretación constitucional del literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983.

2. OBJETO DE ESTA DEMANDA

Como veremos a lo largo de este escrito, la Corte Constitucional ha reconocido a los ciudadanos la posibilidad de ejercer la acción pública de inconstitucionalidad en contra las

¹ Reiterada en los siguientes pronunciamientos: Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia 25000-23-27-000-2012-00593-01(20798) del 13 de agosto de 2020, CP. Julio Roberto Piza Rodríguez. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, Sentencia 25000-23-37-000-2015-00025-01(24252) del 16 de julio de 2020. CP. Milton Chaves García. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia 05001-23-33-000-2013-00181-01(21163) del 22 de abril de 2021, CP. Milton Chaves García. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia 25000-23-37-000-2018-00550-01(26031) del 30 de junio de 2022, CP. Myriam Stella Gutiérrez Argüello

interpretaciones de los órganos judiciales de cierre, que formen parte del denominado *derecho viviente*².

Sobre esa base, en esta demanda se acusa como inconstitucional la interpretación que el Consejo de Estado ha asumido y ha reiterado, desde el año 2019 hasta la actualidad, sobre la vigencia y aplicabilidad del literal d), numeral 2, del artículo 39 de la Ley 14 de 1983.

Esta disposición prohíbe gravar con el impuesto de industria y comercio ("ICA") las actividades de **"los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud"**. Como veremos más adelante, de acuerdo con la exposición de motivos de la Ley 14, esta prohibición buscaba evitar que los servicios de salud estuvieran gravados con el ICA, con el propósito de garantizar el acceso a dichos servicios, y por esa vía, garantizar el derecho a la salud que hoy es un derecho fundamental y de altísima relevancia constitucional.

Ahora bien, la interpretación que se acusa como inconstitucional - y que, como veremos, refleja una norma que forma parte del *derecho viviente*- asegura (equivocada e inconstitucionalmente, según veremos) que el literal d) numeral 2, del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 no se encuentra vigente, en la medida en que las expresiones que allí se utilizan ("hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud") refiere a instituciones que no tienen reconocimiento normativo en la actualidad, al haber sido derogadas y sustituidas por la Ley 10 de 1990 y la Ley 100 de 1993³.

En palabras del Consejo de Estado: **"... la Sala concluye que la red institucional del sector salud desarrollada en 1975, que es a la que se refiere la norma de la Ley 14 de 1983, no subsiste en el presente y no son conmutables las instituciones de ese régimen con las del actual. Los operadores jurídicos no pueden desconocer que la Ley 10 de 1990 y, con mayor razón, la Ley 100 de 1993, tuvieron el efecto de restarle eficacia normativa a la referencia hecha en la letra d) del ordinal 2.º del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 a los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional"**⁴.

Esta posición fue asumida, por primera vez, en la Sentencia 05001-23-31-000-2008-00671-01(20204) del 4 de abril de 2019, CP. Julio Roberto Piza Rodríguez (la "Sentencia Fundadora"), la cual ha sido posteriormente reiteradas en 5 sentencias; la más reciente de junio de 2022.

En esos términos, la Sentencia de radicado 22204 del 4 de abril 2019 (aquí denominada la "Sentencia Fundadora"), emitió una clara regla jurisprudencial, que determina que la prohibición de gravamen en comento no se encuentra vigente. Esta regla fue planteada de tal manera que el Consejo de Estado puede aplicarla en el futuro, de manera general, a

² A continuación relacionamos algunas sentencias que reconocen la facultad que tiene la Corte Constitucional de pronunciarse en sede de control abstracto de constitucionalidad, sobre la interpretación que realizan las autoridades administrativas y judiciales sobre una disposición: (i) En sentencia de 2003, la Corte señaló: **"(...) este Tribunal Constitucional ha manifestado que el juicio de constitucionalidad que por mandato superior le corresponde adelantar, también es procedente cuando de la interpretación judicial o administrativa de una disposición legal surja un asunto de relevancia constitucional (...)"** En: Corte Constitucional. Sentencia C-1093 de 2003. M.P. Alfredo Beltrán Sierra; (ii) En Sentencia de 2015 reiteró: **"cabe el pronunciamiento de la Corte en los casos en que existan interpretaciones judiciales o administrativas contrarias a la Constitución y que se pongan en evidencia mediante una demanda de inconstitucionalidad, siempre que se cumplan con las exigencias constitucionales, legales y jurisprudenciales, (...)"** En: Corte Constitucional. Sentencia C-136 de 2017. M.P. Carlos Bernal Pulido; (iii) La facultad de intervenir en discusiones legales que generan problemas constitucionales, ya se reconocía en pronunciamientos del año 2000, en donde la Corte afirmó: **"Si bien es cierto que el punto objeto de controversia que ahora ocupa la atención de la Sala se origina en la interpretación que se hace de las normas acusadas y no en su texto literal, la Corte no puede declararse inhibida para conocer de la acusación presentada, toda vez que la interpretación que hace la actora de los preceptos acusados, está involucrando un problema de interpretación constitucional que, a diferencia de otros problemas de hermenéutica, debe ser resuelto por esta Corporación, como ente encargado de la guarda e integridad de la Constitución."** En: Corte Constitucional. Sentencia C-1436 de 2000. M.P. Alfredo Beltrán Sierra.

³ Al respecto, la Sección Cuarta concluyó: **"Corolario de lo anterior, la Sala adopta como criterio de decisión, en el presente caso y hacia futuro, la posición de que la desgravación en ICA de los ingresos derivados de las actividades relacionadas con la salud humana es la que está contemplada en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 (ajustada en los términos decididos por la Corte Constitucional en la sentencia C-1040 de 2003), exclusivamente, y no la consagrada en la letra d) del ordinal 2.º del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 (incorporada en el artículo 259 del Decreto 1333 de 1986), la cual quedó desprovista de eficacia normativa."** En: Consejo de Estado. Sección Cuarta. Radicado: 2250 de 2019 C.P. Julio Roberto Piza

⁴ Sentencia 05001-23-31-000-2008-00671-01(20204) del 4 de abril de 2019

todos los casos en los que se discutan los mismos supuestos fácticos, es decir, la causación del ICA sobre los servicios de salud.

Tan cierto es que estamos ante una verdadera regla jurisprudencial del *derecho viviente*, que en las sentencias posteriores el Consejo de Estado simplemente se remite a la Sentencia Fundadora, para concluir que la prohibición de gravamen no se encuentra vigente, sin tener que realizar un análisis o fundamentación adicional. Y, es con base en esa conclusión, que termina dirimiendo las controversias fácticas puestas a su conocimiento.

En esos términos, la regla jurisprudencial derivada de la Sentencia Fundadora ha sido reiterada en pronunciamientos posteriores en los siguientes términos:

Referencia	Extracto
Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia 05001-23-31-000-2008-00671-01(20204) del 27 de julio de 2019. Consejero Ponente Julio Roberto Piza	“la Sala concluye que la red institucional del sector salud desarrollada en 1975, que es a la que se refiere la norma de la Ley 14 de 1983, no subsiste en el presente y no son conmutables las instituciones de ese régimen con las del actual. Los operadores jurídicos no pueden desconocer que la Ley 10 de 1990 y, con mayor razón, la Ley 100 de 1993, tuvieron el efecto de restarle eficacia normativa a la referencia hecha en la letra d) del ordinal 2.º del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 a los hospitales adscritos o vinculados al SNS”.
Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia 25000-23-37-000-2018-00550-01 (26031) del 30 de junio de 2022, CP. Myriam Stella Gutiérrez Argüello	“Dado que el tratamiento tributario en materia de ICA para los servicios de salud, fue dilucidado por esta Sección en sentencia del 4 de abril de 2019 (exp.20204, C.P. Julio Roberto Piza Rodríguez), la Sala reiterará en lo pertinente, el criterio de decisión del mencionado precedente,”

En otras sentencias (a la fecha se han expedido 3), el Consejo de Estado simplemente parte de la base de que la prohibición de gravamen establecida en el artículo 39 de la Ley 14 no se encuentra vigente, y por lo mismo, ni siquiera se refiere a ella para analizar los casos sometidos a su conocimiento⁵. Esto significa que, a juicio del Consejo de Estado, ya existe una regla jurisprudencial clara, que no se discute y que se aplica automáticamente, según la cual la prohibición de gravamen en comento no se encuentra vigente.

Desde esa perspectiva, según veremos, la Interpretación Demandada plantea un debate de relevancia constitucional, en la medida en que, de entrada, está relacionado con una norma que buscaba garantizar y proteger el derecho a la salud que hoy es un derecho fundamental, pues el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 busca evitar que los servicios de salud se vean sobrecargados con el cobro del ICA, y por lo mismo, que sean más asequibles para sus usuarios y para el Sistema de Salud y para el Sistema de Seguridad Social en Salud. Este aspecto se profundiza en el punto 5.3 y en el capítulo 7, en el que expondremos los cargos de inconstitucionalidad.

Sin embargo, la Interpretación Demandada termina derogando *de facto* la prohibición de gravamen indicada, con lo cual termina generando una medida regresiva de cara a la protección y garantía del derecho a la salud, con un argumento meramente formalista y exegético. En concreto, el Consejo de Estado parte de la base de que las expresiones “adscritos o vinculados” y “Nacional” (para referirse al Sistema de Salud) han dejado de ser usadas en el contexto normativo actual. Sin embargo, la Interpretación Demandada ignora que los conceptos a los que se referían esas expresiones siguen vigentes en el ordenamiento jurídico Colombiano, aunque bajo otro nombre. En esa medida, por un asunto meramente formal, el Consejo de Estado termina desmontando una política pública destinada a garantizar el derecho a la salud, sin que tenga competencia para ello; con el agravante de que el legislador nunca ha deliberado ni votado el desmonte de esta política pública.

Todo ello resulta vulnerando múltiples disposiciones constitucionales, incluyendo la prohibición de regresividad en materia del derecho a la salud, los principios de legalidad y

⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia 25000-23-27-000-2012-00593-01(20798) del 13 de agosto de 2020, CP. Julio Roberto Piza Rodríguez

1.1.1.1. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, Sentencia 25000-23-37-000-2015-00025-01(24252) del 16 de julio de 2020. CP. Milton Chaves García

Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia 05001-23-33-000-2013-00181-01(21163) del 22 de abril de 2021, CP. Milton Chaves García

reserva de ley en materia tributaria, los principios democráticos y de representación, así como el derecho a la igualdad y los principios de equidad, justicia, equidad, progresividad y eficiencia

Lo expuesto será profundizado a lo largo de este escrito.

3. DISPOSICIONES DEMANDADAS

De acuerdo con la Corte, cuando se pretenda la inexecutable de una interpretación judicial, el ciudadano debe demandar todas las disposiciones en las que ésta se fundamenta⁶.

En el caso concreto, tal como profundizaremos más adelante (Capítulo 5.2.1), la Interpretación Demandada del Consejo de Estado se fundamenta en:

(i) La propia redacción de la letra d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, en cuanto se refiere a “hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud” e interpreta que estas instituciones no tienen reconocimiento normativo en la actualidad a la luz de las disposiciones contenidas en la Ley 10 de 1990 y la Ley 100 de 1990.

(ii) El artículo 52 de la Ley 10 de 1990, en cuanto derogó el Decreto 356 de 1975, que reguló el Sistema Nacional de Salud y los hospitales que se encontraban adscritos o vinculados a éste. A juicio del Consejo de Estado, esto implica que estas instituciones (que son precisamente a las que se refiere la Ley 14 de 1983) no tienen reconocimiento en la actualidad⁷.

(iii) El artículo 155 de la Ley 100 de 1993, que estableció una “nueva estructura” para el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (“SGSSS”), que, a juicio del Consejo de Estado, sustituyó por completo (i) las instituciones y el sistema previstos en el Decreto 356 de 1975 (que, se repite, reguló el Sistema Nacional de Salud y los hospitales que se encontraban adscritos o vinculados a éste), y (ii) el Sistema de Salud regulado en la Ley 10 de 1990⁸.

Para el Consejo de Estado, la “nueva red institucional de la Ley 100” dejó sin efecto el sistema de salud y sustituyó el Sistema de Salud al que se refería la Ley 14 y el Decreto 356 de 1975.

De acuerdo con lo anterior, y en atención a lo dispuesto en el numeral primero del artículo 2 del Decreto 2067 de 1991, y la jurisprudencia constitucional sobre demandas contra interpretaciones judiciales, a continuación, se transcriben las disposiciones acusadas, en las cuales se fundamenta la Interpretación Demandada, y señalo, mediante negrilla y

⁶ Esta exigencia práctica se planteó así: “(i) debe tratarse de una interpretación que realmente fije un contenido normativo derivado de la disposición impugnada. Esto significa que la interpretación debe derivarse directamente de la disposición demandada.” En: Corte Constitucional. Sentencia C-136 de 2017.

⁷ En este punto, aclaramos que, en la Sentencia Fundadora, el Consejo de Estado se refiere expresamente a las derogatorias de la Ley 10 para definir que la prohibición de gravamen de la Ley 14 no se encuentra vigente. En efecto, en la Sentencia Fundadora, el Consejo de Estado reivindica expresamente que Ley 10 derogó el Decreto 356 de 1975, lo cual ocurrió precisamente en el artículo 52: “ya se habían dado pasos para la organización del sistema de salud en la Ley 10 de 1990 **(que derogó expresamente el Decreto 356 de 1975, que había establecido el régimen de adscripción y vinculación al SNS)**”. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia 05001-23-31-000-2008-00671-01(20204) del 4 de abril de 2019, CP. Julio Roberto Piza Rodríguez. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia 05001-23-33-000-2013-00853-01(22250) del 27 de junio de 2019, CP. Julio Roberto Piza Rodríguez

⁸ En la Sentencia Fundadora, el Consejo de Estado se refiere de manera genérica a Ley 100, sin resaltar una disposición en particular que fundamente por completo su posición. Sin embargo, al revisar la providencia cuidadosamente, queda claro que esta corporación se está fundamentando en la estructura y “red institucional” regulada en el artículo 155.

Resaltamos que el Consejo de Estado señala que **“con la promulgación de la Ley 100 de 1993, como desarrollo de la concepción constitucional de seguridad social, se estableció un SGSSS distinto del que consagraban la Ley 10 de 1990 y cualquier otra regulación previa. El objetivo declarado este nuevo sistema, es el de procurar la ampliación de la cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema (artículo 6.º), para lo cual se unificó la normatividad (ibidem), razón por la cual perdieron vigencia las regulaciones anteriores”**. En consecuencia, la Sala concluye que **la red institucional del sector salud desarrollada en 1975, que es a la que se refiere la norma de la Ley 14 de 1983, no subsiste en el presente y no son conmutables las instituciones de ese régimen con las del actual”**

subrayado, los apartes que considero violatorios de la Constitución Política, que son precisamente en los que se basa la Interpretación Demandada:

3.1. Literal d), numeral 2, del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 (parcial)

LEY 14 DE 1983

(Julio 06)

Modificada por la Ley 75 de 1986,

“Por la cual se fortalecen los fiscos de las entidades territoriales y se dictan otras disposiciones”

EL CONGRESO DE COLOMBIA
DECRETA:

CAPÍTULO II

IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
(...)

ARTÍCULO 39.- *No obstante, lo dispuesto en el artículo anterior continuarán vigentes:*

Las prohibiciones que consagra la Ley 26 de 1904; además, subsisten para los Departamentos y Municipios las siguientes prohibiciones:
(...)²

d. La de gravar con el impuesto de Industria y Comercio, los establecimientos educativos públicos, las entidades de beneficencia, las culturales y deportivas, los sindicatos, las asociaciones de profesionales y gremiales sin ánimo de lucro, los partidos políticos y los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud.

La norma demandada se encuentra compilada en el artículo 259 del Decreto Ley 1333 de 1986 -Código de Régimen Municipal.

3.2. Artículo 52 de la Ley 10 de 1990 (parcial)

LEY 10 DE 1990

(Enero 10)

“Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones”

EL CONGRESO DE COLOMBIA,

DECRETA:

CAPÍTULO IV

DISPOSICIONES FINALES
(...)

Artículo 52.- Vigencia. *La presente Ley rige a partir de la fecha de su publicación. Deroga expresamente los Decretos Extraordinarios 350, 356 y 526 de 1975 y todas las disposiciones legales que le sean contrarias. Reforma, en lo pertinente, las disposiciones legales sobre situado fiscal. El Decreto Extraordinario 694 de 1975 queda igualmente modificado, por cuanto sus disposiciones se aplicarán al Ministerio de Salud y a las entidades descentralizadas del orden nacional que prestan servicios de salud, excepto las adscritas al Ministerio de Defensa, y sus normas referentes a la carrera administrativa se continuarán aplicando en los términos del artículo 27 de esta Ley.*

3.3. Artículo 155 de la Ley 100 (parcial)

“ARTÍCULO 155. INTEGRANTES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. El Sistema General de Seguridad Social en Salud está integrado por:

3. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, mixtas o privadas”.

3.4. Aclaración

En esta demanda acuso las disposiciones que, en mi criterio, fundamentan la posición del Consejo de Estado. En todo caso, si la Corte encuentra que esta posición también se fundamenta en otras disposiciones (distintas a las acusadas), respetuosamente solicitamos integrarlas a esta demanda, en el marco de las competencias que esta corporación tiene para esos efectos⁹.

4. NORMAS CONSTITUCIONALES INFRINGIDAS

El aparte demandado viola las siguientes normas constitucionales:

- (i) El preámbulo y los artículos 1, 2 y 3 de la Constitución;
- (ii) Los artículos 48, 49, 88, 95-9 150-12, 333, 338 y 363 de la Constitución Política, en línea con los artículos 4, 5, 6 y 8 de la Ley Estatutaria de la Salud.

A lo largo de esta demanda podrán encontrar las razones por las que estas disposiciones son desconocidas (Capítulos 5.3., 5.5 y 7).

5. REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD

La Corte permite ejercer el control de constitucionalidad sobre las interpretaciones realizadas por autoridades judiciales, en el evento en que se demuestre que estas son contrarias a la Carta Política¹⁰.

En esos eventos, de acuerdo con la jurisprudencia, el accionante deberá acreditar 5 requisitos sustanciales, que tienen un alcance particular en las demandas contra interpretaciones judiciales: (i) claridad; (ii) certeza; (iii) pertinencia; (iv) especificidad; y (v) suficiencia¹¹.

En este aparte demostraremos que esta demanda contra la interpretación que la Sección Cuarta consolidó a partir de la Sentencia Fundadora cumple con los presupuestos sustanciales para su admisión.

5.1. Los cargos de inconstitucionalidad son claros.

El requisito de claridad exige que, dentro de las demandas contra interpretaciones judiciales, se acrediten dos elementos¹²:

- (i) *Primero:* la demanda debe señalar la disposición acusada como inconstitucional. Sin embargo, la Corte ha sido enfática al afirmar que, en el evento en que el control de constitucionalidad se ejerza contra una interpretación judicial, la acción deberá encaminarse contra las disposiciones que sirvieron de sustento directo de la Interpretación Demandada¹³.

⁹ Sentencia C-025 de 2021 MP. Cristina Pardo Schlesinger.

¹⁰ Sentencia T-1432 de 2000. M.P. Antonio Barrera Carbonell; Sentencia C- 426 de 2002. M.P. Rodrigo Escobar Gil; Sentencia C-569 de 2004 M.P. Rodrigo Uprimny Yepes; Sentencia C- 233 de 2019 M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez; Sentencia C-214 de 2021. M.P. Jorge Enrique Ibañez Najar.

¹¹ Sentencias C-067 de 2021 MP. Gloria Stella Ortiz Delgado, C-141 de 2018 MP. Alejandro Linares Cantillo, C-469 de 2016 MP. Luis Ernesto Vargas Silva y los autos 205 de 2018, 137 de 2018, 276 de 2015, 006 de 2014 y 055 de 2017 de la Corte Constitucional.

¹² Sentencia 136 de 2017 MP. Alejandro Linares Cantillo. En esta sentencia, la Corte Constitucional expuso las exigencias que derivan de la carga de claridad, así: *“En cuando al requisito de claridad, el ciudadano no sólo debe señalar cuál es la disposición acusada como inconstitucional, sino que en demandas contra interpretaciones judiciales, es necesario indicar con absoluta precisión cuál es el contenido normativo, “norma” o regla interpretativa derivada de la disposición acusada, que resulta inconstitucional”*. Reiterada recientemente en la Sentencia C-314 de 2021, MP Alejandro Linares.

¹³ En sentencia de 2017 la Corte enunció este requisito, así: *“En cuanto al requisito de certeza, las demandas contra interpretaciones judiciales comprenden al menos tres dimensiones. Por un lado, (i) debe tratarse de una*

Como se indicó anteriormente, esta demanda se erige puntualmente contra la interpretación que la Sección Cuarta del Consejo de Estado adoptó, a partir de la Sentencia Fundadora y en sentencias posteriores, sobre la vigencia y aplicabilidad del literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983.

Como se indicó anteriormente, la Sección Cuarta sustenta sus conclusiones en tres normas:

- La expresión *“los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud”*, prevista en el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983; pues el Consejo parte de estas expresiones para considerar que no tienen reconocimiento normativo en la actualidad, y por lo mismo, no se encuentran vigentes.
- La expresión *“deroga expresamente los Decretos Extraordinarios (...) 356 (...) de (...) 1975”*, dispuesta en el artículo 52 de la Ley 10 de 1990.

En este punto, aclaramos que, en la Sentencia Fundadora, el Consejo de Estado se refiere expresamente a las derogatorias de la Ley 10 para definir que la prohibición de gravamen de la Ley 14 no se encuentra vigente. En efecto, en la Sentencia Fundadora, el Consejo de Estado reivindica expresamente que Ley 10 derogó el Decreto 356 de 1975, lo cual ocurrió precisamente en el artículo 52: **“ya se habían dado pasos para la organización del sistema de salud en la Ley 10 de 1990 (que derogó expresamente el Decreto 356 de 1975, que había establecido el régimen de adscripción y vinculación al SNS)”¹⁴**.

En esa medida, el Consejo de Estado entiende que, al haber sido derogado el Decreto 356 de 1975 (que reguló el régimen de adscripción y vinculación) se entiende derogado tácitamente (si se quiere) el literal d) del numeral 2 del artículo 39 la Ley 14 de 1983, pues éste se refiere a “hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud”. Como el Decreto 356 fue derogado por el artículo 52 de la Ley 10, queda claro que la posición del Consejo de Estado se fundamenta en esa norma.

- La expresión **“Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, mixtas o privadas”**, incorporada en el artículo 155 de la Ley 100 de 1993.

Sobre este punto, aclaramos que, en la Sentencia Fundadora, el Consejo de Estado se refiere de manera genérica a Ley 100, sin resaltar una disposición en particular que fundamente por completo su posición. Sin embargo, al revisar la providencia cuidadosamente, queda claro que esta corporación se está fundamentando en la estructura y “red institucional” regulada en el artículo 155.

Resaltamos que el Consejo de Estado señala que **“con la promulgación de la Ley 100 de 1993, como desarrollo de la concepción constitucional de seguridad social, se estableció un SGSSS distinto del que consagraban la Ley 10 de 1990 y cualquier otra regulación previa. El objetivo declarado este nuevo sistema, es el de procurar la ampliación de la cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema (artículo 6.º), para lo cual se unificó la normatividad (ibidem), razón por la cual perdieron vigencia las regulaciones anteriores”**. En consecuencia, la Sala concluye que **la red institucional del sector salud desarrollada en 1975, que es a la que se refiere la norma de la Ley 14 de 1983, no subsiste en el presente y no son conmutables las instituciones de ese régimen con las del actual”**

Como se observa, el Consejo de Estado señala que la Ley 100 estableció una “nueva red institucional” para el SGSSS, que sustituyó y dejó sin efecto la regulación del Decreto 356 de 1975, que había establecido el régimen de adscripción y vinculación al SNS; pero también dejó sin efecto la regulación de la Ley 10 de 1990. Esa nueva red institucional se encuentra precisamente en el artículo 155 de la Ley 100 de 1993

*interpretación que realmente fije un contenido normativo derivado de la disposición impugnada. Esto significa que **la interpretación debe derivarse directamente de la disposición demandada**” En: Corte Constitucional. Sentencia C-1369 de 2017.*

¹⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia 05001-23-31-000-2008-00671-01(20204) del 4 de abril de 2019, CP. Julio Roberto Piza Rodríguez. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia 05001-23-33-000-2013-00853-01(22250) del 27 de junio de 2019, CP. Julio Roberto Piza Rodríguez

En esta misma línea, más adelante en la Sentencia Fundadora, el Consejo de Estado señala -en forma equivocada, según veremos- que las instituciones **contenidas en el artículo 155 de la Ley 100**, y particularmente las Instituciones Prestadoras de Salud-IPS, no pueden ser asimiladas a aquellas a las que se refiere la norma de la Ley 14: "*las propuestas encaminadas a señalar que las actuales IPS son equiparables a las categorías de hospitales adscritos y vinculados al SNS empleadas por la norma, no solo contrarían la interpretación histórica de la norma, sino que constituyen un ejercicio de integración analógica de la disposición encaminado a suplir los vacíos actuales (por circunstancias sobrevinientes) de la disposición*".

En otros apartes, se confirma que el Consejo de Estado parte del artículo 155 de la Ley 100, pues indica "*las instituciones a las que se refiere la norma de la Ley 14 de 1983, alegada por la demandante y replicada en la normativa local de Medellín, fueron desarrolladas en 1975. Las normas sobre la materia dictadas en ese año buscaron institucionalizar la beneficencia iniciada en los años veintes del siglo anterior y articularla con el Plan Nacional Hospitalario de 1963 (Ley 12 de 1963), misión que se concretó en la creación del «Sistema Nacional de Salud» (artículo 1.º del Decreto 056 de 1975), que tiempo después fue subrogado por completo con el establecimiento de un modelo de seguridad social integral mediante a Ley 100 de 1993*".

(ii) *Segundo:* en cumplimiento de la carga de claridad, el demandante debe describir con precisión cuál es la interpretación, entendida como norma del *derecho viviente*, que contraría la Constitución.

En esos términos, tal como se indicó anteriormente, a partir de la Sentencia Fundadora, la Sección Cuarta del Consejo de Estado creó la proposición normativa demandada. De acuerdo con ella, el literal d) del numeral 2 del artículo 39 la Ley 14 de 1983 no está vigente en la actualidad, teniendo en cuenta que la expresión "*hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud*" no encuentra reconocimiento en el ordenamiento jurídico actual¹⁵.

Por lo tanto, la proposición normativa que aquí se demanda, pretende restar eficacia y vigencia a la prohibición que se establece en el literal d) del numeral 2 del artículo 39 la Ley 14 de 1983.

5.2. La demanda cumple con el requisito de certeza.

El requisito de certeza exige que las acciones de inconstitucionalidad en contra de interpretaciones jurisprudenciales recaigan sobre proposiciones jurídicas (interpretaciones) reales y existentes¹⁶. El requisito de certeza se materializa a través de tres exigencias prácticas:

5.2.1. Primera exigencia. *La interpretación debe derivar directamente de la disposición demandada. Se trata de una interpretación que realmente fije un contenido normativo derivado de la disposición impugnada*

La Corte Constitucional exige que entre la interpretación (proposición normativa) y la norma demandada exista un nexo lógico y causal. En otras palabras, la jurisprudencia exige que la demanda se dirija en contra las disposiciones de las que se extrae la proposición normativa que forma parte del *derecho viviente*¹⁷.

En este caso, existen tres disposiciones involucradas en el ejercicio interpretativo del Consejo de Estado:

¹⁵El Consejo de Estado desarrolló esta interpretación, así: "*... la Sala concluye que la red institucional del sector salud desarrollada en 1975, que es la que refiere la norma de la Ley 14 de 1983, no subsiste en el presente y no son conmutables las instituciones de ese régimen con las del actual. Los operadores jurídicos no pueden desconocer que la Ley 10 de 1990 y, con mayor razón, la Ley 100 de 1993, tuvieron el efecto de restarle eficacia normativa a la referencia hecha en la letra d) del ordinal 2.º del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 a los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional Consejo de Estado. Sección Cuarta. Radicado: 20204 de 2019 C.P. Julio Roberto Piza*

¹⁶ Sentencia C-243 de 2012 MP. Luis Ernesto Vargas Silva

¹⁷ Esta exigencia práctica se planteó así: "*(i) debe tratarse de una interpretación que realmente fije un contenido normativo derivado de la disposición impugnada. Esto significa que la interpretación debe derivarse directamente de la disposición demandada.*" En: Corte Constitucional. Sentencia C-136 de 2017.

(i) Norma interpretada. La proposición normativa demandada deriva de una interpretación de la expresión “hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud” que se encuentra en el literal d), numeral 2, del artículo 39 de la Ley 14 de 1983. Por lo tanto, es claro que las expresiones que se incluyen en esta disposición tienen vinculación directa con el objeto del debate.

(ii) Normas que sustentan la interpretación. Como se indicó anteriormente, para concluir que la expresión “hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud” no cuenta con reconocimiento normativo, la Sección Cuarta acudió a dos regulaciones en particular: el artículo 155 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 52 de la Ley 10 de 1990.

Por brevedad, nos remitimos al análisis del punto 5.1 (i).

Finalmente, aclaramos que la interpretación que aquí se demanda no se origina en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002, al cual el Consejo de Estado también se refiere en las sentencias que asumen la Interpretación Demandada.

Por un lado, la aplicación de la Ley 788 es solo una consecuencia de que, a juicio del Consejo de Estado, la prohibición de gravamen de la Ley 14 no es aplicable. Por ello, esta corporación tiene que acudir a la Ley 788, que simplemente desarrolla el mandato del artículo 48 de la Constitución, para reivindicar que los recursos del SGSSS no pueden estar sujetos a impuestos. En esa medida, la regla jurisprudencial que se demanda, en cuanto niega la vigencia y aplicabilidad de la prohibición de gravamen en comento, no se deriva de la Ley 788. Por el contrario, la aplicación de esta norma es simplemente una consecuencia, y una necesidad, ante la supuesta pérdida de vigencia de la norma en comento.

Por otra parte, el artículo 111 de la Ley 788 no está llamado a regular, de manera general, el tratamiento de los servicios de salud, como sí ocurre con el artículo 39 de la Ley 14 de 1984, según veremos más adelante. Por el contrario, el artículo 111 de la Ley 788 regula el tratamiento que tienen los recursos del SGSSS, para **todas** las entidades que participan en el sistema, incluyendo las IPS y las EPS. Se trata de una norma que prácticamente copia, en su esencia, una disposición constitucional y que, por ello, no es objeto de discusión en esta demanda.

Por lo expuesto, en este escrito no estamos demandando el artículo 111 de la Ley 788.

5.2.2. Segunda exigencia. El reproche de inconstitucionalidad se sustenta en una interpretación real y cierta y no en simples hipótesis hermenéuticas.

La Corte ha estructurado esta exigencia de manera negativa. Valga decir, para la Corte *“no puede considerarse satisfecho el requisito de certeza cuando el reproche de inconstitucionalidad se sustente en simples hipótesis hermenéuticas” que no hallan sustento en una real y cierta interpretación judicial o donde la interpretación no conduce a las implicaciones reprochadas, sino que responde a una proposición jurídica inferida por el actor.*¹⁸

En esos términos, la Corte exige que las proposiciones acusadas surjan directamente de la interpretación que ha realizado la jurisprudencia, y no consistan en apreciaciones subjetivas. En otras palabras, se requiere que la interpretación que se estima inconstitucional derive directamente de la aplicación de un criterio jurisprudencial.

Con el propósito de dotar de contenido práctico a esta exigencia, la Corte propuso un análisis a la luz de la doctrina del *derecho viviente*, que se materializa en que *“el control constitucional sobre interpretaciones judiciales “recae sobre el derecho realmente vivido por los ciudadanos, y no sobre contenidos hipotéticos, que podrían eventualmente inferirse del texto acusado, pero que no han tenido ninguna aplicación práctica.”*¹⁹

Por esta razón, este aparte demostraremos que la posición cumple con los requisitos de forma para configurar una verdadera *“doctrina del derecho viviente”*²⁰, es decir, en los

¹⁸ Corte Constitucional. Sentencia C-802 de 2008. Reiterado en la Sentencia C-314 de 2021.

¹⁹ Ibidem.

²⁰ Estos supuestos se encuentran en: Corte Constitucional. Sentencias C-462 de 2002, C-569 de 2004, C-987 de 2005, C-258 de 2013, C-418 de 2014 y C-259 de 2015.

términos exigidos por la corte, la interpretación es: (i) consistente; (ii) consolidada y (iii) relevante para fijar los efectos de la norma demandada.

a. *La interpretación es consistente.* Tal como lo señaló la Sentencia C-557 de 2001²¹, el requisito de consistencia no exige que la posición sea uniforme o unánime²². La consistencia se refleja cuando la interpretación no deriva de un caso particular y aislado, sino de un criterio que ha sido aplicado en un número plural de casos²³.

En otras palabras, la consistencia se predica de aquellas sentencias que han sido replicadas en un número plural de casos, lo que naturalmente impide que se estudien en sede de control de constitucionalidad, proposiciones normativas cuyo alcance esté limitado a un caso en concreto.

La interpretación de la Sección Cuarta que aquí se demanda, ha sido consistente.

La Sentencia de radicado 22204 del 4 de abril 2019 (aquí denominada la “Sentencia Fundadora”), emitió una clara regla jurisprudencial, que determina que la prohibición de gravamen en comento no se encuentra vigente. Esta regla fue planteada de tal manera que el Consejo de Estado puede aplicarla en el futuro, de manera general, a todos los casos en los que se discutan los mismos supuestos fácticos, es decir, la causación del ICA sobre los servicios de salud.

Además, tal como se indicó en el Capítulo 2, la regla jurisprudencial derivada de la Sentencia Fundadora ha sido reiterada en pronunciamientos posteriores:

- Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia 05001-23-31-000-2008-00671-01(20204) del 27 de julio de 2019. Consejero Ponente Julio Roberto Piza
- Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia 25000-23-37-000-2018-00550-01 (26031) del 30 de junio de 2022, CP. Myriam Stella Gutiérrez Argüello
- Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia 25000-23-27-000-2012-00593-01(20798) del 13 de agosto de 2020, CP. Julio Roberto Piza Rodríguez
- Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, Sentencia 25000-23-37-000-2015-00025-01(24252) del 16 de julio de 2020. CP. Milton Chaves García
- Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia 05001-23-33-000-2013-00181-01(21163) del 22 de abril de 2021, CP. Milton Chaves García

Como se indicó en el capítulo 2, en las últimas sentencias²⁴, el Consejo de Estado simplemente parte de la base de que la prohibición de gravamen establecida en el artículo

²¹ Ratificada recientemente por sentencias como la C-214 de 2021.

²² Al respecto la sentencia C-557 de 2001 señaló: *“la interpretación judicial debe ser consistente, así no sea idéntica y uniforme”*

²³ En sentencia C-802 de 2008, la Corte Constitucional precisó el criterio de consistencia, en estos términos: *“(…) en demandas contra interpretaciones judiciales, demostrar que se está ante una posición consistente y reiterada del operador jurídico y no producto de un caso particular, pues “una sola decisión en la que se interprete una norma no constituye per se una doctrina del derecho viviente y en caso de serlo debe demostrarse”*

²⁴

Referencia	Extracto
Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia 25000-23-27-000-2012-00593-01(20798) del 13 de agosto de 2020, CP. Julio Roberto Piza Rodríguez	Con todo, el criterio de decisión actual, recogido en la sentencia del 04 de abril de 2019 (exp. 20204, CP: Julio Roberto Piza) tiene establecido que los ingresos percibidos por las IPS que se encuentran desgravados porque proceden de recursos pertenecientes al SGSSS [...] Por lo mismo, los servicios o planes de salud que no se financian con recursos del SGSSS sino con pagos hechos por el respectivo cotizante (i.e. planes voluntarios de salud), [...] no se encuentran cubiertos por la desgravación del ICA.
Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, Sentencia 25000-23-37-000-2015-00025-01(24252) del 16 de julio de 2020. CP. Milton Chaves García	De acuerdo con el criterio jurisprudencial expuesto anteriormente, que se reitera, la prohibición de gravar con el ICA a las entidades que pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como las IPS, es aplicable siempre que se verifique la procedencia de los recursos que reciben por los servicios de salud que prestan, pues no basta simplemente con que se demuestre la calidad de prestadoras de servicios de salud, sino que debe demostrarse el origen de los recursos que se pretende que no sean gravados con el ICA.
Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia 05001-23-33-000-2013-00181-01(21163) del 22	En la sentencia del 4 de abril de 2019, la Sección Cuarta de esta Corporación precisó que “la desgravación en ICA de los ingresos derivados de actividades relacionadas con la salud humana es la que está contemplada en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 (ajustada en los

39 de la Ley 14 no se encuentra vigente, y por lo mismo, ni siquiera se refiere a ella. Desde la perspectiva de esta corporación, ya existe una regla jurisprudencial que se tiene por cierta, que no se discute y que no se modifica, y que se traduce en que la prohibición de gravamen en comento no se encuentra vigente.

Esto significa que la interpretación del Consejo de Estado, que aquí se acusa, ya forma parte del *derecho viviente*, pues será aplicada ante cualquier caso que esta corporación analice en el futuro, pero también por los operadores jurídicos, incluyendo a las autoridades tributarias municipales.

b. *La interpretación debe estar consolidada.* Para que una proposición normativa pueda formar parte del "derecho viviente", es necesario que la interpretación se haya extendido en un número plural de decisiones del respectivo órgano judicial de cierre²⁵.

La proposición normativa que se demanda ha sido reiterada en al menos cinco (5) pronunciamientos recientes de la Sección Cuarta, tal como se indicó anteriormente²⁶.

Estos pronunciamientos configuran la interpretación vigente de la norma, por lo que es claro que esta proposición normativa que se creó con la Sentencia 20204 del 4 de abril de 2019 se encuentra consolidada.

c. *La interpretación debe ser relevante para fijar el significado de la norma objeto de control, determinar el alcance o efecto de la norma demandada.*

La interpretación del Consejo es relevante para fijar el significado, alcance y efectos de los apartes acusados de los artículos 39 (literal d, numeral 2) de la Ley 14, 155 de la Ley 100 y 52 de la Ley 10 de 1990. Tan relevante es que, con base en esa interpretación, el Consejo de Estado termina restando completa eficacia normativa a la prohibición de gravamen en mención.

Por otra parte, la Interpretación Demandada también es relevante para definir el alcance de los artículos 58 de la Ley 10 y de la Ley 100 y al artículo 155 de la Ley 100, pues, con base en ello, interpreta que las instituciones a las que se refería la Ley 14 dejaron de tener reconocimiento normativo.

5.2.3. Tercera exigencia. La Interpretación Demandada deriva de normas con fuerza de ley.

De acuerdo con la Corte Constitucional " *...no se cumple con el requisito de certeza cuando la interpretación no se deriva de normas con fuerza material de ley, sino de otro tipo de*

de abril de 2021, CP. Milton Chaves García	términos decididos por la Corte Constitucional en la sentencia C-1040 de 2003), exclusivamente, y no la consagrada en la letra d) del ordinal 2.º, del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 (incorporada en el artículo 259 del Decreto 1333 de 1986), la cual quedó desprovista de eficacia normativa. Finalmente, en dicha sentencia se dijo que los servicios o planes de salud previstos en la normativa de seguridad social que no se financian con recursos del SGSSS sino con pagos hechos por el respectivo cotizante, para cubrir prestaciones en salud distintas a las contempladas en el POS o, actualmente, en el plan de beneficios en salud, no se encuentran cubiertos por la desgravación del ICA.
--	--

²⁵ La Sentencia C-557 de 2001 señaló sobre el requisito de consolidación: " *la interpretación judicial debe estar consolidada: un solo fallo, salvo circunstancias especiales, resultaría insuficiente para apreciar si una interpretación determinada se ha extendido dentro de la correspondiente jurisdicción; (...)*". En este sentido también se encuentra la sentencia C-015 de 2018, M.P. Cristina Pardo Schlesinger: " *La doctrina del derecho viviente exige a la Corte realizar sus análisis de constitucionalidad sobre interpretaciones que han sido depuradas por los órganos de cierre de cada jurisdicción (y en menor medida por la doctrina), excluyendo aquellas posiciones puramente hipotéticas o descontextualizadas de las leyes. El derecho viviente así establecido permite a la Corte Constitucional establecer los contenidos sobre los que realmente debe ejercer el control de constitucionalidad*".

²⁶ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia 25000-23-27-000-2012-00593-01(20798) del 13 de agosto de 2020, CP. Julio Roberto Piza Rodríguez
 Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, Sentencia 25000-23-37-000-2015-00025-01(24252) del 16 de julio de 2020. CP. Milton Chaves García
 Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia 05001-23-33-000-2013-00181-01(21163) del 22 de abril de 2021, CP. Milton Chaves García
 Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia 25000-23-37-000-2018-00550-01 (26031) del 30 de junio de 2022, CP. Myriam Stella Gutiérrez Argüello

*disposiciones como actos administrativos, contratos estatales o cualquier otra fuente de derecho.*²⁷

Tal como se señaló en el análisis del requisito de claridad, la proposición normativa fija la eficacia normativa del literal d), numeral 2, del artículo 39 de la Ley 14 de 1983. Esta interpretación a su vez se sustenta en dos normas: (i) el artículo 52 de la Ley 10 de 1990; y (ii) el artículo 6 de la Ley 100 de 1993. Por lo tanto, la Interpretación Demandada deriva de normas con fuerza de ley.

En suma, es claro que esta demanda cumple el requisito de certeza, al cuestionar una proposición jurídica real y existente; que sustenta en una interpretación inconstitucional de los artículos demandados.

5.3. La demanda cumple con el requisito de pertinencia.

Para que una demanda cumpla con el requisito de pertinencia: *"es necesario que el demandante señale cómo y en qué medida la interpretación judicial impugnada plantea al menos un problema de relevancia constitucional, y no razones de orden legal, personal, doctrinal o de simple conveniencia"*²⁸. Ello quiere decir que no serán aceptados argumentos meramente legales o doctrinarios, o que tengan como finalidad resolver un problema particular²⁹.

En línea con lo expuesto en el punto anterior, en los capítulos 7.1 a 7.4 presentamos una confrontación directa entre la interpretación que se acusa como inconstitucional y cada una de las normas que se invocan como vulneradas. A manera de resumen, tal como se demostrará en esta demanda, esta interpretación desconoce los siguientes principios constitucionales:

(ii) **En el capítulo 7.1** demostramos que la Interpretación Demandada representa una medida regresiva frente a la garantía del derecho a la salud, y por esa vía desconoce el artículo 49 de la Constitución, en línea con los artículos 4, 5, 6 y 8 de la Ley Estatutaria de la Salud, en la medida en que (i) los servicios de salud se verán sometidos a un nuevo costo, que terminará por afectar a quienes acceden a ellos, dadas las distorsiones propias del ICA, y (ii) incentiva a que las IPS, para evitar el cobro del ICA, presten sus servicios con cargo a los recursos públicos del SGSSS, incluso en aquellos casos en los que dichos servicios pueden financiarse con recursos privados, como los provenientes de los Planes Voluntarios de Salud (PVS). Con ello, se sobrecarga el SGSSS y se afecta el cumplimiento de las prestaciones propias de este sistema, especialmente para la población más vulnerable. Por esta misma razón, se terminan desconociendo los principios de eficiencia y solidaridad, pues el Estado termina cobrando un impuesto que posteriormente se verá representado en una mayor actividad y en un mayor gasto para el SGSSS.

(ii) En el **capítulo 7.2** de la demanda demostraremos que la Interpretación Demandada viola los principios de legalidad y reserva de ley en materia tributaria (arts. 150-12 y 338 de la C.P.), así como los principios democráticos y de representación previstos en el Preámbulo y los artículos 1, 2 y 3 de la Constitución. Esta violación se evidencia desde varias perspectivas:

- De acuerdo con estas disposiciones, el legislador es el único que tiene competencia para establecer el aspecto positivo del gravamen, como lo son los hechos sobre los cuales recae el tributo; así como el aspecto puramente negativo, que se concreta en las exclusiones y prohibiciones de gravar.

En el caso concreto, con la Interpretación Demandada, el Consejo de Estado usurpa las competencias del legislador, pues termina dejando sin efecto una norma expedida por éste con el propósito de prohibir que los servicios de salud fueran gravados con el ICA. De este modo, el Consejo de Estado termina incidiendo en la regulación de los elementos esenciales de un tributo, a pesar de que esta competencia es exclusiva del legislador.

²⁷ Corte Constitucional. Sentencia C-214 de 2021.

²⁸ Corte Constitucional. Sentencia C-214 de 2021. MP. Jorge Enrique Ibáñez Najar.

²⁹ Este desarrollo del requisito de pertenencia se encuentra en las sentencias: C-277 de 2006 MP. Humberto Antonio Sierra Porto, C-543 de 2011 MP. Humberto Sierra Porto, C-434 de 2021, MP. Alberto Rojas Ríos, C-441 de 2021 MP. Jorge Enrique Ibáñez Najar y C-102 de 2022 MP. Diana Constanza Fajardo Rivera.

Lo más grave es que no existe evidencia de que el legislador haya deliberado ni votado derogar expresa o tácitamente la prohibición establecida en el literal d) del artículo 39 de la Ley 14 o que haya desarrollado instituciones que vacíen su contenido, o que haya manifestado su intención de que la misma no resulte aplicable.

Por el contrario, al analizar la evolución legal, pero sobre todo constitucional, se puede advertir que existen dos sistemas claramente diferenciados, que tienen sus propias reglas e instituciones: el Sistema de Salud y el SGSSS. Bajo esta concepción, se puede advertir claramente que las instituciones a las que se refiere el literal d) del artículo 39 de la Ley 14 subsisten en la actualidad, bajo otro nombre. El hecho de que hayan cambiado de nombre no significa que las instituciones no existan, sino que han tenido que adaptarse a una nueva terminología constitucional y legal. Se trata de un asunto meramente formal, que no puede servir de base para desmontar una política pública tan relevante de cara a la garantía del derecho a la salud como la contenida en la norma en cuestión.

Es claro también que un simple cambio de nombre no puede servir de base para inaplicar la prohibición de gravamen en comento, porque ello desconoce las competencias del legislador a la hora de regular los elementos esenciales de los tributos, pero sobre todo porque con ello se termina desmontando, sin el debate parlamentario requerido, una política pública establecida por el legislador para proteger y garantizar el acceso al servicio de salud, que constituye un derecho fundamental y de altísima relevancia constitucional.

- En línea con lo expuesto, en el pasado la Corte Constitucional ya ha aceptado que el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 se encuentra vigente y es plenamente aplicable. Así, en la Sentencia C- 245 de 2002, la Corte Constitucional aceptó que las instituciones a las que se refería la ley 14 pudieron haber cambiado de nombre, pero ello no significa que dejaron de existir, sino que deben armonizarse a la luz de la normativa vigente en la actualidad, bajo la cual siguen teniendo reconocimiento.

- La Interpretación Demandada desconoce que el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 debe seguir siendo aplicado a la luz del ordenamiento jurídico vigente, con lo cual vulnera los artículos 1, 2, 3, 150-12 y 338 de la Constitución, al desconocer el principio democrático y de conservación del derecho.

La Corte Constitucional ha reivindicado que, a la hora de interpretar una disposición, los operadores jurídicos deben propender por salvaguardar su vigencia, pues con ello se respeta el principio democrático, pero también los principios de legalidad y representación popular.

En el caso concreto, como veremos más adelante, la Interpretación Demandada ignora que las expresiones incluidas en la Ley 14 de 1983 sí pueden ser interpretados a la luz del ordenamiento jurídico vigente, en el sentido de que los servicios de salud prestados por las IPS no pueden estar gravados con el ICA. De hecho, es un imperativo hacerlo, en virtud del principio democrático, los principios de representación popular y de conservación del derecho, así como la prohibición de regresividad en materia de salud.

- La Interpretación Demandada también desconoce el principio democrático, pues éste exige que el Congreso surta un debate amplio y suficiente sobre aquellas medidas tributarias que resulten regresivas o que impliquen una derogación de beneficios tributarios que afecten a la población del país.

En este caso, si fuera cierto que el literal d) del artículo 39 fue derogado tácitamente, como lo pretende el Consejo de Estado, estaríamos ante una situación contraria al principio democrático. No existe evidencia de que el Congreso haya querido derogar esta norma, y por esa misma razón, tampoco se han cumplido los requisitos de debate amplio y deliberación que exige la Constitución para estos casos.

Esto resulta especialmente grave, pues, como se evidencia en la exposición de motivos, la norma en comento fue concebida para hacer más accesible los servicios de salud a toda la población, con lo cual, su derogatoria termina afectando la prestación de estos servicios, que son de altísima relevancia constitucional.

(iii) En el **capítulo 7.3** demostraremos que la Interpretación Demandada vulnera el derecho a la igualdad (art. 13 de la CP), afecta irrazonablemente la libre competencia (arts. 88 y

333) y resulta contraria a los principios de equidad y progresividad (arts. 363 de CP). En efecto, al desconocer la vigencia de la prohibición de gravamen de la Ley 14, los servicios de salud quedan sujetos a un tratamiento diametralmente opuesto, sin que existe una justificación suficiente: (i) por un lado, los recursos de salud financiados con recursos del SGSSS quedan exonerados del ICA, mientras que (ii) los servicios de salud prestados con otras fuentes de pago quedan sujetos al impuesto, a pesar de que el legislador estableció un mandato claro para que ambos servicios estuvieran excluidos del ICA.

(iv) Finalmente, en el **capítulo 7.4** se ratificará que esta interpretación resulta contraria a los principios de justicia, equidad, progresividad y eficiencia, principalmente en la medida en que establece cargas tributarias distintas para situaciones que evidencian la misma capacidad contributiva.

5.4. La demanda cumple con el requisito de especificidad.

Una demanda cumplirá con el requisito de la especificidad, siempre que las razones de inconstitucionalidad sean “puntuales” y recaigan sobre el contenido normativo cuyo alcance ha sido fijado por la Interpretación Demandada, pero no sobre argumentos “vagos, indeterminados, indirectos, abstractos y globales”³⁰.

Como se evidenció en el capítulo anterior y se puede corroborar a lo largo de esta demanda, presento cargos puntuales, directos y específicos de inconstitucionalidad contra la Interpretación Demandada, los cuales, además, están soportados en las normas constitucionales que invoco como violadas.

En todo caso, desde este momento aclaramos que la Corte ha señalado que, tratándose de demandas contra interpretaciones, el accionante debe reivindicar el alcance de la ley según la voluntad expresada por el legislador y su validez frente a la carta.

En concreto, la Corte Constitucional precisó que un análisis integral de constitucionalidad debe estudiar cuál fue el alcance que se trazó el legislador con la disposición demandada, en la medida en que *“... el control de constitucionalidad [es] una vía expedita para reivindicar el verdadero alcance de la ley y de su validez frente a la Carta, particularmente, cuando a la luz del derecho viviente ésta entra en contradicción con el texto Superior”*³¹

Esto resulta especialmente relevante en las demandas contra interpretaciones judiciales, pues lo que se busca precisamente es mostrar el sentido correcto de la norma y cómo este sentido se ajusta a los parámetros constitucionales.

En ese contexto, y por estas razones, en esta demanda, reivindicamos el sentido correcto de la prohibición de gravamen de la Ley 14, para, a partir de allí, exponer por qué la Interpretación Demandada, además de ser incorrecta, desconoce la Carta Política

Por otra parte, la Corte ha aceptado que, con el propósito de ilustrar y exponer sus cargos, el accionante no debe limitarse a realizar un juicio de interpretación literal y puramente abstracto. Por el contrario, a través de la acción de inconstitucionalidad, el accionante también puede estructurar sus cargos a partir de las consecuencias prácticas que genera la proposición normativa que se acusa como inconstitucional y el impacto en los principios constitucionales:

“la autonomía que la Corte reconoce a la interpretación legal o judicial tiene como límite la arbitrariedad e irrazonabilidad de sus respectivos resultados”³²

Esto también resulta especialmente relevante en las demandas contra interpretaciones judiciales, pues lo que se busca precisamente es evitar que las interpretaciones produzcan resultados arbitrarios y con ello se desconozca la Carta Política.

³⁰ Corte Constitucional. Sentencia C-067 de 2021. MP. Gloria Stella Ortiz Delgado.

³¹ Corte Constitucional. Sentencia C-426 de 2002. M.P. Rodrigo Escobar Gil.

³² Corte Constitucional. Sentencia C-309 de 2009. M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

En ese contexto, y por estas razones, en esta demanda, reivindicamos que la Interpretación Demandada termina produciendo resultados inconstitucionales, tal como se indicó en el capítulo anterior.

5.5. Suficiencia

La suficiencia exige que el razonamiento jurídico tenga un mínimo desarrollo. Esto quiere decir que "*[e]l cargo debe proporcionar razones, por lo menos básicas, que logren poner en entredicho la presunción de constitucionalidad de las leyes, derivada del principio democrático, que justifique llevar a cabo un control jurídico sobre el resultado del acto político del legislador*"³³. Es decir, la argumentación debe generar una mínima duda sobre su constitucionalidad.

En particular, frente a lo exigido para demandas contra interpretaciones judiciales, la Corte ha reiterado que: "*se está ante una posición consistente y reiterada del operador jurídico y no producto de un caso en particular, pues una sola decisión judicial en la que se interprete una norma no constituye per se una doctrina del derecho viviente y en caso de serlo debe demostrarse. Más allá de una cuestión relativa a la certeza de la interpretación, el criterio de suficiencia exige aportar los elementos fácticos y argumentativos para demostrar que la interpretación no sólo existe, sino que plantea una verdadera problemática constitucional*"³⁴.

Nótese que esta demanda plantea cargos lógicos y completos de inconstitucionalidad, a partir de los cuales es viable concluir que estos argumentos son suficientes para acreditar la inconstitucionalidad de la Interpretación Demandada

En concreto, tal como se indicó anteriormente, la Interpretación Demandada desconoce los artículos el preámbulo y los artículos 1, 2 y 3, 49, 88, 95-9, 150-12, 333, 338 y 363 de la Constitución Política, en línea con los artículos 4, 5, 6 y 8 de la Ley Estatutaria de la Salud; en cuanto:

(i) Genera una medida regresiva en la protección del derecho a la salud, en la medida en que, de manera general, termina gravando con el ICA los servicios de salud, sin haber surtido el debate parlamentario requerido para este tipo de medidas y sin que exista una justificación válida. Con ello, se terminan afectando directamente los servicios prestados con fuentes distintas a recursos del SGSSS, pues estos se volverán más onerosos, al estar sujetos al ICA. Pero también afecta indirectamente al SGSSS, pues da pie a que las IPS, para evitar el cobro del ICA, presten sus servicios con cargo a los recursos públicos del SGSSS, incluso en aquellos casos en los que podrían ser prestados con cargo a recursos privados.

(ii) Desmonta, sin el debate parlamentario requerido y sin cumplir con el principio democrático, una medida establecida por el legislador para garantizar el acceso a los servicios de salud, que constituyen un derecho fundamental de altísima relevancia constitucional. Ello resulta contrario a los principios de legalidad, reserva de ley, democrático y de representación.

(iii) Genera resultados contrarios al derecho a la igualdad, la libre competencia y los principios de justicia, equidad, progresividad y eficiencia. En efecto, la Interpretación Demandada rompe con el equilibrio y la perfecta igualdad que pretendió establecer el legislador entre todos los servicios de salud, con independencia de si se financiaban con recursos públicos o privados). Bajo la Interpretación Demandada, los servicios de salud financiados con recursos privados estarán sujetos al ICA, lo cual no supera el juicio integrado de igualdad según se evidencia en esta demanda.

6. AUSENCIA DE COSA JUZGADA

De acuerdo con la Corte, a la hora de analizar si existe cosa juzgada constitucional, "*el juez constitucional debe verificar la acreditación de las siguientes exigencias: (i) identidad de objeto, es decir "que se proponga estudiar el mismo contenido normativo de la proposición normativa ya estudiada en una sentencia anterior; (ii) identidad de causa petendi, esto es,*

³³ Corte Constitucional Sentencia C-105 de 2018 MP. Diana Fajardo Rivera, reiterada en la sentencia C-024 de 2021 MP. Diana Fajardo Rivera

³⁴ Sentencia C-136 de 2017, M.P. Alejandro Linares Cantillo

“que se proponga dicho estudio por las mismas razones (esto incluye el referente constitucional o norma presuntamente vulnerada), ya estudiadas en una sentencia anterior; y (iii) identidad del parámetro de control de constitucionalidad, esto es, “que no exista un cambio de contexto o nuevas razones significativas que de manera excepcional hagan procedente la revisión, lo que la jurisprudencia ha referido como un nuevo contexto de valoración”³⁵

Como veremos a lo largo de este escrito, la acción pública de inconstitucionalidad se interpone en contra de la interpretación que el Consejo de Estado asumió sobre la vigencia de la prohibición de gravamen establecida en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, frente a los hospitales “adscritos o vinculados al sistema nacional de salud”³⁶. En ese sentido, es claro que la cosa juzgada solo operará en el evento en que la Corte haya emitido un juicio de constitucionalidad sobre la Interpretación Demandada.

Sin embargo, no existe pronunciamiento constitucional sobre el literal d) del numeral 2, del artículo 39, de la Ley 14 de 1983, ni sobre la interpretación que aquí se acusa como inconstitucional.

Por lo tanto, teniendo en cuenta que esta interpretación no ha sido objeto de análisis por parte de la Corte Constitucional, podemos descartar la existencia de cosa juzgada.

En todo caso, vale la pena aclarar que, en la Sentencia C- 245 de 2002, la Corte Constitucional analizó la constitucionalidad del artículo 93 de la Ley 633 de 2000, en cuanto pretendió interpretar el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983³⁷.

En esa oportunidad, la Corte encontró que el artículo 93 de la Ley 633 de 2000 realmente estaba modificando la norma que decía interpretar, pues introdujo elementos que no se derivaban ni expresa ni tácitamente de ella. Con base en ello, la Corte declaró la inexecutable de este artículo. En palabras de la Corte: *“... a pesar de que se trata de una norma que guarda una relación material próxima con los asuntos regulados por el precepto que dice interpretarse, agrega contenidos no comprendidos dentro del ámbito de la norma anterior, de manera tal, que se convierte en una nueva disposición que no cumple con las características de una norma interpretativa.”*

Como veremos en esta demanda, esta sentencia constituye un precedente totalmente relevante para este caso³⁸, pero ello no significa que se configure cosa juzgada frente al caso concreto, en la medida en que:

a) En la Sentencia C- 245 de 2002, se analizó la constitucionalidad del artículo 93 de la Ley 633 de 2000, no del numeral segundo, literal d), del artículo 39 de la Ley 14 de 1983.

b) La Corte no analizó de fondo las interpretaciones que podían derivar de la norma acusada en esta oportunidad; ni las contrastó con la Constitución y, en particular, con los principios y reglas indicados en esta demanda³⁹.

³⁵ Sentencia C-040 de 2021. M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo.

³⁶ Corte Constitucional. Sentencia C-1046 de 2001. MP. Eduardo Montealegre Lynett; reiterada en la Sentencia C-073 de 2014 MP. Luis Guillermo Guerrero Pérez; y Sentencia C-007 de 2016 M.P. Alejandro Linares Cantillo

³⁷ Esta disposición, que fue declarada inexecutable por la Corte Constitucional, señalaba: *“interpretase con autoridad el texto del literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, en el sentido que se entiende incorporada en dicha norma la prohibición de gravar con el impuesto de industria y comercio las actividades de apoyo, fomento y promoción de la educación pública, que cumplen los Organismos del Estado en desarrollo de su objeto social, dentro de los fines del artículo 67 de la Constitución Política y los recursos de las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación, UPC, destinado obligatoriamente a la prestación de los servicios de salud, los ingresos provenientes de las cotizaciones y los ingresos destinados al pago de las prestaciones económicas, conforme a lo previsto en el artículo 48 de la Constitución Política”.*

³⁸ En concreto, en lo relevante para este proceso, en la Sentencia C-245 de 2002, la Corte determinó que:

a) El literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la ley 14 de 1983 **se encontraba vigente** y, para su correcta aplicación, debía ser armonizado a la luz de “las nuevas realidades normativas existentes” a partir de la Constitución de 1991 y las leyes posteriores. Nótese que, si este artículo hubiera estado derogado como consecuencia de las “nuevas realidades normativas”, la Corte forzosamente hubiera tenido que inhibirse y/o concluir que el legislador habría excedido sus competencias por revivir una norma por la vía de una supuesta interpretación.

b) El literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 regula actividades y recursos que trascienden y van más allá de las actividades y recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

³⁹ (i) El preámbulo y los artículos 1, 2 y 3 de la Constitución;

c) La Corte tampoco determinó cómo debía interpretarse y armonizarse la disposición acusada en el contexto normativo actual, teniendo en cuenta la expedición de la Constitución de 1991, la jurisprudencia Constitucional, y diferentes instrumentos que integran el bloque de constitucionalidad, como se plantea en esta demanda (la Ley Estatutaria de Salud y los convenios de derechos humanos).

Por tal motivo, ratificamos que no existe cosa juzgada.

7. CONCEPTO DE LA VIOLACIÓN

A continuación, pasaremos a demostrar que la Interpretación que desconoce la vigencia y aplicabilidad de la prohibición de gravar regulada en el literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, es contraria a la Constitución.

7.1. La Interpretación Demandada viola el artículo 49 de la C.P., así como los artículos 4, 5, 6 y 8 de la Ley Estatutaria de la Salud.

7.1.1. Esta Interpretación desconoce los mandatos del artículo 49 de la Constitución, en cuanto obliga al Estado a promover políticas que hagan más accesibles y asequibles los servicios de salud y protejan y garanticen este derecho fundamental.

La Interpretación Demandada desconoce que la disposición acusada se enmarca perfectamente en los mandatos que el artículo 49 de la Constitución impone al Estado con el propósito de garantizar el derecho fundamental a la salud y la accesibilidad a los servicios de salud. De hecho, esa fue la intención del legislador al momento de expedir la norma. En la exposición de motivos de la Ley 14 de 1983 señaló que las prohibiciones allí establecidas buscaban proteger las actividades que tienen un impacto directo en el nivel de vida de las personas, como es el caso del servicio de salud, que hoy es reconocido como un derecho fundamental y como un sector de altísima relevancia constitucional: "*este capítulo... precisa qué actividades no pueden gravarse con el impuesto de industria y comercio, conservando las prohibiciones que corresponden actividades que afecten directamente el nivel de vida del pueblo colombiano o que el Estado tiene interés de desarrollar.*" (se subraya).

Además, como se explicará en detalle más adelante (capítulo 7.2.2.1), en el momento en el que fue expedida la norma acusada, una entidad se entendía adscrita o vinculada al Sistema Nacional de Salud por el solo hecho de prestar servicios de salud (artículo 9 del Decreto 356 de 1975). Por ello es lógico que, con el propósito de prohibir que se gravaran con ICA los servicios de salud, la norma hubiera acudido al concepto de "hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud", pues todas las entidades que prestaran servicios de salud se entendían incorporadas al Sistema de Salud, por la vía de la adscripción o vinculación⁴⁰.

En esos términos, con la norma en cuestión, el legislador buscaba evitar que los servicios de salud se vieran afectados con el impuesto de industria y comercio, que por su diseño y características es altamente distorsionante y podría implicar sobrecostos en su prestación. Tan es así que múltiples expertos han coincidido al señalar que el impuesto de industria y comercio es un tributo que reduce la inversión y la generación de empleo, pero que también

(ii) Los artículos 3, 13, 48, 49, 88, 150-12, 152, 333 y 338 de la Constitución Política;

(iii) Los siguientes instrumentos que conforman el bloque de constitucionalidad, de acuerdo con el artículo 93 de la Constitución Política: los artículos 9 y 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 11 y 16 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 22 y 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y 2, 4, 5 y 6 de la Ley 1751 de 2015- Ley Estatutaria de Salud³⁹.

⁴⁰ Tan es así que la exposición de motivos de la Ley 14 de 1983 señaló que las prohibiciones allí establecidas buscaban proteger **las actividades** que tienen un impacto directo en el nivel de vida de las personas, como es el caso del servicio de salud, que hoy es reconocido como un derecho fundamental y como un sector de altísima relevancia constitucional: "*este capítulo... precisa qué actividades no pueden gravarse con el impuesto de industria y comercio, conservando las prohibiciones que corresponden actividades que afecten directamente el nivel de vida del pueblo colombiano o que el Estado tiene interés de desarrollar.*" (se subraya).

genera efectos contrarios al principio de equidad, al liquidarse sobre los ingresos brutos, sin tener en cuenta el margen de rentabilidad o utilidades de los contribuyentes⁴¹.

En esa medida, al prohibir que se cobre ICA sobre los servicios de salud el legislador buscaba evitar que estos servicios se volvieran más onerosos para los usuarios, para el Sistema de Salud y para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Por lo expuesto, la Interpretación Demandada desconoce el artículo 49 de la Constitución, pues termina haciendo menos accesibles y menos asequibles los servicios de salud, en la medida en que éstos se encontrarán gravados con el ICA en aquellos casos en los que se financien con recursos distintos a los del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Así lo señala claramente la Sentencia Fundadora, pues ésta indica que *"la desgravación en ICA de los ingresos derivados de actividades relacionadas con la salud humana es la que está contemplada en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 (ajustada en los términos decididos por la Corte Constitucional en la sentencia C-1040 de 2003), exclusivamente, y no la consagrada en la letra d) del ordinal 2.º, del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 (incorporada en el artículo 259 del Decreto 1333 de 1986), la cual quedó desprovista de eficacia normativa"*. Con base en ello, concluye que *"están exentos en virtud del artículo 111 de la Ley 788 de 2002, los ingresos por servicios de salud, u otras actividades incluidas en el aspecto material del elemento objetivo del hecho generador del ICA, que realice una IPS en cumplimiento de las prestaciones de salud contempladas en el POS o en el plan de beneficios en salud que defina en su momento la autoridad competente, siempre y cuando dichas actividades sean remuneradas a favor de las IPS con recursos del SGSSS"*

Ello implica que los servicios de salud financiados con cargo a recursos de Planes Voluntarios de Salud (planes complementarios, seguros de salud, medicina prepagada, etc) ("PVS"⁴²), o con recursos privados distintos a los del SGSSS, **siempre** estarán gravados con el ICA, a pesar de que el legislador había establecido un mandato general con el propósito de que los servicios de salud no estuvieran gravados, según profundizaremos más adelante. De hecho, en la Sentencia Fundadora se analiza un caso en los que una autoridad tributaria liquidó ICA sobre servicios de Salud prestados con cargo a PVS, frente a lo cual el Consejo de Estado se mostró de acuerdo conforme al criterio expuesto.

La Interpretación Demandada también promueve una restricción artificial en el marco de protección del derecho a la salud. Bajo esta interpretación, la protección por parte del Estado se limita a las prestaciones incluidas en el SGSSS. Sin embargo, es claro que el Estado tiene el deber de velar por la materialización de las garantías propias del derecho a la salud, incluso cuando los servicios no se financian con recursos del SGSSS.

Tal como lo ha señalado la Corte Constitucional, la garantía del derecho a la salud no se limita a los recursos dispuestos en el Sistema General de Seguridad Social: *"no es constitucionalmente válido sostener que el contenido del derecho de la salud sólo es predicable para el caso del sistema general de seguridad social y ajeno a los planes adicionales, con fundamento en la aplicación exclusiva de la legislación civil y comercial."*⁴³

⁴¹ Véase Comisión de Estudio del Sistema Tributario Territorial. Informe Final, 2020 *"Los argumentos señalados por Bird para apoyar los impuestos locales a las actividades económicas son contundentes. No obstante, estos impuestos también generan problemas de eficiencia en la medida en que reducen el margen de ganancias, lo cual redundará en una menor demanda de factores de producción (como capital y trabajo). A su vez, esto reduce la inversión y la generación de empleo, lo cual genera salarios más bajos y menores rendimientos de las inversiones. Finalmente, la caída en la remuneración a los factores reduce el consumo privado y ocasiona que el producto total de la economía sea mayor. Existe abundante evidencia de que los impuestos a las empresas afectan negativamente la actividad económica (Giroud & Rauh, 2019) y estos efectos negativos parecen ser más fuertes cuando se trata de impuestos locales (Bird R., A New Look at Local Business Taxes, 2003)". (...)* *"Por otro lado, los impuestos a las empresas pueden convertirse en barreras para la formalización de empresas y la expansión de nuevas y pequeñas firmas. En el caso del ICA hay un problema adicional: los impuestos sobre ingresos brutos son contrarios al principio de equidad horizontal. Naitram (2019) propone un principio básico para gravar a las empresas: las empresas deben contribuir a la provisión de bienes públicos de acuerdo con los beneficios que reciben del uso de estos bienes públicos. Esta es una aplicación del principio clásico de la imposición basada en los beneficios a las corporaciones (Weinzierl, 2018). Dado que los beneficios que reciben las firmas son las utilidades, cualquier impuesto que grave los ingresos brutos viola el principio de Naitram (2019)".*

⁴² Estas coberturas fueron reguladas incluso desde la propia expedición Ley 100, en su artículo 169, posteriormente modificado con la Ley 1438 de 2011.

⁴³ Corte Constitucional. Sentencia T-591 de 2009.

De hecho, la jurisprudencia de esta Sala ha promovido la identidad en las garantías constitucionales que se brindan en el marco del SGSSS y de los Planes Voluntarios de Salud, teniendo en cuenta que los dos son esenciales para materializar el Derecho a la Salud: "No puede olvidarse que la salud es un derecho fundamental, sea en virtud de un contrato de medicina prepagada o de un plan de salud obligatorio..."⁴⁴

7.1.2. La Interpretación Demandada revela una medida *regresiva* en materia del Derecho Fundamental a la Salud.

La Corte Constitucional ha consolidado una jurisprudencia que desarrolla la prohibición de regresividad en materia de derechos sociales. De acuerdo con la misma, para determinar si una medida es regresiva, se debe seguir un test con los siguientes pasos: *"Primero, se debe verificar si la medida afecta el ámbito de exigibilidad inmediata del derecho, en los términos establecidos por la Constitución, la jurisprudencia y el bloque de constitucionalidad. Es decir, si la medida escapa el ámbito de las facetas relacionadas, principalmente, con el principio de no discriminación y con el contenido esencial de cada derecho. Segundo, se debe constatar que la medida no disminuya el nivel de satisfacción previamente alcanzado, lo cual se determina al analizar: (i) si ha recortado o limitado el ámbito sustantivo de protección del respectivo derecho; (ii) si han aumentado sustancialmente los requisitos exigidos para acceder al derecho; y, (iii) si han disminuido o desviado sensiblemente los recursos públicos destinados a la satisfacción del mismo. Tercero, en caso de que esto suceda, se debe comprobar si se reúnen ciertas condiciones de razonabilidad que justifiquen la medida, lo cual se hace mediante test de progresividad y no regresión"*⁴⁵.

En esos términos, al entender que la prohibición de gravamen en comento no se encuentra vigente, la Interpretación Demandada comporta una medida *regresiva* frente al tenor literal de la norma demandada, que contempla una desgravación de carácter general y abstracto para todos los actores del Sistema de Salud, sin distinción alguna, y sin importar la fuente de los recursos con los cuales se pagan los servicios (recursos del SGSSS o recursos de PVS o de otra fuente).

Como consecuencia de la supuesta pérdida de vigencia de esta desgravación general, la Interpretación Demandada determina que los servicios de salud sólo estarán excluidos del ICA cuando sean prestados con cargo a recursos públicos del SGSSS, en virtud del artículo 111 de la Ley 788 de 2002. De manera que los servicios de salud financiados con otras fuentes como PVS (medicina prepagada, planes comentarios, etc.) *siempre* están gravados con ese tributo, con lo cual se afecta directamente su accesibilidad y asequibilidad, según se expuso anteriormente.

Todo ello genera un resultado abiertamente regresivo de cara a la protección del derecho a la salud, en contravía de los mandatos constitucionales. Veamos las razones:

a) La Corte Constitucional ha dicho que el legislador (y no un intérprete) es el único autorizado para tomar excepcionalmente medidas que puedan afectar el derecho a la salud, para lo cual debe desarrollar un amplio debate parlamentario en el que se demuestre: *"(1) que la medida busca satisfacer una finalidad constitucional imperativa; (2) que, luego de una evaluación juiciosa, resulta demostrado que la medida es efectivamente conducente para lograr la finalidad perseguida; (3) que luego de un análisis de las distintas alternativas, la medida parece necesaria para alcanzar el fin propuesto; (4) que no afectan el contenido mínimo no disponible del derecho social comprometido; y (5) que el beneficio que alcanza es claramente superior al costo que aparece"*⁴⁶.

Sin embargo, en este caso, el legislador no ha tomado la decisión de desmontar la prohibición de gravamen en cuestión, y por sustracción de materia, tampoco se ha dado un debate parlamentario exigido para estos casos.

Lo que realmente ha ocurrido es que el Consejo de Estado, por la vía de interpretación, entiende que la prohibición de gravamen en comento no se encuentra vigente. Con todo, esta corporación ignora que, si ello hubiera sido así, el legislador debió haber dado un amplio

⁴⁴ Corte Constitucional. Sentencia T-775 de 2015.

⁴⁵ Corte Constitucional, Sentencia C-277 de 2021, MP Gloria Stella Ortiz

⁴⁶ Ibidem

debate parlamentario para tomar esta decisión, pues ello implicaba afectar el acceso y goce al derecho fundamental a la salud. Ello no ha ocurrido según se expuso.

El Consejo de Estado tampoco puede partir de una derogatoria tácita de la prohibición de gravamen, pues ello es contrario al mandato de deliberación exigido para medidas regresivas en materia de salud. Esos mandatos determinan que, si el legislador quiere desmontar una política pública en materia de salud (como la estudiada), debe manifestarlo **expresamente** y debe llevarse a cabo una amplia deliberación parlamentaria, cumpliendo los requisitos exigidos por la Corte. Ello excluye que las políticas públicas en materia de salud sean desmontadas por la vía de derogatorias "tácitas".

La posición del Consejo de Estado es gravísima, pues da pie a que, por vía de interpretación, se termine asumiendo la derogatoria "tácita" de normas dirigidas a proteger y garantizar el derecho a la salud, en contravía de las exigencias de deliberación establecidas por la Constitución y la jurisprudencia constitucional.

b) Por otra parte, la Interpretación Demandada genera un arbitraje natural entre los servicios prestados con cargo al SGSSS y a los PVS genera un arbitraje natural, que termina afectando la prestación de los servicios de salud y la garantía de este derecho fundamental. Los prestadores de servicios de salud buscarán optimizar su carga impositiva, optando por prestar aquellos servicios que estén libres de gravamen, valga decir, aquellos que estén financiados por recursos del SGSSS.

Estudios recientes advierten que los PVS generan ahorros importantes para el SGSSS, los cuales se pueden perder en la medida en que la legislación tributaria, por la vía de la Interpretación Demandada, cree un incentivo perverso para que las IPS utilicen los recursos del SGSSS para evitar el pago del ICA. De acuerdo con la Federación de Aseguradores Colombianos (FASECOLDA) y la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), en el año 2021 *"Los planes voluntarios de salud le generan ahorros al sistema obligatorio equivalente a un 32.6% de la prima que el Estado reconoce a las EPS. En el agregado ahorran \$462 mil millones de pesos al año al sistema de salud"*⁴⁷

Lo anterior resulta especialmente relevante en este caso, en la medida en que los PVS ofrecen prestaciones concurrentes y complementarias en materia de salud. Esto se traduce en que un mismo servicio puede estar cubierto por los PVS y por el SGSSS bajo el denominado Plan de Beneficios en Salud- PBS, lo cual se puede corroborar con (i) las condiciones generales de algunos PVS así como (ii) la lista de beneficios otorgados por el PBS (aportados con la demanda). Con ello, es claro que, si un servicio de salud es financiado con los PVS, automáticamente se genera un ahorro para el SGSSS, pues no tendrá que financiarlo, de lo cual da cuenta el estudio de Fasecolda y Acemi.

A partir de la estrecha relación que existe entre los PBS y los PVS -predicable incluso a nivel financiero como lo demuestran ACEMI y FASECOLDA-, es natural que una carga adicional en la estructura impositiva de los PVS genera un incentivo perverso para que las IPS prefieran utilizar los recursos del SGSSS, para así evitar el pago del ICA.

En esos términos, la afectación en los PBS genera efectos regresivos en los principios de universalidad y eficiencia del sistema, pues, como lo ha dicho la Corte, promueve que se disminuyan o desvíen *"los recursos públicos destinados a la satisfacción del [derecho a la salud]"*⁴⁸

En esta misma línea, la Corte ha precisado que contrario a lo que ocurre en este caso, a la luz de los principios constitucionales, es mandatorio adoptar medidas que promuevan el flujo eficiente de recursos en el SGSSS: *"no sólo es legítimo sino es necesario que se adopten medidas para racionalizar el acceso a los servicios establecidos en los planes obligatorios de salud, (...)"*⁴⁹

⁴⁷ FASECOLDA. (2021, 25 de marzo). Fasecolda y ACEMI presentan estudio sobre los planes voluntarios de salud en Colombia [comunicado de prensa]. [Enlace](#).

⁴⁸ Corte Constitucional, Sentencia C-277 de 2021, MP Gloria Stella Ortiz

⁴⁹ Sentencia T-760 de 2008. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa y C-978 de 2010. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

Sin embargo, la Interpretación Demandada termina desconociendo ese mandato, pues, en vez de racionalizar el uso de los recursos del SGSSS, promueve que estos se sobrecarguen, para que las IPS no tengan que pagar el ICA sobre los servicios de salud que presten.

La Corte Constitucional se refirió al mismo problema, al analizar la constitucionalidad del artículo 4 de la Ley Estatutaria de la Salud al que se ha hecho alusión, en los siguientes términos:

“Para la Corte, en el caso del artículo 4º del proyecto, se impone una lectura en pro de la eficacia del derecho fundamental que la ley regula. Por ende, cuando en el enunciado se manifiesta que el sistema está conformado por un conjunto de factores que el Estado disponga, se entiende que dicha facultad dispositiva encuentra límites no solo en las finalidades de garantizar y realizar efectivamente el derecho, sino en el principio de no regresividad, a partir del cual la prerrogativa y, a su vez, deber de disponer los diversos elementos que conforman el sistema de salud, tiene como punto de partida los hoy existentes para el logro y realización del derecho. Así por ejemplo, en materia de recursos destinados al financiamiento del derecho a la salud, la facultad dispositiva hace relación al incremento de los existentes y no a la reducción de los mismos. Un entendimiento de la definición del sistema en términos de disminución de cualquiera de los factores que lo configuran es inaceptable constitucionalmente. Una medida regresiva en materia del derecho fundamental a la salud, da lugar a su cuestionamiento y revisión exhaustiva en sede constitucional”.

Esta sentencia es muy importante para nuestro debate, porque entre otros aspectos se refiere a la financiación del Sistema de Salud y establece un mandato claro en el sentido de que el Estado está obligado a incrementar los recursos disponibles para la atención en salud, pues ello implica evidentemente la posibilidad de mejorar la cobertura, calidad y universalidad.

Sin embargo, la Interpretación Demandada termina logrando un resultado contrario a este mandato, pues termina incentivando a que se sobrecarguen los recursos del SGSSS, porque así las IPS no estarán sujetas al ICA. Como consecuencia de ello, el Estado tendría que disponer de más recursos públicos para poder atender las necesidades del SGSSS, a pesar de que, en muchos casos, los servicios hubieran podido ser cubiertos con recursos privados de los PVS.

La jurisprudencia constitucional también debe ser entendida dentro del contexto de los artículos 5, 6 y 8 de la Ley Estatutaria de Salud – 1751 de 2015, que forma parte del bloque de constitucionalidad, por regular aspectos asociados al goce efectivo de derechos fundamentales⁵⁰.

En ese sentido, el artículo 8 de la Ley Estatutaria establece que los servicios de salud deben ser suministrados de manera completa, con independencia del sistema de financiación.

En adición, el artículo 5 señala que el Estado debe: (i) *“formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema”,* y (ii) *“Realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el Sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud”.*

⁵⁰ La Corte Constitucional aclaró que las normas estatutarias sirven como parámetro para evaluar la constitucionalidad de las leyes ordinarias: *“Dentro del bloque de constitucionalidad lato sensu se encuentran normas que “tienen rango normativo superior al de las leyes ordinarias”, pero que no tienen rango constitucional. Este es el caso de las leyes orgánicas y algunas **estatutarias que, si bien no tiene el mismo nivel jerárquico de las normas constitucionales, sirven de parámetro para evaluar la constitucionalidad de otras leyes.**”* En: Sentencia C-146 del 20 de mayo de 2021. M.P. Cristina Pardo Schlesinger. En sede de unificación la Corte Constitucional señaló: *“... aquellas que integran el bloque en sentido lato, aunque tienen una jerarquía intermedia entre la Constitución y las leyes ordinarias, prevén disposiciones que regulan la producción normativa de estas últimas y, por lo tanto, **su desconocimiento también genera problemas de validez**”* En: Sentencia SU-146 del 21 de mayo de 2020. M.P. Diana Fajardo Rivera. A la misma conclusión llegó la Sentencia C-327 del 24 de julio de 2019. M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo.

El artículo 6, al regular los elementos y principios del derecho a la salud, establece múltiples obligaciones en cabeza de los miembros del Sistema, y en particular obliga al Estado a propender por la ampliación de los recursos para la atención en salud, rechazando aquellas medidas que pretenden disminuirlos o que comporten una medida regresiva en su prestación⁵¹. Todos estos objetivos están acordes con el contenido de la norma demandada, que tiene por objeto aliviar las cargas de los integrantes del sistema que prestan servicios de salud. Por ello, dar marcha atrás en esa política, sobre todo si la misma proviene de una simple interpretación y no del querer del legislador, merece un juicio severo de constitucionalidad.

En síntesis, el tenor literal de la norma demandada establece un tratamiento igualitario en materia de ICA para los ingresos provenientes de la prestación de servicios de salud de las IPS, sin importar si dichos recursos están a cargo o no de los recursos de la seguridad social. Desbalancear tal ecuación para entender que la referida igualdad se ha roto, como lo hace la Interpretación Demandada, y que, en consecuencia, unos ingresos están gravados y otros no en función de la fuente de financiación, comporta, sin lugar a duda, una medida regresiva que no encuentra una justificación constitucional.

Lo más grave es que esta medida regresiva ni siquiera proviene del legislador (único autorizado por excepción para tomar este tipo de decisiones), sino de un intérprete, que no ha ponderado siquiera las graves consecuencias que tiene su posición de cara a la garantía del derecho a la salud, y a la prohibición de regresividad. Por esas mismas razones, ni siquiera se han cumplido los requisitos de deliberación parlamentaria exigidos por la Corte ni se supera el test de proporcionalidad, según se expone más adelante en el capítulo 7.3.

La Interpretación Demandada, por lo expuesto, viola los artículos 49 de la C.P y 4, 5, 6 y 8 de la Ley Estatutaria de la Salud, al ser una medida regresiva en materia de la protección del derecho fundamental a la salud.

7.2. La Interpretación Demandada viola los principios de legalidad y reserva de ley en materia tributaria (arts. 150-12 y 338 de la C.P.), así como los principios democráticos y de representación previstos en el Preámbulo y los artículos 1, 2 y 3 de la Constitución.

7.2.1. Alcance de los principios de legalidad, reserva de ley y representación popular

De acuerdo con el artículo 150-12 de la Constitución, solo el Congreso tiene la facultad de establecer tributos. El artículo 338 de la Carta, por su parte, establece que en tiempo de paz solo los organismos de representación popular pueden establecer los elementos esenciales de las obligaciones tributarias.

La jurisprudencia constitucional ha señalado que de estas disposiciones se derivan varios principios y garantías concretas⁵²:

⁵¹ Resaltamos aquellas que se refieren específicamente al Sistema de Salud, pero lo cierto es que a lo largo de la Ley existen múltiples obligaciones que deben ser cumplidas por sus agentes para garantizar el derecho fundamental a la salud: (i) "El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles", (ii) "El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano", (iii) "El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades"; (iv) "El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano", (v) "Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud", (vi) "las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas".

⁵² Véanse, entre otras: Sentencia C-987 de 1999 M.P. Alejandro Martínez Caballero; Sentencia C-183 de 2003; Sentencia C-704 de 2010 M.P. María Victoria Calle Correa; Sentencia C-891 de 2012 M.P. José Ignacio Pretelt Chaljub; Sentencia C-272 de 2016 M.P. Luis Ernesto Vargas Silva; Sentencia C-130 de 2018 M.P. José Fernando Reyes Cuartas; y Sentencia C-550 de 2019. M.P. Diana Fajardo Rivera.

(i) El principio de representación popular, que en palabras de la Corte *"determina que no es posible establecer un impuesto sin la representación de los afectados en los órganos que los imponen"*⁵³.

(ii) En línea con el principio de representación popular, el principio de reserva de Ley impone que *"sólo la ley puede imponer gravámenes, limitaciones o restricciones a las personas."*⁵⁴

(iii) El principio de la *"predeterminación de los tributos"*, como expresión del principio de legalidad, *"que se relaciona con la necesidad de fijar los elementos mínimos del acto jurídico que impone la contribución"*⁵⁵, y que exige *"una lex previa y certa"* que señale *"los elementos esenciales de la obligación fiscal, es decir, el sujeto activo, el sujeto pasivo, el hecho generador, la base gravable y la tarifa"*⁵⁶.

(iv) El principio de autonomía de los territorios, que reconoce *"la existencia de competencias concurrentes del legislador y de las entidades territoriales, [pues] la función legislativa del Congreso se complementa con las funciones normativas de las asambleas departamentales y de los concejos municipales"*. Pero siempre bajo el entendido que, tanto las Asambleas como los Concejos, deben respetar los límites trazados por el legislador, de acuerdo con los artículos 287, 300 y 313 de la C.P.⁵⁷

Todos estos principios, a su vez, son una manifestación del carácter democrático de nuestro sistema constitucional y de los principios de soberanía popular y de representación popular, contenidos en el preámbulo y los artículos 1, 2 y 3 de la Constitución⁵⁸. La Constitución es enfática en el sentido de que, en nuestro sistema, el Congreso es el encargado de establecer y regular los elementos esenciales de los tributos, como representante del pueblo (en quien reside la soberanía), con la salvedad de que los territorios también tienen competencias para regular ciertos aspectos de sus tributos, pero en el marco de los límites trazados por el legislador.

Por esa razón, de acuerdo con la Constitución y la jurisprudencia constitucional, el ejecutivo, las demás autoridades y los operadores jurídicos tienen prohibido desconocer los límites precisos en los que el legislador ha establecido los elementos esenciales del tributo creado⁵⁹.

Lo expuesto tiene un efecto directo en la regulación de las exclusiones y prohibiciones de gravar, como sería aquella que se adoptó en la disposición demandada⁶⁰⁻⁶¹. Si bien la Constitución no asigna expresamente al legislador nacional la facultad de crear prohibiciones de gravar o exclusiones, el legislador tiene esta competencia, de acuerdo con los artículos 150 y 338 de la Constitución, pues este tipo de medidas son propias de la regulación de los elementos esenciales del tributo, y con ello, se enmarcan en la cláusula general de competencia del legislador.

⁵³ Sentencia C-891 de 2012 M.P. Jose Ignacio Pretelt Chaljub

⁵⁴ Corte Constitucional. Sentencia C-594 de 2010 M.P. Luis Ernesto Vargas Silva

⁵⁵ Sentencia C-891 de 2012 M.P. Jose Ignacio Pretelt Chaljub

⁵⁶ Corte Constitucional. Sentencia C-594 de 2010 M.P. Luis Ernesto Vargas Silva

⁵⁷ Véase Corte Constitucional, Sentencia C-132 de 2020 "La ley debe contener los límites dentro de los cuales la ordenanza o el acuerdo fijen los contenidos concretos a que se refiere el artículo 338 de la Constitución y, por ello es conforme con la Constitución que las asambleas y los concejos fijen, dentro de los marcos establecidos por la ley, los elementos constitutivos del tributo". Ver también las Sentencias C-004 de 1993 M.P. Ciro Angarita Barón; C-084 de 1995 M.P. Alejandro Martínez Caballero; C-533 de 2005 M.P. Álvaro Tafur Galvis; C-035 de 2009 M.P. Marco Gerardo Monroy.

⁵⁸ Véase la Sentencia C-891 de 2012, M.P. Jorge Ignacio Pretelt. Allí se indicó: "El principio de legalidad en materia tributaria se encuentra consagrado en el numeral 12 del artículo 150 y en el artículo 338 de la Constitución Política: el primero consagra una reserva en el Congreso para "establecer contribuciones fiscales y, excepcionalmente, contribuciones parafiscales en los casos y bajo las condiciones que establezca la ley", mientras que el segundo exige a la Ley, en algunos casos en concurrencia con las ordenanzas y los acuerdos, la determinación de los elementos de los tributos. Este principio se funda en el aforismo "nullum tributum sine lege" que exige un acto del legislador para la creación de gravámenes, el cual se deriva a su vez de la máxima según la cual no hay tributo sin representación, en virtud del carácter democrático del sistema constitucional colombiano e implica que solo los organismos de representación popular podrán imponer tributos".

⁵⁹ Sentencia C-1043 de 2003, M.P. Jaime Córdoba Triviño.

⁶⁰ En este sentido, como se puede evidenciar en el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, con esta norma, el legislador prohibió a los Municipios gravar con el ICA *"los establecimientos educativos públicos, las entidades de beneficencia, las culturales y deportivas, los sindicatos, las asociaciones de profesionales y gremiales sin ánimo de lucro, los partidos políticos y los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud"*.

⁶¹ Sentencia C-393 de 1996 M.P. Carlos Gaviria Díaz

Aclaremos que, si bien el artículo 294 de la Constitución establece que la Ley no puede establecer *exenciones* ni *tratamientos preferenciales* en relación con tributos de las entidades territoriales, tal prohibición no se ha considerado aplicable a las exclusiones, a los tratamientos diferenciales (no preferenciales), ni a las prohibiciones de gravar, como la que establece el numeral segundo literal d del artículo 39 de la Ley 14 de 1983. En palabras de la Corte:

"Es el legislador el encargado de contemplar las reglas básicas a las que están sujetas las asambleas departamentales y sometidos los concejos distritales y municipales cuando establecen tributos, lo cual significa que, al amparo de la Constitución, le corresponde indicar las actividades y materias que pueden ser gravadas y las directrices sobre los gravámenes de los cuales son susceptibles, sin que resulte constitucional afirmar que cuando así obra, excluyendo por ejemplo del ámbito imponible ciertas áreas, con base en políticas generales de beneficio colectivo (como el estímulo a la salud o a la educación), invada o cercene la autonomía de las entidades territoriales, que, se repite, no son soberanas al respecto.

El concepto de exención, como el de tratamiento preferencial, prohibidos al Congreso por el artículo 294 de la Carta, implican el reconocimiento de que ya existen unos gravámenes de propiedad de las entidades territoriales, respecto de los cuales, mediante tales modalidades -y eso es lo proscrito por la Constitución-, se pretende excluir a instituciones o personas, con menoscabo de los patrimonios de aquéllas, tal como lo destacó la transcrita jurisprudencia de esta Corte. Pero dichos conceptos no son aplicables cuando de lo que se trata es de fijar, de manera general y abstracta, los linderos de la actividad impositiva a nivel territorial, como corresponde a la ley, según la Constitución⁶².

Incluso, la Corte ha ido más allá para sostener que: *"es claro que quien tiene la capacidad constitucional para crear tributos, también tiene la de modificarlos, aumentarlos, disminuirlos, suprimirlos, y señalar los casos en que por razones de política fiscal algunos sujetos o bienes quedan eximidos de su pago y la proporción de la exención"*⁶³.

De ese modo, constitucionalmente el legislador es el único que tiene competencia para establecer el aspecto positivo del gravamen, como lo son los hechos sobre los cuales recae el tributo; así como el aspecto puramente negativo, que se concreta en las exclusiones y prohibiciones de gravar. El poder de gravar, en definitiva, lleva consigo el poder de prohibir que una determinada persona o actividad resulte gravada, que fue precisamente lo que hizo el legislador mediante la disposición aquí demandada.

7.2.2. La Interpretación Demanda usurpa las competencias del legislador, al pretender derogar una ley tributaria, acudiendo al supuesto poder de un intérprete. Con ello se desconocen los principios de legalidad y reserva de ley previstos en los artículos 150-12 y 338 de la C.P

Como se ha explicado, en nuestro sistema constitucional el legislador tiene la competencia para regular los elementos esenciales de los tributos, como sería, en este caso, la prohibición de gravar determinadas actividades. Por esta razón, ninguna autoridad u operador jurídico puede desconocer la regulación que sentó el legislador, pues ello implicaría invadir sus competencias.

Eso es precisamente lo que hace la Interpretación Demandada, pues, como veremos en esta sección, con ella se termina derogando *de facto* la prohibición de gravamen establecida por el legislador, a pesar de que, como veremos, existe un mandato legislativo contundente, que ha permanecido inalterado por más de 40 años, en el sentido de que los servicios de salud no pueden ser gravados con el ICA, con independencia de su fuente de pago, por tratarse de un sector de altísima relevancia social dedicado a la atención de un derecho fundamental.

Por esa razón, desde este momento anticipamos que la Interpretación Demandada desconoce los principios de legalidad y reserva de Ley previstos en los artículos 150-12 y

⁶² Sentencia C-521 de 1997 M.P. José Gregorio Hernández

⁶³ Véase Sentencia C-393 de 1996 M.P. Carlos Gaviria Díaz

338 de la C.P, pues usurpa la competencia que tiene el legislador para regular los elementos esenciales del ICA y, en este caso, establecer una prohibición de gravamen.

A la fecha, el legislador no ha derogado la disposición demandada, expresa o tácitamente y tampoco desarrollado instituciones que vacíen su contenido, ni menos aún ha manifestado su intención de que la misma no resulte aplicable. Por ello, la prohibición de gravamen en comento debe seguir siendo aplicable.

Además, los conceptos y expresiones contenidos en el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 son perfectamente interpretables y aplicables en la actualidad, pues siguen siendo reconocidas en nuestra legislación, aunque bajo otro nombre. Un cambio en la denominación de una institución no puede servir de base para desmotar una política pública establecida por el legislador para promover el acceso efectivo a los servicios de salud y proteger este derecho fundamental, pues ello implica desconocer las competencias exclusivas del legislador en materia tributaria. Pero, sobre todo, porque estos conceptos pueden interpretarse válidamente bajo el contexto normativo actual:

a) En primer lugar, la norma establece que no se puede gravar con el ICA a los "hospitales". Por hospitales, fácil es entender que son todas las instituciones a través de las cuales se prestan servicios de salud. Es decir, lo que hoy se conoce como IPS, en los términos del literal i) del artículo 156 y el artículo 185 de la Ley 100 de 1993⁶⁴.

De este modo, cuando la norma acusada prohíbe gravar con ICA los ingresos recibidos por los "hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud", en últimas prohíbe gravar los servicios de salud, que en la actualidad son prestados por las IPS.

Sobre esta base, es claro que el concepto de "hospitales" debe ser asimilado al de IPS, pues estas son las entidades que prestan servicios de salud⁶⁵. De hecho, con la Ley 100 los hospitales se convirtieron en IPS; por lo cual ambos conceptos deben ser asimilados. Así, el artículo 174 señala que el Estado debía apoyar *"la transformación, de acuerdo con lo dispuesto en esta Ley, de los hospitales en instituciones prestadoras de servicios con capacidad de ofrecer servicios a las diferentes entidades promotoras de salud"*.

En esta misma línea, la asimilación entre "hospitales" e IPS se sustenta en varias normas que utilizan estos conceptos como sinónimos, incluso de la Ley 100⁶⁶⁻⁶⁷. Esta concepción coincide perfectamente con la definición consagrada en el diccionario de la Real Academia Española, de acuerdo con la cual un hospital es un *"establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos"*.

b) Por otro lado, la norma establece que no se puede gravar con el ICA a los *hospitales* que se encuentren *"adscritos o vinculados"* al *"Sistema Nacional de Salud"*.

⁶⁴ De acuerdo con el artículo 185 de la Ley 100 "Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley."

⁶⁵ En los términos del literal i) del artículo 156 y el artículo 185 de la Ley 100 de 1993

⁶⁶ El parágrafo 1 del artículo 162 de la Ley 100 señala que "En el período de transición, la población del régimen subsidiado obtendrá los servicios hospitalarios de mayor complejidad en los hospitales públicos del subsector oficial de salud y en los de los hospitales privados con los cuales el estado tenga contrato de prestación de servicios.". El artículo 172, en su versión original, establece un Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que tenía dentro de sus funciones "Recomendar el régimen y los criterios que debe adoptar el Gobierno Nacional para establecer las tarifas de los servicios prestados por las entidades hospitalarias en los casos de riesgos catastróficos, accidentes de tránsito y atención inicial de urgencias."

1.1.1.2.⁶⁷ El artículo 100 de Ley 1438, por ejemplo, al definir los *hospitales* universitarios, establece que los mismos son "Instituciones Prestadoras de Salud", es decir, IPS, lo cual sería la forma más acertada de actualizar el término "hospitales" empleado en la norma demandada. Por otra parte, la propia Ley 1751, por ejemplo, en su artículo 24 se refiere a la red "hospitalaria" y la Ley 1438 de 2011, en sus artículos 40, 67, 68, 69, 72, 78, 83 y 100 se refiere, de muchas maneras, a los servicios "hospitalarios", y a los "hospitales". El artículo 2.5.3.8.1.9. del Decreto 780 de 2016 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud, por su parte, se refiere a los hospitales públicos y privados. Del mismo modo, a lo largo del decreto se reiteran los vocablos hospitales, red hospitalaria, infraestructura hospitalaria, etc.

1.1.1.3. Los artículos 13 y 21 de la Ley 616 de 2013, por medio de la cual se regula la salud mental, también se refiere a que las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) mental deben incluir servicios de "hospital de día para adultos", "hospital de día para niños y adolescentes" y a la "consulta hospitalaria". Lo anterior sin contar con que el Congreso ha expedido varias leyes de estampillas "pro-hospitales", tales como las previstas en las leyes 1697 de 2013, 645 de 2001, 634 de 2000, entre otras.

Como se explicará en el capítulo 7.2.1.1 (en el que presentamos la evolución del Sistema de Salud y del SGSSS en Colombia), el Sistema de Salud al que se refiere la Ley 14 de 1983 no fue derogado por la Constitución de 1991, por la Ley 10 de 1990 ni por la Ley 100 de 1993. Por el contrario, este Sistema se desarrolló y fortaleció con el propósito de garantizar el derecho a la salud, que a la fecha tiene categoría de derecho fundamental autónomo.

Si bien es claro que el Sistema Nacional de Salud al que se refiere la disposición acusada fue objeto de diferentes ajustes y reformas, éste aún sigue existiendo (aunque sin el adjetivo “Nacional”), con lo cual se confirma la vigencia plena de la norma acusada.

Todo ello fue confirmado por la Ley Estatutaria de Salud - 1751 de 2015, pues, en su artículo 4, esta concibe el Sistema de Salud (que no es otro que el que había sido regulado en los Decretos 56 y 356, reorganizado por la Ley 10), como un conjunto organizado de instituciones, procedimientos, directrices, etc., destinadas a garantizar el derecho fundamental a la salud, con independencia del origen de los recursos utilizados (cotizaciones del SGSSS o recursos privados).

Lo expuesto puede confirmarse al analizar la evolución legislativa, pero sobre todo constitucional, del Sistema de Salud y del SGSSS en Colombia. Esta evolución confirma que los conceptos y expresiones contenidos en la disposición acusada siguen teniendo reconocimiento normativo, y, de hecho, reconocimiento constitucional, en cuanto se enmarcan en una política pública para garantizar el acceso a los servicios de salud que constituyen un derecho fundamental. Este punto lo desarrollaremos en detalle a continuación:

7.2.2.1. Al analizar la evolución legal y constitucional del Sistema de Salud y de los “Hospitales adscritos o vinculados”, queda claro que la Interpretación Demandada no sólo es incorrecta, sino que también es abiertamente inconstitucional.

(i) En primer lugar, para entender el contexto de la Ley 14 es necesario remontarnos a la Ley 90 de 1946, que estableció el Seguro Social Obligatorio con un alcance limitado, pues el artículo 1 señalaba que éste cubría a los trabajadores privados contra riesgos por enfermedad no laboral, invalidez y vejez, accidentes de trabajo y enfermedades laborales y muerte.

Teniendo en cuenta las limitaciones del Seguro Social, el Gobierno Nacional organizó un Sistema de Salud, para asegurar la prestación del servicio de salud a toda la población. Desde su concepción, el Sistema de Salud ha trascendido a la Seguridad Social, pues ha buscado articular a todas las entidades de este sector, con el propósito de procurar la atención efectiva en salud para toda la población.

(ii) Con esta finalidad, el Decreto 2470 de 1968 reguló por primera vez el Sistema de Salud, bajo la denominación “Sistema Nacional de Salud”, el cual fue entendido como “el conjunto de organismos que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad” (artículo 1°).

En ese momento, el Sistema Nacional de Salud se dividió en tres niveles (nacional, seccional y local); y su propósito fundamental fue suministrar la atención en salud a la población.

Desde ese momento, el Gobierno Nacional se esforzó por integrar a todos los prestadores de servicios de salud bajo un solo sistema (el Sistema de Salud), con independencia de que fueran públicos o privados, de que formaran parte de la seguridad social vigente en esa época, o de que recibieran aportes estatales o se financiaran con recursos netamente privados. A su vez, todos estos actores se encontraban sujetos a la dirección y control del Ministerio de Salud, como ente rector del sistema.

(iii) Posteriormente, La Ley 9 de 1973 autorizó al Gobierno Nacional para reorganizar el Sistema Nacional de Salud y el Ministerio de Salud Pública. Esta Ley fue desarrollada por dos decretos:

-El Decreto 56 de 1975, que señalaba que el Sistema Nacional de Salud estaba conformado por los organismos, instituciones y entidades que procuraran la salud de la comunidad, en

los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación⁶⁸. Asimismo, el Decreto clasificaba las entidades que formaban parte del sistema en: (i) "vinculadas", que eran entidades de naturaleza privada, y (ii) "adscritas", que eran entidades de naturaleza pública. Al margen de su naturaleza, las entidades vinculadas y las adscritas se encontraban bajo la dirección del Ministerio de Salud Pública y sometidas a sus directrices⁶⁹.

-El Decreto 356 de 1975 aclaró que las entidades que prestaran servicios de salud pertenecían al Sistema Nacional de Salud, por el solo hecho de prestar este tipo de servicios. En efecto, señaló que: "*Las entidades de derecho privado que presten servicios de salud a la comunidad, por el solo hecho de prestar estos servicios, se entienden vinculados al sistema nacional de salud*"⁷⁰. Asimismo, este Decreto ratificó que las entidades vinculadas y adscritas debían cumplir las directrices, lineamientos y procedimientos impartidos por el Ministerio de Salud Pública⁷¹.

Así, desde sus inicios, el Sistema Nacional de Salud agrupaba a todas las entidades que prestaran servicios de salud, con independencia de su naturaleza (pública o privada), o el origen de sus recursos (públicos o privados).

El propósito fundamental del Sistema Nacional de Salud era garantizar la correcta, oportuna y adecuada prestación del servicio de salud, por la vía del cumplimiento de las directrices, lineamientos, pautas y procedimientos impartidos por las entidades competentes para tal efecto (entre ellas, Ministerio de Salud Pública y Servicios Seccionales de Salud).

(iii) En ese contexto, en 1983, se expidió el literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, que prohíbe a los municipios gravar con el impuesto de industria y comercio los ingresos obtenidos por los hospitales *adscritos* o *vinculados* al *Sistema Nacional de Salud*. Es decir, la prohibición cobijó a los ingresos recibidos por las instituciones públicas o privadas que prestaran servicios de salud, dado que estas entidades se incorporaban al Sistema Nacional de Salud por el solo hecho de prestar este tipo de servicios, según se indicó anteriormente.

A partir de esta norma, el legislador pretendía proteger los recursos que recibieran las entidades que prestaran servicios de salud en el país de la imposición del ICA, y garantizar de dicha forma el acceso a los mismos. El legislador sustentó su decisión en la necesidad de fomentar una actividad relevante para el país, que tenía el efecto de elevar el nivel de vida de la población. Al respecto, pueden consultarse las alusiones hechas en la exposición de motivos a lo que en el proyecto de ley era el literal e) del ordinal 2.º del artículo 39, que tras la ponencia para primer debate pasaría a ser el literal d) del ordinal 2.º del artículo 39.

En esa medida, desde sus inicios, la prohibición de gravamen en comento fue establecida como una política pública, para garantizar el derecho a la salud (que hoy tiene rango de derecho fundamental), a través de facilitar el acceso a los servicios de salud.

(iv) La Ley 50 de 1984 complementó la prohibición dispuesta en la Ley 14 de 1983. El artículo 11 de esta norma señaló que "*Cuando las entidades a que se refiere el artículo 39, numeral 2º, literal d) de la Ley 14 de 1983 realicen actividades industriales o comerciales serán sujetos del impuesto de industria y comercio en lo relativo a tales actividades*". De tal manera que los hospitales solo debían tributar sobre los ingresos derivados de actividades distintas a la prestación de servicios de salud, como podrían ser arrendamientos de inmuebles, servicio de restaurante para visitantes, entre otros.

(v) En el año 1990, se expidió la Ley 10 con el propósito de reorganizar el Sistema Nacional de Salud, que pasó a llamarse "Sistema de Salud". Desde su filosofía, esta Ley no pretendía eliminar el Sistema Nacional de Salud, sino reorganizar su estructura. Esto se puede evidenciar en su mismo título: "*Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones*", pero también en el contenido y finalidad de sus diferentes artículos. En línea con ello, desde la misma exposición de motivos se puede evidenciar que el Congreso no buscaba eliminar el Sistema Nacional de Salud, sino reorganizarlo bajo el nombre "Sistema de Salud". Si bien se dejó de usar la palabra "Nacional", esto tiene que

⁶⁸ Artículo 1

⁶⁹ Artículo 6.

⁷⁰ Artículo 9.

⁷¹ Artículo 6

ver con el hecho de que el legislador quería afianzar la descentralización en la prestación de servicios de salud⁷².

De esta forma, al igual que sucedía bajo los Decretos 56 y 356 de 1975, continuarían formando parte del Sistema de Salud todas las entidades que prestaran servicios de salud, por este hecho, con independencia de si recibían recursos públicos o se financiaban con recursos netamente privados⁷³. En consecuencia, si bien la Ley 10 abandonó los términos de "vinculación/adscrición" del Decreto 356 de 1975, es claro que mantuvo la esencia de la regulación anterior, pues todas las entidades públicas y privadas que prestaran servicios de salud aún formarían parte del Sistema de Salud, con independencia del origen de sus recursos (públicos o privados).

Las entidades "*adscritas*", ahora estarían incluidas en el subsector oficial; y las entidades "*vinculadas*", estarían incluidas en el subsector privado⁷⁴.

De acuerdo con lo anterior, desde este momento advertimos que, cuando en esta demanda mencionemos el "Sistema de Salud", esta referencia debe entenderse hecha al "Sistema Nacional de Salud", al que se refieren los Decretos 56 y 356 de 1975 y la Ley 14, y que fue posteriormente reorganizado por la Ley 10 de 1990.

Acudimos al concepto de "Sistema de Salud", porque fue la denominación que adoptó el legislador a partir de la Ley 10 para referirse al sistema que ya existía desde los Decretos 56 y 356 de 1975. Pero esto en momento alguno significa que el Sistema de Salud y el Sistema Nacional de Salud sean distintos, como se verá a lo largo de esta demanda.

(vi) En 1991, fue expedida la Constitución, que impuso nuevos mandatos en materia de salud y trazó el camino para la regulación de dos sistemas que, aunque interactúan entre sí y son complementarios, tienen características y regulaciones propias:

- El *Sistema de Seguridad Social en Salud*, el cual (i) se desprende de los mandatos del artículo 48 de la Constitución, y (ii) está llamado a ofrecer un piso mínimo de protección a los habitantes del país.

- El *Sistema de Salud*, que, como veremos, se desprende de los mandatos del artículo 49 de la Constitución, y que agrupa a todas las entidades (públicas y privadas) que prestan servicios de salud, con independencia de la fuente de sus recursos y al margen de si reciben recursos del Sistema de Seguridad Social o no. Como veremos en esta demanda, el artículo 49 termina por elevar a rango constitucional el Sistema de Salud que venía desde el Decreto 56 de 1975, reorganizado por la Ley 10, pues obliga al Estado a organizar, dirigir y

⁷² En concreto, en la exposición de motivos de la Ley 10 se indicó: "El proyecto igualmente nace de la necesidad **de ajustar institucionalmente la estructura y funcionamiento** del Sistema Nacional de Salud a los retos del proceso de descentralización, en la perspectiva de garantizar en materia de salud de manera franca y decidida la apertura democrática y generación de espacios de participación a las comunidades, así como para reordenar, institucionalmente, la prestación de servicios, permitiendo que las entidades territoriales jueguen el papel que les corresponde". En otros apartes se indica "'Transcurridos casi quince años de la adopción del regimen orgánico del Sistema Nacional de Salud, en 1975, la experiencia acumulada, el diagnóstico efectuado, la **necesidad de adecuar el sector a las reformas y orientaciones, en materia de descentralización administrativa, han impuesto al Ministerio de Salud la inaplazable obligación de llevar a consideración del honorable Congreso de la República, el presente proyecto de ley, cuyo objeto es reordenar de manera integral el Sistema Nacional de Salud.**"

Se quiere, ahora, que el Congreso de la República **trace las grandes orientaciones de funcionamiento del mismo**, tanto en el orden de los principios, como en el de la organización administrativa, propiamente dicha, para que ellas sean rectoras de la acción que debe desarrollarse por la administración, en todos los niveles". (...) "De lo anteriormente analizado y explicado, queremos derivar una conclusión: El proyecto que presentamos a consideración. del honorable Congreso de la República; **representa, solamente, el soporte institucional y normativo del Sistema Nacional de Salud**, pero sin él, no será posible en el inmediato futuro responder adecuada

· Y oportunamente a las imperativas y angustiosas exigencias de prevención y atención de la salud en nuestra sociedad." (...) "Complementariamente. con la **transformación del marco institucional del Sistema Nacional de Salud**, el proyecto apunta. en materia de las finanzas del sector salud, a tres propósitos centrales: fortalecer las fuentes de financiación, reordenarlas, en función de la integración del Sistema de Salud, a partir de los niveles nacional. seccional y local, y racionalizar la gestión de los recursos asignados." (...)"

⁷³ Artículo 4

⁷⁴ Artículos 5 y 52 de la ley.

reglamentar la prestación de servicios de salud, a través de la regulación, vigilancia y control del Sistema de Salud.

Esto ratifica que, desde la misma Constitución, el SGSSS no estaba llamado a reemplazar o sustituir el Sistema de Salud, sino que se trata de dos sistemas distintos que interactúan. Ello puede evidenciarse en el siguiente gráfico:



Igualmente, en lo relevante para esta demanda, debemos advertir que los artículos 49, 336⁷⁵ y 356⁷⁶ de la Carta Política terminaron elevando a rango constitucional, o calcando (si se quiere), los principios rectores de la Ley 10 para la organización y prestación del servicio de salud, y particularmente, la concepción del Sistema de Salud como un sistema que va más allá del SGSSS y que agrupa a todas las entidades que prestan servicios de salud, con independencia de que se financien con recursos públicos o privados. Veamos:

- De acuerdo con los artículos 49, 336 y 356 de la Carta Política: (i) el servicio de salud es un servicio público a cargo del Estado, que debe organizarse de forma descentralizada, (ii) los servicios de salud pueden ser prestados por particulares, pero bajo la vigilancia y coordinación del Estado, y (iii) el Estado debe contribuir a la financiación de los servicios de salud, a través de monopolios rentísticos y del Sistema General de Participaciones (antes situado fiscal).

Esos mismos principios rectores ya habían sido reconocidos por la Ley 10. Esta Ley estableció por primera vez que la salud es un servicio público⁷⁷, y estableció la extensión, límites y condiciones de la capacidad interventora del Estado en su prestación⁷⁸. Del mismo modo, estableció los parámetros dentro de los cuales el servicio público de salud debe ser prestado por los particulares, a quienes considera parte del Sistema de Salud⁷⁹.

La importancia capital que tiene la Ley 10 también se advierte en la regulación sobre el manejo de los recursos que conforman el situado fiscal (hoy Sistema General de Participaciones)⁸⁰, pues esta ley dispuso de los impuestos cedidos por la Nación que tienen destinación específica a la salud; y fue ella, antes que lo hiciera la Constitución de 1991, la que erigió en arbitrio rentístico de la Nación la explotación monopólica de los juegos de suerte y azar, para destinar la totalidad de los recursos provenientes de la actividad a la prestación del servicio público de salud.

⁷⁵ Por la cual se erige en regla constitucional la instaurada por la ley 10 de 1990, en el sentido de que los recursos del monopolio de los juegos de suerte y azar tienen como destino la salud.

⁷⁶ Que reguló el antiguo Situado Fiscal ahora cobijado por las disposiciones que regulan el Sistema Nacional de Participaciones.

⁷⁷ Artículo 1°. *Por su parte, en la exposición de motivos presentada por el ejecutivo se dice: "En esa dirección, el Gobierno Nacional solicita al Honorable Congreso, definir, por primera vez, la salud como un servicio público, a cargo tanto del Estado como de los particulares, en los términos que defina y precise la ley, no como una simple declaración más carente de contenido real, sino con consecuencias concretas, a la luz de los principios de la Carta.*

⁷⁸ Anales del Congreso, exposición de motivos de la que se convirtió en ley 10 de 1990. Viernes 3 de noviembre de 1989.

⁷⁹ El artículo 4° de la ley 10 de 1990 preceptúa que del Sistema Nacional de Salud hacen parte, "tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, como, también en lo pertinente, las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud." Y el artículo 5°, enumera las entidades integrantes del sector salud, dentro de las cuales están las entidades privadas que prestan servicios de salud

⁸⁰ Elevado a rango constitucional con la reforma constitucional de 1968, y desarrollado más ampliamente por la Carta de 1991.

- Por otra parte, las obligaciones que tiene el Estado en virtud del artículo 49 de la Constitución sólo pueden ser cabalmente cumplidas en el contexto de un verdadero Sistema de Salud, que va más allá del SGSSS y que integraba a todos los prestadores de servicios de salud, con independencia de la fuente de su financiación. Ese Sistema de Salud es precisamente el que fue establecido por el Decreto 356 de 1975 y que fue posteriormente reorganizado por la Ley 10, que terminó sirviendo de pilar para la redacción de nuestra Constitución.

En este sentido, el artículo 49 de la Constitución obliga al Estado a:

- Garantizar “el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”.
- “Organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad”.
- “Establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control”.
- “Establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.
- Organizar “Los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad”

Para cumplir estas obligaciones, el Estado Colombiano debe articular bajo un mismo “sistema”, a todos los actores que participan de la prestación del servicio público de salud, las instituciones que vigilan y controlan la prestación de este servicio esencial y los usuarios que se benefician.

Esta articulación de principios, funciones e instituciones se realiza a través del Sistema de Salud, pues allí se reúnen los actores e instituciones involucradas en la prestación del servicio público de salud, y que, por tanto, están llamadas a garantizar este derecho fundamental. Esto, a su vez, ha sido aceptado por la Corte Constitucional en su jurisprudencia⁸¹.

(vi) En desarrollo del artículo 48 de la Carta, se promulgó la Ley 100 de 1993, que tiene como propósito establecer la dirección, coordinación y control del Sistema de Seguridad Social Integral⁸². En ese contexto, la Ley 100 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (“SGSSS”), con el propósito de establecer niveles mínimos de protección en salud para la población⁸³. Estos niveles mínimos se concretan en el régimen de beneficios en salud, al cual tienen acceso los afiliados al SGSSS y que se financia, entre otras fuentes, con las cotizaciones obligatorias que realizan los empleados y los trabajadores. En la versión original de la Ley 100, el régimen de beneficios se denominó “Plan Obligatorio de Salud”, POS⁸⁴. Posteriormente, en el año 2011 fue expedida la Ley 1438, que se concibió como una respuesta legislativa a la necesidad de actualizar y ajustar el Plan Obligatorio de Salud- POS, conforme a las exigencia de la Corte Constitucional. En esa medida, a partir de la Ley 1438, el régimen de beneficios en salud pasó a denominarse Plan de Beneficios en Salud (“PBS”), el cual, por mandato del legislador, debe actualizarse integralmente una vez cada 2 años *“atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios”* (artículo 25). Igualmente, con esta Ley se ordenó unificar el plan de beneficios para el régimen contributivo y el régimen subsidiado.

⁸¹ Con fundamento en el artículo 49 de la Constitución, la Corte Constitucional ha señalado que *“es obligación del Estado establecer el Sistema [de salud]; definir qué entidades y personas lo pueden integrar, y qué labores puede desempeñar cada uno; cómo pueden los particulares participar en la prestación de los servicios y en qué términos; así como también, establecer quiénes aportan al Sistema y en qué cantidades, esto es, definir el flujo de recursos del Sistema. La legislación y la jurisprudencia constitucional han precisado, dentro de sus respectivos ámbitos de competencia, las obligaciones estatales derivadas del derecho a la salud, para garantizar la existencia de un sistema de salud que preste efectivamente, en condiciones de universalidad, eficiencia y solidaridad, los servicios de salud que requieran las personas para alcanzar el nivel más alto de salud posible dadas las condiciones y capacidades existentes”* Sentencia T-760 de 2008. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

⁸² El artículo 5 de la misma ley preceptúa que *“En desarrollo del artículo 48o. de la Constitución Política, organizase el Sistema de Seguridad Social Integral cuya dirección, coordinación y control estará a cargo del Estado, en los términos de la presente ley”*.

⁸³ Artículo 152

⁸⁴ Artículos 162 y ss.

En todo caso, la Ley 100 no derogó, eliminó, ni desmontó el Sistema de Salud al que hacía referencia el Decreto 56 de 1975, posteriormente reorganizado por la Ley 10 de 1990. De hecho, la Ley 10 de 1990, con toda su regulación del Sistema de Salud (que se repite, es el mismo Sistema Nacional de Salud del Decreto 356, aunque reorganizado), se mantuvo vigente después de la Ley 100⁸⁵.

Igualmente, la Ley 10 de 1990 es el marco normativo de referencia que debe utilizarse para integrar cualquier vacío normativo que se advierta en la Ley 100 de 1993⁸⁶. Además, al revisar diferentes disposiciones de la Ley 100, queda claro que este instrumento pretendía conservar el Sistema de Salud, como un sistema que trascendía el SGSSS, pues integraba a todos los actores involucrados en la prestación de los servicios de salud, con independencia de si financiaban sus servicios con recursos del SGSSS o no⁸⁷.

(vii) En esta misma línea, con la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se regula el derecho a la salud como un derecho fundamental y se da cumplimiento a las exigencias establecidas en el artículo 49 de la Constitución Política en torno a la regulación y organización del Sistema de Salud.

De este modo, el artículo 4 de dicha Ley definió de manera amplia el Sistema de Salud, en los mismos términos que ya habían sido definidos en el Decreto 56 de 1975 y en la Ley 10: *"ARTÍCULO 4o. DEFINICIÓN DE SISTEMA DE SALUD. Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud."*

Esta definición está en línea con la Ley 10 de 1990 y el Decreto 56 de 1975, en el sentido de que el Sistema de Salud está integrado por todas las entidades e instituciones destinadas a garantizar la correcta, oportuna y adecuada prestación del servicio de salud y, sobre todo, el derecho fundamental a la salud.

(vii) La Corte Constitucional también ha señalado que, en Colombia, existe un Sistema de Salud que va más allá del SGSSS, en cuanto agrupa a todos los actores que prestan servicios de salud incluso con recursos privados. Ese sistema no es otro que el que había sido reconocido por el Decreto 56 y que posteriormente fue reorganizado por la Ley 10.

En este sentido, al analizar la constitucionalidad de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en la Sentencia C-313-14, la Corte indicó que, para garantizar el derecho fundamental a la salud, es esencial asumir una concepción amplia del Sistema de Salud (como un sistema que es distinto y va más allá del SGSSS): *"el concepto de sistema consagrado en el precepto, corresponde a un todo que supera en mucho lo que en el antes transcrito artículo 155 de la Ley 100 de 1993, se definiera como sistema de seguridad social en salud. Pertinente es en este punto recordar la intervención del Ministerio de Salud y Protección social en defensa del articulado del proyecto, cuando precisa que en este contenido la noción de sistema no alude a componentes aislados. Esta percepción se compagina con una apreciación amplia de la disposición y que, en el sentir de la Corte, debe encaminarse a realizar el goce efectivo del derecho"*.

⁸⁵ La Ley 10 de 1990 es el marco normativo de referencia que debe utilizarse, para integrar cualquier vacío normativo que se advierta en la Ley 100 de 1993. Además, al revisar diferentes disposiciones de la Ley 100, queda claro que este instrumento pretendía conservar el Sistema de Salud, como un sistema que trascendía el SGSSS, pues integraba a todos los actores involucrados en la prestación de los servicios de salud, con independencia de si financiaban sus servicios con recursos del SGSSS o no.

⁸⁶ Artículo 152 de la Ley 100 de 1993.

⁸⁷ La prueba de que las normas anteriores a la Ley 100 de 1993 aún son aplicables, la encontramos en las siguientes normas, que expresamente remiten a la regulación dispuesta en la ley 10 de 1990:

- La distribución de competencias para la prestación pública de los servicios de salud y la organización de la atención en salud (Art. 152 de la Ley 100);
- Las funciones del Ministerio de Salud frente al Sistema (artículo 173 de la Ley 100);
- La distribución de competencias frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud a nivel territorial (artículo 174 de la Ley 100);
- Las normas relativas a la dirección de los hospitales públicos (artículo 192 de la Ley 100);
- El régimen laboral de las personas vinculadas a las empresas sociales del Estado (artículo 195 de la Ley 100)
- El artículo 212 de la Ley 100 reconoció expresamente el Régimen Subsidiado de Salud como complementario del Sistema de Salud definido por la Ley 10 de 1990.

En esta misma línea se encuentra la Sentencia T-760 de 2008. En este pronunciamiento, la Corte define que el sistema de salud cobija a todas las instituciones y personas que prestan el servicio de salud, y que se someten a la regulación que expida el Estado en desarrollo del artículo 49 de la Constitución. Esto incluye a las IPS, con independencia de que presten los servicios de salud con cargo al PBS o a los PVS.

En palabras de la Corte: *"La primera condición para poder garantizar el derecho de toda persona al acceso a los servicios de salud en los términos constitucionales (art. 49, CP) es, precisamente, que existan un conjunto de personas e instituciones que presten tales servicios. Este Sistema puede ser del tipo que democráticamente decida el legislador, siempre y cuando tenga como prioridad, garantizar en condiciones de universalidad el goce efectivo del derecho a la salud dentro de los parámetros constitucionales. De este modo, "La legislación y la jurisprudencia constitucional han precisado, dentro de sus respectivos ámbitos de competencia, las obligaciones estatales derivadas del derecho a la salud, para garantizar la existencia de un sistema de salud que preste efectivamente, en condiciones de universalidad, eficiencia y solidaridad, los servicios de salud que requieran las personas para alcanzar el nivel más alto de salud posible dadas las condiciones y capacidades existentes."*⁸⁸

Además de ello, con anterioridad a este pronunciamiento, la Corte ya había señalado que los PVS formaban parte del Sistema de Salud, aunque no se financiaran con las cotizaciones obligatorias del SGSSS. En el caso de la medicina prepagada, la Corte indicó: *"A juicio de la Corte, las entidades que ofrecen planes de medicina prepagada como instituciones que integran el Sistema de Salud, también deben adecuarse a las disposiciones que regulan la prestación del servicio público, proteger derechos fundamentales, y abstenerse de violar la libertad contractual". No puede olvidarse que la salud es un derecho fundamental, sea en virtud de un contrato de medicina prepagada o de un plan de salud obligatorio, y tratándose de su protección efectiva, y de consolidar las líneas jurisprudenciales que han desarrollado su contenido y sus facetas, la acción de tutela es el mecanismo judicial idóneo"*⁸⁹.

A manera de conclusión, podemos afirmar que:

a) El Sistema de Salud al que se refiere el Decreto 356 de 1975 sigue existiendo en la actualidad, aunque ha sufrido diferentes reformas y ajustes. Se trata de un Sistema que fue concebido inicialmente por el legislador con el propósito de integrar y coordinar a todas las entidades que prestaran servicios de salud, con independencia de si recibían recursos del SGSSS o no. Dicho Sistema, además, fue reconocido posteriormente, con rango constitucional y estatutario, como una herramienta para garantizar el acceso a los servicios de salud y proteger este derecho fundamental.

Es claro que, en la actualidad, la palabra "Nacional" ha dejado de ser utilizada para referirse al Sistema de Salud. Lo mismo ha ocurrido con las palabras "adscritos o vinculados". Sin embargo, ello no significa que la prohibición de gravamen no pueda ser aplicada, pues puede ser interpretada fácilmente en el sentido de que no están sujetos al ICA las entidades que formen parte del Sistema de Salud por la prestación de servicios de salud. Esa siempre fue y sigue siendo la voluntad del legislador, la cual se ha mantenido inalterada por más de 40 años.

b) El Sistema de Salud es diferente al SGSSS y no fue sustituido por este último. Si bien ambos sistemas tienen por propósito garantizar el derecho a la salud, también es claro que el Sistema de Salud tiene un alcance distinto, en cuanto cobija a todas las entidades prestadoras de servicios de salud, con independencia de si reciben recursos públicos del SGSSS o recursos privados.

Al respecto, aclaramos que, tal como se evidencia en el diagrama que inicia este capítulo, existen vasos comunicantes entre el SGSSS y el Sistema de Salud, lo cual queda en evidencia cuando se reconoce que los afiliados al SGSSS pueden acceder a planes voluntarios o complementarios, con el propósito de obtener coberturas adicionales o incluso concurrentes para la protección en salud⁹⁰. Estas coberturas se conocen actualmente como planes

⁸⁸ Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

⁸⁹ Sentencia T-775 de 2015. M.P. María Victoria Calle Correa.

⁹⁰ Artículo 40 de la Ley 14 de 2011.

voluntarios de salud (aquí denominados "PVS"), y fueron reguladas incluso desde la propia expedición Ley 100, en su artículo 169⁹¹, posteriormente modificado con la Ley 1438 de 2011.

Es claro que los PVS no forman parte del SGSSS, en cuanto no se financian con recursos de este sistema (sino con recursos privados). Sin embargo, estos planes sí forman parte del Sistema de Salud, pues éste agrupa a todos los servicios de salud, con independencia de que sean prestados con recursos privados o cargo a los recursos públicos del SGSSS. En ese sentido, tanto los servicios de Salud financiados con recursos del SGSSS como los servicios de salud financiados con recursos de los PVS forman parte del Sistema de Salud.

c) Por todo lo expuesto, la Interpretación Demandada es incorrecta, pues parte de premisas equivocadas, porque (i) desconoce que los conceptos incluidos en la prohibición de gravamen en comento siguen teniendo reconocimiento legal, y sobre todo constitucional, aunque bajo otra denominación y (ii) señala incorrectamente que el Sistema de Salud fue reemplazado por el SGSSS; aunque es claro que ambos sistemas coexisten y son independientes.

De acuerdo con lo anterior, el artículo 39 de la ley 14 de 1983 sigue vigente. Esta interpretación se justifica, no solo en el hecho de que el legislador no ha dispuesto expresa o tácitamente su derogatoria, sino además, en que la jurisprudencia contenciosa⁹² avaló tal interpretación hasta el año 2019. Al respecto, esta corporación indicó: *"... el Sistema de Seguridad Social en Salud que desarrolló la Ley 100 de 1993 en nada afecta la no sujeción subjetiva del artículo 39 numeral 2º literal d) de la Ley 14 de 1983, si se tiene en cuenta el criterio teleológico de la norma."* *"... Por ello, no es posible considerar que, en virtud de la expedición de la citada Ley 100, se haya presentado una derogatoria tácita del artículo 5 de la Ley 10 de 1990, que haría inaplicable la no sujeción al gravamen que consagra el numeral 2 literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, para "los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud"*⁹³.

Dicha posición del Consejo de Estado fue enfática en señalar que la finalidad de esta prohibición era evitar que se gravaran los servicios de salud: *"carece de fundamento aplicar la no sujeción dependiendo de los recursos con los que se pagan los servicios de salud o de si están o no incluidos en el POS. En efecto, el beneficio que prevé el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 abarca de manera general la actividad de servicios de salud que prestan las entidades, cualquiera sea su naturaleza, puesto que, se insiste, la finalidad de la norma fue la de no someter a estas instituciones a obligaciones formales ni sustanciales en materia de ICA, respecto de las actividades de servicios de salud que presten"*⁹⁴.

⁹¹Artículo 169: *"Planes Complementarios. Las entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer planes complementarios al Plan de Salud Obligatorio de Salud, que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la presente Ley o el subsidio a la cotización.*

La adquisición y permanencia de un Plan Voluntario de Salud implica la afiliación previa y la continuidad mediante el pago de la cotización al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud"

⁹²Pueden consultarse las siguientes Sentencias de la Sección Cuarta del Consejo de Estado: Sentencia 10888 del 2 de marzo de 2001. C.P. Juan Ángel Palacio Hincapié; Sentencia 13299 del 10 de junio de 2004 C.P. Elizabeth Whittingham; Sentencia 15060 del 6 de octubre de 2005 C.P. Ligia López; Sentencia 16755 del 25 de marzo de 2010 C.P. Hugo Fernando Bastidas; Sentencia 16934 del 29 de enero de 2009 C.P. Ligia López.; Sentencia 17459 del 3 de marzo de 2011 C.P. Hugo Fernando Bastidas; Sentencia 17914 del 24 de mayo de 2012. C.P. Martha Teresa Briceño; Sentencia 18502 del 12 de julio de 2012 C.P. Martha Teresa Briceño; sentencia 18114 del 16 de agosto de 2012, C.P. Marta Teresa Briceño; Sentencia 19550 del 6 de diciembre de 2012 C.P. Martha Teresa Briceño; Sentencia 20117 del 11 de junio de 2014. C.P. Martha Teresa Briceño; Sentencia 18029 del 19 de julio de 2012. C.P. William Giraldo; Sentencia 18656 del 30 de agosto de 2012. C.P. William Giraldo; Sentencia 18092 del 1 de noviembre de 2012 C.P. Hugo Fernando Bastidas; Sentencia 17763 del 6 de diciembre de 2012 C.P. William Giraldo; Sentencia 18467 del 24 de enero de 2013. C.P. William Giraldo; Sentencia 18736 del 28 de febrero de 2013 C.P. Martha Teresa Briceño; Sentencia 17973 del 13 de junio de 2013. C.P. Hugo Fernando Bastidas; Sentencia 19125 del 12 de agosto de 2014. C.P. Hugo Fernando Bastidas; Sentencia 18946 del 4 de septiembre de 2014. C.P. Hugo Fernando Bastidas; Sentencia 19039 del 4 de septiembre de 2014. C.P. Carmen Teresa Ortiz de Rodríguez; Sentencia 19357 del 14 de mayo de 2015. C.P. Hugo Fernando Bastidas; Sentencia 18667 del 14 de mayo de 2015 C.P. Carmen Teresa Ortiz; Sentencia 19904 del 23 de julio de 2015. C.P. Hugo Fernando Bastidas; Sentencia 20717 del 20 de agosto de 2015 C.P. Martha Teresa Briceño; Sentencia 20933 del 11 de marzo de 2016. C.P. Martha Teresa Briceño; Sentencia 20116 del 15 de junio de 2016. C.P. Hugo Fernando Bastidas; Sentencia 20865 del 3 de agosto de 2016. C.P. Martha Teresa Briceño; Sentencia 21031 del 30 de agosto de 2016 C.P. Martha Teresa Briceño; Sentencia 20753 del 4 de mayo de 2017 C.P. Stella Jeannette Carvajal.

⁹³Véase Sentencia 17914 del 24 de mayo de 2012. C.P. Martha Teresa Briceño.

⁹⁴Véase Sentencia 20717 del 20 de agosto de 2015 C.P. Martha Teresa Briceño.

Estas consideraciones fueron compartidas por el Ministerio de Salud en Concepto 859421 del 8 de julio de 2019, en donde concluyó: "*De acuerdo con lo expuesto, particularmente con los artículos 39, numeral 2, literal d) de la Ley 14 de 1983, el artículo 11 de la Ley 50 de 1984 y el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 y la jurisprudencia anotada, se es objeto de la exoneración del pago de Impuesto de Industria y Comercio-ICA cuando se demuestre que los ingresos del prestador de la atención en salud provienen de la prestación de servicios del plan de beneficios, planes complementarios o adicionales en salud.*"

d) Pero además de incorrecta, la Interpretación Demandada resulta inconstitucional, y particularmente a los principios de legalidad y reserva de ley en materia tributaria (artículos 150 y 338 de la C.P.), en la medida en que, en la práctica, termina derogando un beneficio establecido por el legislador, a pesar de que éste es el único que tiene competencia para hacerlo; y no ha manifestado la más mínima intención de querer hacerlo.

Esto también implica un desconocimiento de los pilares básicos del Estado Social de Derecho, pues la Interpretación Demandada da paso a que, por la vía de interpretaciones, y sin mediar la representación popular y la deliberación pública exigida constitucionalmente, se terminen derogando o modificando los elementos esenciales de los tributos. Nuestra Constitución es muy clara en el sentido de que cualquier decisión en materia de creación o eliminación de tributos, debe ser tomada por el legislador, de manera que las autoridades administrativas, el Consejo de Estado o cualquier operador jurídico, tienen prohibido inmiscuirse en este tipo de determinaciones.

Finalmente, la Interpretación Demandada es abiertamente irrazonable y desconoce las facultades interpretativas del juez ordinario, pues va en contravía del propósito que el legislador se trazó con esta norma. En la exposición de motivos de la Ley 14 de 1983, se encuentra de manera clara, que estas prohibiciones buscan proteger las actividades que tienen un impacto directo en el nivel de vida de las personas, como es el caso del servicio de salud: "*este capítulo... precisa qué actividades no pueden gravarse con el impuesto de industria y comercio, conservando las prohibiciones que corresponden actividades que afecten directamente el nivel de vida del pueblo colombiano o que el Estado tiene interés de desarrollar.*" (se subraya).

Al desconocer la finalidad que se trazó el legislador al redactar la norma, se configura una causal autónoma de inexecuibilidad. De acuerdo con la Corte Constitucional: "*... el control de constitucionalidad [es] una vía expedita para reivindicar el verdadero alcance de la ley y de su validez frente a la Carta, particularmente, cuando a la luz del derecho viviente ésta entra en contradicción con el texto Superior*"⁹⁵ Por lo tanto, la interpretación genera dos consecuencias contrarias a la Carta: (i) por una parte, redefine el alcance del hecho generador del impuesto de industria y comercio; y (ii) por otra parte, desconoce abiertamente el fin constitucional que se trazó el legislador con esta norma, y grava los ingresos de una actividad de especial protección constitucional como lo son los servicios de salud.

7.2.2.2. La Corte Constitucional ya precisó que el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, se encuentra vigente. La jurisprudencia de esta corporación ratifica que la Interpretación Demandada es inconstitucional, en cuenta termina derogando de facto una norma tributaria, con el pretexto de interpretarla.

En la Sentencia C- 245 de 2002 la Corte analizó el artículo 93 de la Ley 633 de 2000, en el cual el legislador había pretendido interpretar con "autoridad" la norma demandada. En esa oportunidad, la Corte Constitucional declaró la inexecuibilidad de esta norma demandada. Cuando se revisan las razones y el contexto de esa decisión, queda claro que la disposición acusada se encuentra vigente, al tiempo que la Corte sentó las bases para entender que la Interpretación Demandada es inconstitucional. Veamos:

a) La Corte empezó por señalar que el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 debía armonizarse "a las nuevas realidades normativas existentes a partir de la

⁹⁵ Corte Constitucional. Sentencia C-426 de 2002. M.P. Rodrigo Escobar Gil.

expedición de la Constitución de 1991"; para lo cual el artículo 93 de la Ley 633 de 2000 pretendió lograr esa necesaria armonización⁹⁶.

A pesar de que la Corte era consciente de que existían nuevas realidades normativas, esta corporación entendió que el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 se encontraba vigente. Así lo señaló expresamente, al indicar que el artículo 93 de la Ley 633 "se encarga de armonizar el contenido de una prohibición tributaria ya existente que impedía el cobro del impuesto de industria y comercio respecto de las actividades desarrolladas por "los establecimientos educativos públicos" y "los hospitales adscritos y vinculados al sistema nacional de salud"".

b) Sin embargo, la Corte encontró que el artículo 93 de la Ley 633 de 2000 realmente no estaba interpretando la norma, sino que la estaba modificando, en cuanto introdujo un contenido completamente distinto al que se derivaba de ella. Por esa razón, la Corte decidió declarar la inconstitucionalidad de la norma que en ese momento fue demandada.

Para estos efectos, la Corte determinó que el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 regula recursos y servicios que van más allá y trascienden el SGSSS. Tan es así que la Corte determinó que el artículo 93 de la Ley 633 de 2000 era inconstitucional, basada en que esta norma (i) restringió el alcance de la exclusión regulada en la Ley 14 de 1983 a los recursos del SGSSS, y particularmente, a la Unidad de Pago por Capitación-UPC, y (ii) como consecuencia de ello, adicionó nuevos sujetos gravados, que serían aquellas entidades que no recibieran pagos por concepto de la UPC.

En aquella oportunidad, se mencionó que "los recursos de las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social, en el porcentaje de la Unidad de Pago Por Capitación -UPC- destinado obligatoriamente a la prestación de los servicios de salud, los ingresos provenientes de las cotizaciones y los ingresos destinados al pago de las prestaciones económicas, conforme a lo previsto en el artículo 48 de la Constitución Política" (...) no se agotan en las labores que cumplen los (...) hospitales adscritos y vinculados al sistema nacional de salud."

Con base en ello, la Corte indicó que ... el artículo 93 crea una prohibición al cobro del impuesto de industria y comercio que recae sobre actividades diferentes a las contempladas originalmente en la norma que supuestamente se interpreta...incide en recursos a los que no se refería la norma interpretada (como los recursos de las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social, en el porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación -UPC- destinado obligatoriamente a la prestación de los servicios de salud, los ingresos provenientes de las cotizaciones y los ingresos destinados al pago de las prestaciones económicas); y afecta a sujetos diferentes a los que inicialmente cobijaba las prohibiciones del artículo 39, numeral 2, literal d. de la Ley 14 de 1983... En este orden de ideas, hay una diferencia sustancial entre la norma interpretada y la interpretativa, puesto que mientras el eje normativo que identifica a la primera giraba alrededor de la definición de sujetos específicos, el artículo 93 de la Ley 633 de 2000 incluye dentro del campo de cobertura de tal prohibición a actividades y recursos que tampoco serán gravados por dicho concepto y adiciona nuevos sujetos obligados a pagar el gravamen".

De acuerdo con lo anterior, la *ratio decidendi* de la Sentencia (y por lo mismo el precedente aplicable a este caso⁹⁷), está compuesta por dos reglas:

(i) En primer lugar, la Corte ratificó la vigencia plena y aplicabilidad del literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983. Si este artículo hubiera estado derogado como consecuencia de las "nuevas realidades normativas" que la misma Corte advirtió, esta

⁹⁶ En palabras de la Corte "El artículo 93 demandado, como bien lo señalan algunos de los intervinientes, se encarga de armonizar el contenido de una prohibición tributaria ya existente que impedía el cobro del impuesto de industria y comercio respecto de las actividades desarrolladas por "los establecimientos educativos públicos" y "los hospitales adscritos y vinculados al sistema nacional de salud", a las nuevas realidades normativas existentes a partir de la expedición de la Constitución de 1991 y de las leyes y decretos que desarrollan tanto el servicio nacional de educación como el sistema nacional de seguridad social en materia de salud (artículos 48, 49 y 67 C.P.)"

⁹⁷ Corte Constitucional, Sentencia C-621 de 2015 MP. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. Allí se indicó: "la ratio decidendi de las sentencias de la Corte Constitucional, en la medida en que se proyecta más allá del caso concreto, tiene fuerza y valor de precedente para todos los jueces en sus decisiones, por lo que puede ser considerada una fuente de derecho que integra la norma constitucional". Ver también Sentencia C-539 de 2011. M.P Luis Ernesto Vargas Silva.

corporación forzosamente hubiera tenido que inhibirse y/o concluir que el legislador había excedido sus competencias por revivir una norma por la vía de una supuesta interpretación. No podemos olvidar que la Corte no tiene competencia para emitir un pronunciamiento de fondo sobre normas que no producen efectos jurídicos⁹⁸. Por lo tanto, si hubiese evidenciado que la norma acusada interpretaba una norma derogada o que no producía efectos jurídicos, debió declararse inhibida y no emitir un pronunciamiento de fondo.

(ii) En segundo lugar, la Corte determinó que el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 prohíbe gravar recursos y actividades que exceden o van más allá del SGSSS, pues las actividades de los “hospitales” (hoy IPS) no se agotan en la ejecución de los recursos del SGSSS. Por esa razón, cualquier “interpretación” que busque restringir el alcance de la norma demandada a los recursos del SGSSS debe considerarse como una modificación inconstitucional a la prohibición bajo estudio.

En este caso, la Interpretación Demandada genera los mismos efectos que la Corte Constitucional consideró contrarios a la Carta.

Por un lado, al entender que la prohibición de gravar con ICA los servicios de salud no se encuentra vigente, la Interpretación Demandada termina desconociendo la primera regla sentada por la Corte Constitucional como base de su decisión, que reivindica la plena vigencia del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983.

Por otro lado, la Interpretación Demandada termina gravando a los hospitales (hoy IPS) sobre los ingresos que no provienen de los recursos del SGSSS. Esto resulta contrario a la jurisprudencia constitucional, pues esta corporación encontró que el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 prohíbe gravar actividades que van más allá y trascienden los servicios y recursos del SGSSS, y particularmente, como se indicó en la Primera Interpretación, todos los servicios de salud prestados por los hospitales (hoy IPS), con independencia de si son pagados con recursos del SGSSS o de otras fuentes.

Es de resaltar, además, que, en la Sentencia C-245 de 2002, la Corte entendió que la norma *interpretativa* de la Ley 14 que había sido expedida con la Ley 633 de 2000, entre otras, “*adiciona nuevos sujetos obligados a pagar el gravamen*” y, por ello, no se trataba de una interpretación, sino de una nueva regla de derecho que innovaba el ordenamiento jurídico existente.

Esta función de “innovación” del ordenamiento, que no es cosa diferente de *legislar*, es lo que termina haciendo la Interpretación Demandada, porque al entender que la norma demandada no se encuentra vigente, en la práctica lo que hace es entender que se encuentran gravados con el ICA, a pesar de la prohibición legal, los hospitales (hoy IPS) que, perteneciendo al Sistema de Salud, perciben total o parcialmente ingresos provenientes del servicio que no tienen como fuente el SGSSS. La Interpretación Demandada, entonces, introduce una nueva regla de derecho que es sustancialmente distinta y contraria al contenido propio de la norma demandada⁹⁹.

Por estas mismas razones, la Interpretación Demandada desconoce los artículos 338 y 150 de la Constitución, que consagran el principio de legalidad en materia tributaria; pues terminan modificando uno de los elementos esenciales de un tributo, a pesar de que el legislador es quien tiene competencia exclusiva para ello.

En otras palabras, la Interpretación Demandada, en cuanto niega la vigencia del literal d) del numeral 2° del artículo 39 de la ley 14 de 1983, lo que hace es desconocer un mandato claro, expreso y vigente del legislador, además de usurpar sus competencias constitucionales en materia de creación y eliminación de tributos. Tal proceder desconoce los principios de legalidad y reserva de ley en materia tributaria.

⁹⁸ Al respecto basta citar: *Si bien la Corte Constitucional en ejercicio de la función de guardiana de la integridad y supremacía de la Constitución puede emitir pronunciamientos de fondo sobre normas legales vigentes o que están produciendo efectos jurídicos, resulta incompetente para conocer de fondo las demandas de inconstitucionalidad contra disposiciones que han perdido plenamente su vigencia, por sustracción de materia o carencia de objeto*. En: Corte Constitucional. Sentencia C-931 de 2009. M.P. María Victoria Calle.

⁹⁹ Del cual no es posible apartarse pues se trata de una interpretación constitucional de la norma bajo el principio de supremacía constitucional (véase: Sentencia C-054 de 2016 M.P. Luis Ernesto Vargas Silva; y Sentencia C-400 de 2013 M.P. Nilson Pinilla Pinilla).

7.2.3. La Interpretación Demandada desconoce el principio democrático, previsto en el preámbulo y en los artículos 1, 2, 3, 150-12 y 338 de la Constitución.

Si bien la Constitución reconoce al legislador (no al intérprete) la potestad de derogar exoneraciones o exclusiones fiscales, la Corte también ha señalado que esta potestad no es absoluta.

En concreto, esta corporación ha reconocido que, cuando las exoneraciones o exclusiones estén ligadas a la protección, garantía o ejercicio de derechos fundamentales, el Congreso debe cumplir con unas cargas de deliberación, argumentación y razonabilidad, en el marco del principio democrático. En esa medida, en esos casos, el Congreso debe debatir de forma amplia y suficiente las razones por las que se busca derogar la exoneración o exclusión.

El antecedente más importante de esta posición se encuentra en la Sentencia C-776 de 2003, en la que la Corte declaró la inconstitucionalidad del artículo 116 de la Ley 788 de 2002, que gravó con IVA a la tarifa del 2 % ciertos bienes básicos de la canasta familiar. Sin embargo, a juicio de la Corte, esta decisión "no estuvo acompañada de la deliberación pública mínima, mediante la cual se materializa el principio de no tributación sin representación, respecto de las implicaciones de ampliar la base del IVA para la progresividad y equidad del sistema tributario."¹⁰⁰

En el caso concreto, es claro que, contrario a lo señalado por el Consejo de Estado, el legislador no ha derogada expresa o tácitamente la prohibición de gravamen en comentario. Sin embargo, incluso si ello fuera así lo más grave es que esta decisión sería contraria al principio democrático. No existe, en la exposición de motivos de la Ley 10 o de la Ley 100, referencia alguna a la derogatoria de la prohibición de gravamen en comentario o que, de manera general, se busque gravar con ICA los servicios de salud. Por sustracción de materia, tampoco se analizan los efectos que tiene una decisión de este estilo de cara a la garantía del derecho a la salud y el principio de progresividad en materia tributaria y de derechos económicos y sociales.

Esto resulta especialmente relevante en este caso, porque estamos hablando de una medida establecida por el propio legislador con el propósito de garantizar el acceso al servicio de salud, y por lo mismo, incide en la protección de este derecho fundamental, tal como se evidencia en la exposición de motivos.

Si la Corte ha declarado la inexecutable de disposiciones por no cumplir con el 'mínimo de deliberación', todavía más debería ser inconstitucional una decisión **judicial** que imponga cargas tributarias sobre un sector tan importante como el sector salud sin cumplir con el requisito de representación/deliberación/principio democrático

En esa medida, no se cumple con el requisito mínimo de deliberación exigido constitucionalmente, por lo que la Interpretación Demandada encierra una premisa que resulta inconstitucional. No es posible entender que el legislador haya derogado la prohibición de gravamen en comentario, porque ello implicaría un desconocimiento del principio democrático.

7.2.4. La Interpretación Demandada desconoce que el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 debe seguir siendo aplicado a la luz del ordenamiento jurídico vigente, con lo cual vulnera los artículos 1, 2, 3, 150-12 y 338 de la Constitución, al desconocer el principio democrático y de conservación del derecho

¹⁰⁰ Ver también Corte Constitucional, sentencia C- 117 del 14 de noviembre de 2018. M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado; Sentencia C- 102 del 21 de abril de 2021. M.P. José Fernando Reyes Cuartas; Sentencia C- 209 del 27 de abril de 2016. M.P. Jorge Iván Palacio Palacio; Sentencia C- 117 del 14 de noviembre de 2018. M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado. C-117-18; Sentencia C- 102 del 21 de abril de 2021. M.P. José Fernando Reyes Cuartas.

La Corte Constitucional ha reivindicado que, a la hora de interpretar una disposición, los operadores jurídicos deben propender por salvaguardar su vigencia, pues con ello se respeta el principio democrático, pero también los principios de legalidad y representación popular.

En esos términos, la Corte ha señalado que los operadores jurídicos, y particularmente la Corte en el marco del control de constitucionalidad, deben guiarse por el “principio de conservación del derecho”, que exige *“siempre buscar conservar al máximo las disposiciones emanadas del legislador, en virtud del respeto al principio democrático”*¹⁰¹. Sobre esta base, en sus fallos, la Corte siempre ha buscado darles efecto útil a las normas tributarias expedidas por el legislador, incluso en aquellos casos en los que éste no había definido completamente los términos usados en la regulación de los elementos esenciales del tributo.

A modo de ejemplo, la Corte Constitucional en Sentencia C-1153 de 2008 analizó la constitucionalidad del artículo 6 de la Ley 1106 de 2006, que reguló la contribución de obra pública. De acuerdo con esta norma, este tributo gravaba los “contratos de obra pública” suscritos por “entidades de derecho público”, pero el legislador no definió estos conceptos ni tampoco estableció cómo debían interpretarse. Para la Corte esto no fue suficiente para declarar la inconstitucionalidad de la norma, pues los conceptos “contratos de obra pública” y “entidades de derecho público” podían ser precisados a la luz del ordenamiento jurídico vigente, como garantía del principio democrático y el principio de conservación del derecho, y expresión del principio de legalidad en materia tributaria.

En ese contexto, queda claro que la Interpretación Demandada desconoce el principio democrático y el principio de conservación del derecho.

Como vimos, el Consejo de Estado apunta a que la norma acusada no se encuentra vigente, porque supuestamente el concepto de “hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud” no puede ser precisado a la luz del ordenamiento jurídico vigente, teniendo en cuenta que las Leyes 10 de 1990 y 100 de 1993 (i) abandonaron el régimen de adscripción y vinculación establecido en los Decretos 56 y 356 de 1995, y (ii) eliminaron el denominado Sistema Nacional de Salud.

Sin embargo, la Interpretación Demandada ignora que los conceptos incluidos en la Ley 14 de 1983 sí pueden ser interpretados a la luz del ordenamiento jurídico vigente, y de hecho, es un imperativo hacerlo, en virtud del principio democrático, así como de los principios de representación popular y de conservación del derecho.

Como vimos, el concepto de “hospitales” debe ser asimilado al concepto de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que se encuentra definido en el literal i) del artículo 156 y el artículo 185 de la Ley 100 de 1993. Ambos conceptos se refieren a aquellas entidades que se encargan de la prestación de servicios de salud. De hecho, existen varias disposiciones legales que asimilan el concepto de “hospitales” a “IPS”¹⁰², lo cual es consistente con el sentido común y natural de este término¹⁰³.

Por su parte, si bien la Ley 10 de 1990 abandonó los conceptos de “adscripción y vinculación”¹⁰⁴ al Sistema de Salud, esto no significa que la norma acusada haya dejado de

¹⁰¹ Sentencias C-100 de 1996 M.P. Alejandro Martínez Caballero; C-054-16 M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

¹⁰² La propia Ley 1751, por ejemplo, en su artículo 24 se refiere a la red “hospitalaria” y la Ley 1438 de 2011, en sus artículos 40, 67, 68, 69, 72, 78, 83 y 100 se refiere, de muchas maneras, a los servicios “hospitalarios”, y a los “hospitales”. El artículo 2.5.3.8.1.9. del Decreto 780 de 2016 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud, por su parte, se refiere a los hospitales públicos y privados. Del mismo modo, a lo largo del decreto se reiteran los vocablos hospitales, red hospitalaria, infraestructura hospitalaria, etc.

Los artículos 13 y 21 de la Ley 616 de 2013, por medio de la cual se regula la salud mental, también se refiere a que las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) mental deben incluir servicios de “hospital de día para adultos”, “hospital de día para niños y adolescentes” y a la “consulta hospitalaria”. Lo anterior sin contar con que el Congreso ha expedido varias leyes de estampillas “pro-hospitales”, tales como las previstas en las leyes 1697 de 2013, 645 de 2001, 634 de 2000, entre otras.

¹⁰³ La palabra *hospitales*, en la Ley, coincide perfectamente con la definición de “hospital” consagrado en el diccionario de la RAE, de acuerdo con el cual es un *“establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde a menudo se practican la investigación y la docencia”*.

¹⁰⁴ Los términos “adscritos y/o vinculados” provienen del artículo 2 del decreto 56 de 1975, de acuerdo con el cual, las entidades “adscritas” al Sistema Nacional de Salud, eran *“todas las personas jurídicas de derecho público que presten servicios de salud a la comunidad, reciban o no aportes del Estado”*. Por su parte, las entidades “vinculadas”, eran *“todas las personas jurídicas de derecho privado que presten servicios de salud a la*

estar vigente o no pueda ser aplicada. Con esta Ley, los prestadores públicos de servicios de salud (antes *adscritos*) pasaron a conformar el subsector oficial; al tiempo que los prestadores privados de salud (antes *vinculados*) pasaron a conformar el subsector privado¹⁰⁵. Todas estas entidades han sido y siguen siendo las destinatarias de lo previsto en el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983.

Finalmente, como se indicó en el capítulo 7.2.2.1, el Sistema Nacional de Salud al que se refiere la disposición acusada no fue eliminado por la Ley 10 de 1990 ni fue reemplazado por el SGSSS regulado en la Ley 100. La primera de estas normas se limitó a reorganizar la estructura del Sistema Nacional de Salud que pasó a llamarse "Sistema de Salud", sin derugarlo. La Ley 100, por su parte, reguló el SGSSS, que es un sistema distinto e independiente del Sistema de Salud al que se refiere la disposición acusada, que fue reorganizado por la Ley 10 y cuya existencia fue recientemente ratificada por el artículo 4 de la Ley Estatutaria de Salud.

Lo expuesto refuerza que la Interpretación Demandada desconoce los principios de legalidad y reserva de ley en materia tributaria, a que aluden los artículos 150-12 y 338 de la C.P. Ello, por cuanto la Interpretación Demandada pretende dejar sin efectos la prohibición dispuesta en la Ley 17 de 1983, a pesar de que la propia Constitución reconoce la existencia de un derecho autónomo a la atención en salud (Sistema de Salud) -artículo 49 CP-, diferenciable del derecho al acceso a la Seguridad Social -artículo 48 CP-; al igual que la Ley Estatutaria 1751 de 2015 determina que el Sistema de Salud está vigente¹⁰⁶.

Contrario a lo considerado por la Interpretación Demandada, es clara la forma en la que se debe actualizar el contenido de la disposición en cuestión. Esta interpretación usurpa la competencia que tiene el legislador para derogar tributos y exoneraciones y, de contera, desconoce los principios de legalidad y reserva de ley bajo estudio. Pero también desconoce que la disposición acusada debe ser interpretada en un sentido que permita salvaguardar su efecto útil y la voluntad del legislador.

7.3. La Interpretación Demandada viola el derecho a la igualdad (art. 13 de la C.P.), afecta irrazonablemente la libre competencia (arts. 88 y 333) y resulta contraria a los principios de equidad y progresividad (arts. 363 de y 95, num. 9).

La Corte Constitucional ha establecido que, para determinar si existe una violación al derecho a la igualdad, debe adelantarse un test (denominado actualmente "juicio integrado de igualdad") que varía en intensidad dependiendo de la materia sobre la cual verse el cargo de desigualdad¹⁰⁷.

Sobre esta base, en esta demanda, para demostrar la violación al derecho a la igualdad, acudiremos a la metodología del juicio integrado de igualdad que la Corte definió en la Sentencia C-345 de 2019¹⁰⁸, la cual ha venido siendo aplicada desde esa fecha por esta corporación¹⁰⁹. Esta metodología supone agotar dos etapas:

a) Identificar si existe una afectación *prima facie* al principio de igualdad (presupuesto del juicio). Para esto, se requiere "*(i) identificar cuál es el criterio de comparación, 'patrón de igualdad o tertium comparationis'; (ii) determinar si, a la luz de dicho criterio de comparación, los sujetos y situaciones son comparables desde la perspectiva fáctica y jurídica; y (iii) definir si la norma establece un trato diferenciado entre sujetos comparables o un trato paritario entre sujetos disímiles*".

comunidad, reciban o no aportes estatales, aunque no tengan el control o la vigilancia a que se refiere el artículo 120-19 de la Constitución Política".

¹⁰⁵ Artículos 5 y 52 de la ley 10 de 1990.

¹⁰⁶ En su artículo 4, la Ley 1751 de 2015 define expresamente el concepto de Sistema de Salud: "**Artículo 4.** Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud."

¹⁰⁷ Sentencia T-823 de 1999. M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz; Sentencia C-093 de 2001 M.P. Alejandro Martínez Caballero; Sentencia C-673 de 2001 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa; Sentencia C-862 de 2008 M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra; y reiterada entre otras, en la Sentencia C-104 de 2016 M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez; y Sentencia C-035 de 2016, M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.

¹⁰⁸ M.P. Gloria Stella Ortiz

¹⁰⁹ Esta metodología ha sido aplicada en sentencias posteriores, como las Sentencias C-514-19 M.P. Cristina Pardo; C-605-19 M.P. Luis Guillermo Guerrero; C-459-20 M.P. Richard Grisales; C-161-21 M.P. Cristina Pardo; entre otras

b) Determinar si la afectación al derecho a la igualdad se encuentra constitucionalmente justificada. Para esto se debe *“(i) definir la intensidad del juicio a partir de la escala triádica: débil, intermedia o estricta, y (ii) analizar la proporcionalidad de la medida a la luz del juicio de proporcionalidad”*.

Por su parte, aunque la Corte ha señalado que los principios de igualdad y equidad tiene matices propios¹¹⁰, esta corporación también ha aplicado el juicio de igualdad para analizar si las medidas adoptadas por el legislador en materia tributaria desconocen el principio de equidad, pues *“Los principios de igualdad y equidad se encuentran inescindiblemente ligados en materia tributaria”*¹¹¹.

De la misma forma, el juicio integrado de igualdad es una metodología apropiada para determinar si existe una afectación irrazonable e inadmisibles a la libre competencia, a tal punto que, en esos casos, la Corte ha exigido aplicar un test intermedio¹¹².

A continuación, abordaremos cada elemento del juicio integrado de igualdad, para así demostrar que la Interpretación Demandada genera un resultado contrario a los principios de igualdad, equidad, progresividad y libre competencia; con el agravante de que dicha afectación no deriva de la voluntad del legislador sino de una interpretación de la disposición acusada.

En todo caso, aclaramos que, en el capítulo 7.4, se incluye un cargo específico por violación de los principios de equidad, justicia y progresividad, teniendo en cuenta que la Corte ha señalado que estos principios tienen matices propios que los diferencian del derecho a la igualdad.

7.3.1. En este caso, existe una afectación al derecho a la igualdad.

7.3.1.1. Origen de las situaciones objeto de comparación

Destacamos que el juicio integrado de igualdad puede plantearse sobre dos situaciones (o supuestos), sin ligarlo directamente a dos sujetos o grupos de personas. Al respecto, la Corte señaló: *“La igualdad es un concepto de carácter relacional. Esto significa que su aplicación siempre presupone una comparación entre personas, grupos de personas o supuestos, a partir de un determinado criterio de comparación”*¹¹³.

En este caso, el juicio integrado de igualdad se plantea sobre dos supuestos: los servicios de salud prestados con cargo al PBS y los servicios de salud prestados con cargo a los PVS. Aclaramos que, como una misma IPS puede prestar ambos tipos de servicios, para el test de igualdad hacemos énfasis y comparamos las situaciones (servicios de salud prestados con cargo al PBS y los servicios prestados con cargo al PVS) y no en los sujetos.

Desde esta perspectiva, en virtud de la Interpretación Demandada, los servicios de salud del PBS y de los PVS quedan sujetos a un tratamiento distinto: (i) los primeros no están sujetos al ICA, mientras que (ii) los segundos sí lo están.

Esta diferencia surge porque la Interpretación Demandada considera que el literal d) del artículo 39 de la Ley 14, en cuanto exonera de manera general todos los servicios de salud, no se encuentra vigente¹¹⁴. Como consecuencia de ello, y ante la imposibilidad de aplicar

¹¹⁰ Corte Constitucional, Sentencia C-293 de 2020 M.P. Diana Fajardo

¹¹¹ Corte Constitucional, Sentencia C-117 de 2018 M.P. Gloria Stella Ortiz

¹¹² Corte Constitucional, Sentencia C-161 de 2021 M.P. Cristina Pardo

¹¹³ Sentencia C-433 de 2021. M.P. Paola Andrea Meneses Mosquera. Esta idea se encuentra, entre otras sentencias, en: (i) Sentencia C-015 de 2014: *“un criterio de comparación -tertium comparationis-; esto es, un razonamiento acerca de por qué las personas o los supuestos de hecho son susceptibles de compararse y si se confrontan sujetos o situaciones de la misma naturaleza”;* (ii) Sentencia C-057 de 2021: *“La igualdad es un concepto de carácter relacional. Esto significa que su aplicación siempre presupone una comparación entre personas, grupos de personas o supuestos, a partir de un determinado criterio de comparación”;* (iii) la Sentencia C-203 de 2021 utiliza las mismas expresiones descritas en la Sentencia C-057 de 2021; (iv) Sentencia C-161 de 2021: *“se fija el criterio de comparación o tertium comparationes, es decir, se precisa si los supuestos de hecho son susceptibles de compararse y si se confrontan sujetos o situaciones de la misma naturaleza.”*

¹¹⁴ Sentencia 2250 de 2019 C.P. Julio Roberto Piza; Sentencia 20798 del 13 de agosto de 2020 C.P. Julio Roberto Piza; Sentencia 24884 del 25 de marzo de 2021. C.P. Julio Roberto Piza, Sentencia 24252 del 16 de julio de 2020 C.P. Milton Chaves García y Sentencia 21163 del 22 de abril de 2021 C.P. Milton Chaves.

esta norma, los únicos servicios de salud que no están gravados son aquellos que se financien con recursos provenientes del SGSSS, en aplicación del artículo 48 de la C.P., ratificado en materia de ICA por el artículo 111 de la Ley 788 de 2002¹¹⁵.

En esos términos, tal como lo hemos destacado a lo largo de esta demanda, este gravamen surge de la Interpretación Demandada, pues ésta resta eficacia y vigencia a la prohibición de gravamen de la Ley 14 que cubre de manera general a todos los servicios de salud.

Aclaramos que el gravamen sobre los servicios de los PVS, y en general de los que se financien con fuentes distintas al SGSSS, no se deriva del artículo 111 de la Ley 788, pues esta norma no busca gravar los ingresos por prestación de servicios de salud con cargo a los PVS, sino únicamente desarrollar los mandatos del artículo 48 de la Constitución frente a la protección de los recursos del SGSSS. Y particularmente la prohibición de destinar los recursos del SGSSS a fines distintos a la atención de dicho sistema, como podría ser el pago de impuestos. Por esa razón, el artículo 111 de la Ley 788 no está llamado a regular, de manera general, el tratamiento de los servicios de salud; sino únicamente el tratamiento que tienen los recursos del SGSSS, para todas las entidades que participan en el sistema, incluyendo las IPS y las EPS. Se trata de una norma que prácticamente copia, en su esencia, una disposición constitucional y que, por ello, no es objeto de discusión en esta demanda.

En esa medida, en este caso el juicio de igualdad no se plantea sobre dos sujetos, sino sobre dos supuestos: los servicios de salud cubiertos por el PBS frente a los servicios de salud cubiertos por los PVS, aclarando que una misma IPS puede prestar ambos tipos de servicios.

7.3.1.2. Identificación del “patrón de igualdad o tertium comparationis”

De acuerdo con el artículo 40 de la Ley 1438 “*Los Planes Voluntarios de Salud pueden cubrir total o parcialmente una o varias de las prestaciones derivadas de riesgos de salud tales como: servicios de salud, médicos, odontológicos, pre y poshospitalarios, hospitalarios o de transporte, condiciones diferenciales frente a los planes de beneficios y otras coberturas de contenido asistencial o prestacional. Igualmente podrán cubrir copagos y cuotas moderadoras exigibles en otros planes de beneficios*”.

Por su parte, el artículo 162 de la Ley 100 estableció el PBS como un plan de protección para los afiliados al SGSSS para la cobertura de riesgos de salud.

Con base en lo anterior, se puede advertir que, al igual que el PBS, los PVS están llamados a ofrecer servicios de salud a sus afiliados, los cuales son prestados a través de las IPS.

En esa medida, para efectos del juicio integrado de igualdad se establece que el “patrón de igualdad o tertium comparationis” es el hecho de que, tanto los PVS como el PBS, ofrecen servicios de salud a sus afiliados, los cuales son prestados a través de las IPS.

Para tal efecto, es importante tener en cuenta que los PVS y el PBS ofrecen coberturas concurrentes o incluso complementarias:

a) Por un lado, los PVS pueden ofrecer beneficios (servicios de salud) ya cubiertos por el PBS. Para que la Corte pueda comprobar este hecho estamos adjuntando una muestra significativa de las condiciones generales aplicables a los PVS que actualmente se ofrecen en Colombia. Por su parte, también se aporta la Resolución 2292 de 2021, que regula los servicios cubiertos por el PBS para 2022. Con ello, la Corte podrá verificar que muchas de las coberturas previstas en los PVS también son cubiertas por el PBS.

b) Por otro lado, los PVS y el PBS pueden ofrecer coberturas concurrentes. Quienes cuentan con planes PVS y requieren atención de un servicio no cubierto, pero sí cubierto por el PBS,

¹¹⁵ De acuerdo con este artículo, “en su condición de recursos de la seguridad social, no forman parte de la base gravable del impuesto de industria y comercio, los recursos de las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme a su destinación específica, como lo prevé el artículo 48 de la Constitución Política”.

pueden acceder al servicio sin que las EPS puedan negar su cobertura¹¹⁶. Como también puede suceder el escenario en donde la persona tenga el tratamiento cubierto por ambos servicios, por lo que podrá aplicar la cobertura a través del PVS o del PBS que haya contratado.

Sin embargo, de acuerdo con la Interpretación Demandada, cuando los servicios de salud son prestados con cargo al PBS, la IPS no debe pagar ICA; mientras que si los servicios son prestados con cargo a los PVS sí se genera este tributo. Con ello, una misma persona (IPS) terminará gravada o no gravada con el ICA, dependiendo de la procedencia de los recursos con cargo a los cuales se preste el servicio.

7.3.1.3. Las IPS se encuentran en una situación comparable desde el punto de vista fáctico cuando prestan servicios de salud con recursos del SGSSS y cuando prestan servicios con recursos de otras fuentes (como los PVS).

Retomando lo expuesto en el capítulo anterior, los PVS y el PBS están en una situación comparable desde el punto de vista fáctico, pues ambos planes están llamados a cubrir servicios de salud, a través de las IPS.

Esto, a su vez, es consistente con las recomendaciones que han planteado diferentes organismos internacionales en el sentido de que los Sistemas de Salud deben integrar actores y recursos privados para la prestación de servicios de salud (como serían los PVS), debido a las limitaciones que pueden presentarse en el sistema público (que en el caso colombiano sería el SGSSS).

Así, desde 2010, la PAHO viene incentivando la participación del sector privado en la prestación del servicio de salud a través de la introducción de las redes integradas de servicios de salud - RISS¹¹⁷. La anterior propuesta surge debido a que la PAHO considera que en la mayoría de los países de Latinoamérica existe un bajo desempeño de los servicios públicos en salud.

En este mismo sentido, el Banco Mundial y la OMS han recomendado promover la expansión de los planes voluntarios de salud, en cuanto contribuyen a la expansión del sistema universal de salud¹¹⁸ y reducen la carga sobre el sistema de seguro obligatorio¹¹⁹.

De allí que, tanto desde el punto de vista internacional como local, se entiende que las IPS están llamadas a complementar la prestación del servicio de salud independiente de las fuentes de financiación que usen (PVS o PBS), pues así se evita ineficiencias en el sistema y un mejor cubrimiento a la atención en salud.

En línea con lo expuesto, en su jurisprudencia, la Corte ha entendido que, desde el punto de vista fáctico, existe un tratamiento desigual en situaciones comparables cuando un mismo producto o servicio (o productos o servicios similares) tienen un tratamiento tributario distinto.

Así, por ejemplo, en la sentencia C-349 de 1995 la Corte declaró inexecutable una norma que estableció exclusión de IVA sobre los intereses por operaciones de crédito, pero sólo cuando dichas operaciones fueran desarrolladas con entidades vigiladas por la antigua Superintendencia Bancaria. La Corte encontró que existía un tratamiento desigual frente a los intereses recibidos por entidades no vigiladas por la Superintendencia Bancaria, pues

¹¹⁶ Véase Sentencia C 089 de 1998 M.P. Jose Gregorio Hernández Galindo: "*previo examen practicado antes del pacto contractual, de modo que lo no contemplado taxativamente como no cubierto por el Plan, debe ser asumido por el Servicio de Salud sin costo adicional para el usuario, sea afiliado o beneficiario.*" Reiterado en sentencias: Sentencia C 599 de 1998 M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz; Sentencia T 346 de 2014 M.P. Nilson Pinilla Pinilla

¹¹⁷ Véase Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas" 2010 en donde se definieron como "una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve".

¹¹⁸ World Bank. GOING UNIVERSAL How 24 Developing Countries Are Implementing Universal Health Coverage Reforms from the Bottom Up. Daniel Cotlear, Somil Nagpal, Owen Smith, Ajay Tandon, and Rafael Cortez (2015) [LINK](#) (Consultado el 22 de marzo de 2022)

¹¹⁹ WHO. Regulation Private health insurance to Serve the Public Interest Policy Issues for Developing Countries (Neelam Sekhri William Savedoff and Shivani Thiripathi) 2005. [LINK](#)

ellas debían cobrar IVA respecto de esas mismas operaciones. Como consecuencia de ello, se declaró la inexecutable de la norma.

En la Sentencia C-1021 de 2012, la Corte estudió una demanda contra una norma que eximía del Gravamen a los Movimientos Financieros (4*1000) a las sociedades de factoring vigiladas por la Superintendencia de Sociedades, excluyendo las que no estaban vigiladas por esa entidad. Para la Corte, existía un tratamiento desigual en situaciones comparables, pues otras empresas (no vigiladas por la Superintendencia de Sociedades) podían prestar esos mismos servicios de factoring, pero debían soportar el GMF. Con base en ello, la Corte declaró la inexecutable de la norma acusada.

Más recientemente, en la Sentencia C-293 de 2020, la Corte analizó la constitucionalidad de un impuesto que sólo gravaba a los empleados del sector público que devengaran más de \$ 10.000.000, de modo que los trabajadores del sector privado no debían pagar este tributo. Para la Corte, los trabajadores del sector privado y del sector público estaban en una situación comparable, con independencia de que unos recibieran recursos provenientes del Estado y otros no.

7.3.1.4. Una misma IPS se encuentra en una situación comparable desde el punto de vista jurídico cuando prestan servicios de salud con los recursos públicos del SGSSS y cuando prestan esos mismos servicios con recursos de los PVS.

Al menos tres elementos permiten concluir que los servicios de salud de los PVS se encuentran en un plano de igualdad jurídica y material, frente a los servicios de salud del PBS:

a) *Su finalidad*: los recursos del PBS y de los PVS salvaguardan el derecho fundamental a la salud y la protección de los derechos a la vida, integridad personal y dignidad humana de los individuos.

Nótese que con independencia de que los ingresos provengan de recursos del SGSSS, o de un financiamiento privado (por parte de los afiliados a los PVS), estos recursos cumplen el mismo propósito constitucional: prestar servicios de salud.

b) *Están orientados por los mismos principios*: Desde el punto de vista constitucional, como se indicó anteriormente, el artículo 49 de la Constitución obliga al Estado a organizar, dirigir, controlar y garantizar la prestación de servicios de salud, con independencia de que éstos sean financiados con recursos públicos o privados. Del mismo modo, la Ley Estatutaria 1751 establece múltiples obligaciones en cabeza del Estado y de los prestadores de servicios de salud para garantizar la protección de este derecho fundamental, con independencia de que los servicios de salud sean financiados con recursos públicos o privados¹²⁰.

Al respecto, frente a los planes de medicina prepagada, en su condición de PVS, la Corte Constitucional ha señalado que: *“las actuaciones destinadas a garantizar una prestación eficiente del servicio de medicina prepagada deben adecuarse a los parámetros constitucionales que consagran la garantía de la prestación del servicio público de salud y la protección de los derechos a la vida, salud, integridad personal y dignidad humana de los individuos, circunstancia que no desconoce el ejercicio de la libertad contractual”*¹²¹.

c) *Forman parte del sistema de salud y se someten a la regulación de los entes rectores del sistema*: Como se indicó anteriormente, el PBS y los PVS forman parte del Sistema de Salud, en el marco del artículo 49 de la Constitución y el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1751.

En esa medida, los servicios prestados con cargo a esos planes se entienden incorporados al Sistema de Salud y están sujetos a la regulación establecida por los entes rectores del sistema para garantizar este derecho fundamental.

En definitiva, dentro del contexto del Sistema de Salud, son perfectamente comparables los servicios de salud prestados con cargo a recursos del PBS y aquellos que son prestados con cargo a recursos del SGSSS. Por ello, se cumple con el primer requisito para desarrollar el

¹²⁰ Artículos 2, 4, 5, 6, 10, 12, 13 y 15

¹²¹ Sentencia SU- 039 de 1998. M.P. Hernando Herrera Vergara. Posición reiterada en Sentencia T- 507 de 2017 M.P. Iván Humberto Escrucera Mayolo; y Sentencia C-633- de 2011 M.P. Juan Carlos Henao Pérez.

test de igualdad, en cuanto la Interpretación Demandada termina generando un tratamiento desigual entre situaciones iguales (comparables).

7.3.2. La diferencia no está constitucionalmente justificada – aplicación del test de igualdad

Como se explica a continuación, la situación que aquí se analiza podría encuadrar en varias de las causales que ha establecido la Corte para definir el nivel de intensidad del juicio de igualdad. Por esta razón, a continuación, presentaremos este análisis bajo el test estricto e intermedio de igualdad.

7.3.2.1. Aplicación del test estricto de igualdad.

De acuerdo con la Sentencia C-345 de 2019, el test estricto aplicará cuando: (i) la medida encierre una clasificación sospechosa, es decir, cuando se presenta una discriminación basada en el sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, la religión o la opinión política o filosófica; o (ii) cuando se afecte el goce de un derecho fundamental, que sea exigible de forma inmediata en virtud de la Constitución.

Como se demostró anteriormente, al gravar con el ICA los servicios de salud prestados con cargo a los PVS, la Interpretación Demandada constituye una medida regresiva en materia del derecho fundamental a la salud. En efecto:

a) Con esta interpretación, se desincentiva la prestación de servicios de salud con cargo a recursos distintos del SGSSS. Esta situación compromete de manera grave las garantías que se materializan a través del Sistema de Salud (como el derecho a la salud, la dignidad humana, entre otras), en la medida en que el propósito de estos planes es prestar atención en salud concurrente y complementaria a los servicios básicos que garantiza el SGSSS.

b) Sobrecarga los servicios básicos que presta el SGSSS. Esta medida de discriminación en contra de los PVS podría llevar a las IPS a migrar de manera progresiva a la prestación de servicios de salud, financiados a partir de los recursos del SGSSS. Esto advierte una mayor actividad del PBS, que ya no se focalizarán solo en la población que no tenga la capacidad económica para acceder a los PVS, sino que las entidades que prestan PVS migrarán a la oferta básica de servicios, o tratarán de que los mismos sean financiados con cargo al PBS, con el propósito de obtener mejores condiciones financieras.

Tal como se demostró líneas atrás, existen estudios que advierten que los PVS generan ahorros al SGSSS, que podrían verse reducidos por el hecho de que las IPS prefieran prestar servicios con cargo a los recursos del SGSSS, para así evitar el pago del ICA. De acuerdo con la Federación de Aseguradores Colombianos (FASECOLDA) y la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), en el año 2021 *"Los planes voluntarios de salud le generan ahorros al sistema obligatorio equivalente a un 32.6% de la prima que el Estado reconoce a las EPS. En el agregado ahorran \$462 mil millones de pesos al año al sistema de salud"*¹²²

Los PVS brindan una posibilidad real de descargar los servicios de salud prestados con cargo a PBS, tal como lo demuestran las estadísticas transcritas. Sin embargo, en el evento en que alguno de los dos planes cuente con una estructura fiscal ineficiente, esto generará incentivos en los prestadores de servicios de salud para optimizar su carga impositiva, optando por prestar aquellos servicios que estén libres de gravamen, en este caso, aquellos que estén financiados por recursos del SGSSS. De esta forma se concluye que la Interpretación Demandada establece incentivos económicos para cargar el SGSSS¹²³.

c) Se reduce la eficiencia del Sistema de Salud, pues el ICA no grava únicamente las utilidades que perciben las IPS, sino que recae de manera directa sobre los ingresos brutos. Esta medida sobrecarga la estructura de costos de las entidades que forman parte del Sistema de Salud, lo que naturalmente afecta los niveles de cobertura objetiva (cantidad y

¹²² FASECOLDA. (2021, 25 de marzo). Fasecolda y ACEMI presentan estudio sobre los planes voluntarios de salud en Colombia [comunicado de prensa]. [Enlace](#).

¹²³ La sostenibilidad financiera del sistema de seguridad social fue reconocida por la Corte Constitucional como una expresión de los principios de eficiencia y universalidad en la Sentencia SU-074 de 2020.

calidad de los servicios prestados) y subjetiva (número de personas que se benefician del Plan).

Lo más grave es que este tratamiento regresivo en materia de la protección del derecho fundamental a la salud no se deriva directamente de la Ley, sino de una interpretación de la misma. De hecho, como hemos visto, la voluntad del legislador ha sido completamente distinta, pues éste siempre ha velado por excluir del ICA los servicios de salud, con independencia de la fuente con la cual se financian, dada la relevancia constitucional de este sector.

A partir de estos argumentos, particularmente por los derechos fundamentales a la vida y a la salud involucrados, consideramos que es viable aplicar el test estricto de igualdad. Bajo este test, es necesario evidenciar que (i) el fin perseguido por la medida es imperioso, (ii) el medio escogido es adecuado y necesario, y (iii) si la medida es proporcionada en estricto sentido¹²⁴.

a) Al gravar con ICA los servicios financiados con cargo a los PVS, no se cumple una finalidad constitucionalmente imperiosa.

La Corte ha entendido que una finalidad tiene el carácter de “imperiosa” cuando es urgente o inaplazable¹²⁵, lo cual ocurre generalmente cuando la medida busca proteger derechos fundamentales¹²⁶.

Ese es precisamente el propósito que tenía la exclusión prevista en la norma acusada, pues, como se indicó a lo largo de esta demanda, ésta fue diseñada para evitar crear un sobrecosto en la prestación de los servicios de salud, y por esa vía, evitar la afectación de un derecho fundamental.

Esa finalidad, que es constitucionalmente imperiosa, termina siendo desconocida por la Interpretación Demandada, pues busca que estos servicios queden gravados con el ICA; a pesar de que la voluntad del legislador era evitar precisamente ese gravamen.

Eventualmente el Consejo de Estado podría estar buscando fortalecer el fisco de las entidades territoriales, por la vía de generar mayores recaudos.

Sin embargo, no estamos ante una finalidad imperiosa. En efecto, al gravar con ICA los servicios de salud no se busca proteger ningún derecho fundamental de manera directa. De hecho, sucede todo lo contrario, pues, como vimos, se termina generando una situación regresiva en materia de protección del derecho fundamental a la salud.

Esto es suficiente para determinar que, al gravar con ICA los servicios de salud financiados con los PVS, la Interpretación Demandada desconoce el derecho a la igualdad. En todo caso, analizaremos los demás pasos del test estricto para ratificarlo.

b) El medio escogido no es necesario, pues existen otras medidas menos lesivas.

Desde la perspectiva de la idoneidad, podría considerarse que, al gravar con ICA los servicios de salud financiados con los PVS, efectivamente se aseguran mayores ingresos para los fiscos territoriales.

Sin embargo, esta medida no supera el examen bajo el criterio de necesidad, pues existen otras medidas menos lesivas. Por ejemplo, aumentar las tarifas de los tributos existentes, sin tener que afectar los servicios de salud. También podrían crearse nuevos tributos territoriales, aumentar la base de contribuyentes o sujetos pasivos. O, en general, reducirse los gastos.

Todas esas medidas serían menos lesivas de cara a garantizar el derecho fundamental a la salud, por lo cual queda claro que tampoco se supera el criterio de necesidad.

c) La medida tampoco es proporcionada en sentido estricto.

¹²⁴ Corte Constitucional, Sentencia C-220 de 2017 MP. José Antonio Cepeda

¹²⁵ Corte Constitucional, Sentencia C-114-17 M.P. Alejandro Linares.

¹²⁶ Corte Constitucional, Sentencia C-135-21 M.P. Gloria Stella Ortiz

En este caso, las restricciones impuestas a valores y principios constitucionales exceden, por mucho, los posibles beneficios que se derivan de la medida.

El único beneficio que se obtendría con esta medida sería aumentar el recaudo de tributos locales. Sin embargo, esto termina por sacrificar otros principios y valores constitucionales, como se ha expresado a lo largo de esta demanda:

- Se desconoce el principio de legalidad en conexidad con la soberanía popular y el principio democrático, pues la voluntad del legislador siempre ha sido evitar que los servicios de salud estén gravados con el ICA, con independencia de la fuente de los recursos que los financien. De ese modo, por la vía de la interpretación, no puede derogarse una disposición ni desconocerse la voluntad del legislador.

- Se termina generando una medida regresiva en materia de protección del derecho fundamental a la salud, pues los recursos para la atención en salud tendrán que desviarse hacia el pago del ICA, a pesar de que el legislador había determinado lo contrario. También se incentiva a que los actores del SGSSS recarguen los recursos de dicho sistema para así evitar que se cause ICA, así:

- Se desconoce directamente el artículo 49 de la Constitución, que previó el Sistema de Salud, como un sistema distinto e independiente del SGSSS, pero que se encuentra bajo la tutela del Estado para lograr una efectiva protección de este derecho fundamental. La disposición acusada es precisamente una de las medidas tomadas por el Estado para hacer más accesibles los servicios de salud, la cual termina siendo anulada por el Consejo de Estado al asumir la Interpretación Demandada.

- También se desconocen los principios de equidad y progresividad, previstos en los artículos 95-9 y 363 de la C.P. Desde la perspectiva de la equidad horizontal, los servicios prestados con cargo al PBS y a los PVS se encuentran en el mismo plano desde el punto de vista fáctico y jurídico. Es en ese contexto que la disposición acusada buscaba evitar que se cobrara el ICA sobre estos servicios. Y, con ello, claramente se garantizaba el principio de equidad¹²⁷.

Al negar la aplicabilidad de esta norma, la Interpretación Demandada termina por romper la igualdad y el equilibrio queridos por el legislador, pues unos servicios quedarán gravados con el ICA y otros no.

No se evidencian diferencias en la capacidad contributiva en uno y otro caso, que justifiquen la procedencia de la Interpretación Demandada, pues, como se ha indicado, los servicios del PBS y de los PVS se encuentran en un plano de igualdad fáctica y jurídica.

Al no existir diferencias en la capacidad contributiva que justifiquen un trato diferencial, también se termina desconociendo el principio de progresividad.

7.3.2.2. Aplicación del test intermedio de igualdad.

La Corte ha sido reiterativa en cuanto a que este test será aplicado, entre otros supuestos¹²⁸, cuando "existe un indicio de arbitrariedad que se refleja en la afectación grave de la libre competencia".

En este caso, de no ser acogido el test estricto, a lo sumo sería viable la aplicación del test intermedio de igualdad, teniendo en cuenta que la medida de discriminación afecta la libre competencia. Es importante advertir que la libre competencia es un derecho reconocido por los artículos 88 y 333 de la C.P.

La Corte Constitucional ha considerado que existe una violación del derecho a la libre competencia económica cuando quiera que una ley termina por afectar cualquiera de las siguientes tres prerrogativas: "(i) la posibilidad de concurrir al mercado, (ii) la libertad de ofrecer las condiciones y ventajas comerciales que se estimen oportunas, y (iii) la posibilidad

¹²⁷ Al respecto ver: Corte Constitucional, Sentencias C 117 de 2018 M.P. Gloria Stella Ortiz, y C-293 de 2020 M.P. Cristina Pardo

¹²⁸ Ibidem

de contratar con cualquier consumidor o usuario. En este orden de ideas, esta libertad también es una garantía para los consumidores, quienes en virtud de ella pueden contratar con quien ofrezca las mejores condiciones dentro del marco de la ley y se benefician de las ventajas de la pluralidad de oferentes en términos de precio y calidad de los bienes y servicios, entre otros.¹²⁹

Pues como se afirmó en Sentencia C 228 del 2010, *"el núcleo esencial del derecho a la libre competencia económica consiste en la posibilidad de acceso al mercado por parte de los oferentes sin barreras injustificadas."*

Como lo ha señalado la Corte Constitucional, los artículos 48 y 49 consagran abiertamente que, en la atención en salud, resulta fundamental la participación de los privados y el respeto a la libertad de empresa y a la libre competencia¹³⁰:

En el presente caso, al negar la vigencia de la prohibición de gravar consagrada en el literal d) del artículo 39 de La Ley 14 de 1983, la Interpretación Demandada termina por afectar la libre competencia desde dos perspectivas:

a) Desincentiva la adquisición de los PVS, a pesar de que éstos responden a una finalidad constitucionalmente relevante, como lo es garantizar el derecho fundamental a la salud y evitar la saturación del SGSSS.

b) Privilegia el PBS, aunque es claro que los recursos de los PVS responden a la misma finalidad y son complementarios en la medida en que buscan garantizar el derecho fundamental a la salud.

c) Disminuye la oferta de PVS, pues los proveedores de estos servicios verán una desmejora económica debido a la distorsión que genera el ICA sobre sus ingresos al gravar directamente ingresos brutos¹³¹.

Todo lo anterior también afecta a los oferentes (IPS) en el mercado de servicios PVS frente a aquellos que únicamente ofrecen servicios del PBS, pues hace más oneroso para los primeros concurrir al mercado de la prestación de servicios de salud que para los segundos.

De acuerdo con lo anterior, esta situación podría analizarse desde la perspectiva del test intermedio. A partir de la Sentencia C-345 de 2019, esto exige analizar que: (i) la finalidad buscada por la medida sea constitucionalmente importante, (ii) el medio adoptado sea efectivamente conducente, y (iii) la medida sea proporcionada en estricto sentido.

a) Importancia de la medida

¹²⁹ Véase: Sentencia C-815 de 2001 M.P. Rodrigo Escobar Gil; Sentencia C-616 de 2001 M.P. Rodrigo Escobar Gil; Sentencia C-389 de 2002 M.P. Clara Inés Vargas Hernández; Sentencia C-992 de 2006 M.P. Álvaro Tafur Galvis; Sentencia C-909 de 2012 M.P. Nilson Pinilla; Sentencia C-197 de 2012 M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub; Sentencia C-032 de 2017 M.P. Alberto Rojas Ríos.

¹³⁰ En palabras de la Corte: *"el legislador al diseñar el modelo de seguridad social en salud abrió unos espacios para la concurrencia privada en condiciones de libre competencia, situación que impone un análisis del concepto de libertad económica."*

Considera del caso la Corte señalar, que la posibilidad que los particulares concurren a la prestación del servicio de salud en condiciones de competencia económica, no es incompatible con su carácter de interés público y su finalidad eminentemente social, pese a que se trata de sujetos que actúan motivados por intereses privados, que también gozan de la protección de la Constitución (...)

"establecida por el legislador, conforme a una opción válida de acuerdo con la Constitución, la posibilidad de que a la prestación de un servicio público, como en este caso el de salud, acudan los particulares, es claro que para dicha participación deben garantizarse las condiciones propias de la libertad de empresa y de la libre competencia, sin que resulte admisible que en el ámbito estrechamente regulado de participación privada se permitan, o peor aún, se establezcan, situaciones que impliquen prácticas restrictivas de la competencia o se orienten a obstruir o a restringir la libertad económica".

Sentencia C-616-01. M.P. Rodrigo Escobar Gil.

¹³¹ Véase el informe de la comisión de expertos en beneficios tributarios (2020) en la que se señala: *"El Impuesto de industria y Comercio (ICA) es un tributo particularmente distorsionante que debe eliminarse. Debido a que se impone sobre el volumen de negocios en lugar de las ganancias, obliga a que los negocios con un alto volumen de ingresos, pero un bajo margen de ganancias, se enfrenten a una tasa efectiva de tributación muy alta sobre sus ganancias. Sin embargo, eliminar el impuesto podría generar problemas de recaudo para las administraciones locales, que dependen fuertemente de esta fuente de ingresos. Por lo tanto, hasta que los gobiernos locales reciban ingresos de impuestos menos distorsionantes, como tributos recurrentes sobre los bienes inmuebles y/o mayores subvenciones por parte del gobierno central, el descuento tributario dentro del IRPJ para el ICA debe mantenerse, a pesar de que reduce el potencial de recaudo de ingresos del IRPJ."* P. 25.

Nuevamente, desde la perspectiva constitucional, la disposición acusada responde a una finalidad constitucionalmente importante, como lo es hacer asequibles los servicios de salud que son financiados con los PVS, pues éstos no se encontrarán gravados con el ICA.

Sin embargo, esta finalidad, que es constitucionalmente importante, termina siendo desconocida por la Interpretación Demandada, posiblemente para generar mayor recaudo a las entidades territoriales.

Esta finalidad podría ser constitucionalmente importante, pues la Constitución protege la autonomía de las entidades territoriales, por lo que pasaremos a la siguiente fase del test.

b) Conducencia de la medida

En el plano fáctico, gravar con el ICA los recursos de las entidades territoriales podría efectivamente generar mayores recaudos por concepto de este tributo.

Sin embargo, esos mayores recaudos vendrían aparejados de una mayor afectación de los recursos del SGSSS. Como se indicó anteriormente, las IPS preferirán cargar sus servicios al SGSSS para así evitar el pago del ICA, por lo cual se destinarán mayores recursos públicos para la atención de servicios de salud, a pesar de que esos mismos servicios podrían ser cubiertos con los recursos del PVS.

En esa medida, la conducencia de la medida queda refutada, pues, si bien implica un mayor recaudo, dicho mayor recaudo termina convirtiéndose en un mayor gasto público.

c) Proporcionalidad en sentido estricto

Desde la Sentencia C-345 de 2019, la Corte exige adelantar el juicio de proporcionalidad en sentido estricto como parte del test intermedio.

Sin embargo, en este caso, no se satisfacen los requisitos de este test, por las mismas razones que se han indicado a lo largo de la demanda, pues la Interpretación Demandada, con el pretexto de generar un mayor recaudo, termina por desconocer los principios de legalidad, equidad, progresividad y libre competencia, al tiempo que también se genera una medida regresiva en materia de la protección del derecho fundamental a la salud.

Como se indicó, claramente existen otras medidas que pueden ayudar a generar un mayor recaudo para los fiscos territoriales, y que no implican un sacrificio tan alto para los principios constitucionales invocados. Lo más grave es que esta discriminación no surge de la voluntad del legislador, pues este siempre ha buscado tratar de manera igualitaria y paritaria los servicios de salud financiados con los PVS y PBS.

7.4. La Interpretación Demandada resulta contraria a los principios de justicia, equidad, progresividad y eficiencia (arts. 363 de y 95-9 de la Constitución).

Como se indicó en el punto anterior, la Corte ha señalado que los principios de equidad, justicia y progresividad tienen matices propios de manera que “los cargos por violación de cada uno de esos principios tienen sus propias exigencias”¹³².

En concreto, a juicio de la Corte¹³³, para demostrar una violación a estos principios, el accionante debe centrarse en la capacidad contributiva subyacente a las situaciones que son objeto de comparación, con el propósito de definir si existen diferencias en la capacidad contributiva que justifiquen un tratamiento tributario disímil.

Desde esta perspectiva, la Interpretación Demandada resulta contraria a los principios de justicia, equidad y progresividad. Veamos:

a) En primer lugar, la Interpretación Demandada desconoce el principio de equidad en su dimensión horizontal, pues, como se indicó en el capítulo anterior, establece cargas

¹³² Corte Constitucional. Sentencia C-129 de 2018, MP Gloria Stella Ortiz.

¹³³ Ibid.

tributarias distintas sobre servicios que se encuentran en un plano de igualdad desde el punto de vista fáctico y jurídico. Pero, sobre todo, la Interpretación Demandada termina estableciendo cargas tributarias distintas para eventos o situaciones que evidencian la misma capacidad contributiva.

En este sentido, como vimos, una misma IPS puede prestar servicios de salud con cargo al SGSSS y con cargo a los PVS, al punto que un mismo servicio puede estar cubierto por el SGSSS y por los PVS.

En uno y otro caso, los hechos que evidencian la capacidad contributiva resultan siendo los mismos: prestación de servicios de salud. El hecho de que unos servicios sean financiados con recursos del SGSSS y con recursos de los PVS no evidencia un grado o nivel distinto de capacidad contributiva, pues, al fin y al cabo, en uno y otro caso, los recursos son utilizados para la prestación de servicios de salud.

Fue por esa razón que el legislador quiso que los servicios de salud soportaran la misma carga tributaria en lo que tiene que ver con el ICA; pues dichos servicios no estarían sujetos a este tributo, con independencia de la fuente de financiación. Con lo cual también se garantizaba y respetaba el principio de equidad horizontal.

Sin embargo, la Interpretación Demandada termina por romper ese equilibrio que estableció el legislador, y por esa vía, desconoce el principio de equidad en su faceta horizontal. A esto se le suma el hecho de que, como vimos en el punto anterior, no existen ninguna razón suficiente que justifique establecer una carga tributaria distinta, pues la Interpretación Demandada no supera el juicio integrado de igualdad.

b) En segundo lugar, la Interpretación Demandada no es consistente con los principios de progresividad y de equidad en su dimensión vertical. No existen diferencias en la capacidad contributiva que justifiquen que un servicio de salud esté gravado con el ICA por el hecho de ser prestado con cargo a los PVS y que no esté gravado cuando sea prestado con cargo al SGSSS.

c) Finalmente, la Interpretación Demandada introduce una alta dosis de inequidad y de injusticia a todo el sistema tributario y al Sistema de Salud.

No hay que perder de vista que el SGSSS se nutre, entre otras fuentes, de recursos tributarios, provenientes de las contribuciones que realizan los empleadores y trabajadores. Dada su condición "tributaria", estos recursos deben ser recaudados, gestionados e invertidos de acuerdo con los principios de justicia y equidad, consagrados en los artículos 363 y 95-9 de la Constitución; pero también de acuerdo con los principios de eficiencia y universalidad, previstos en el artículo 49.

La Interpretación Demandada termina por desconocer todos estos principios. Como vimos, con esta interpretación se termina incentivando a que las IPS sobrecarguen el SGSSS, pues éstas preferirán prestar servicios con cargo a recursos públicos para evitar el pago del ICA; incluso en aquellos casos en los que esos mismos servicios podrían ser cubiertos con los recursos privados de los PVS.

Al sobrecargar al SGSSS, se le priva de recursos necesarios para lograr la atención en salud, sobre todo de aquellas personas de menores recursos, cuya única opción para lograr la atención en salud es precisamente el SGSSS.

Con ello, la Interpretación Demandada también vulnera el principio de eficiencia. No es eficiente que el Estado recaude el ICA sobre los servicios de salud prestados con cargo al PVS. Si bien en principio se genera un mayor recaudo tributario, dicho recaudo termina por generar consecuencias económicas adversas para todo el sistema tributario y para el SGSSS. Al demandarse mayores recursos de este sistema, el Estado tendría que inyectar recursos adicionales para la prestación de servicios de salud, por lo cual el mayor recaudo tributario se vería aparejado de un mayor gasto público.

8. LOS EFECTOS DE LA SENTENCIA DE CONSTITUCIONALIDAD EN EL PRESENTE CASO

Las interpretaciones de los textos legales que realiza la Corte tienen efecto general y obligatorio, y son equiparables a las normas *interpretativas* que puede expedir el legislador; y de hecho, prevalecen. Por esa razón, la interpretación constitucional que haga la Corte debe tener efectos retroactivos, pues sólo de esa manera se garantiza la supremacía de la Constitución y de las sentencias de constitucionalidad, de acuerdo con lo establecido en los artículos 242 y 243 de la Constitución.

Para arribar a esta conclusión, a continuación, se analizarán las competencias que la Corte Constitucional ostenta en materia de interpretación de la Constitución y de las leyes. Con base en ello, se demostrará que, cuando la Corte declara inexecutable una interpretación, dicha declaratoria debe tener efectos retroactivos.

8.1. El rol preponderante que tiene la Corte en la interpretación de las leyes

En la Sentencia C-820 de 2006, la Corte analizó la constitucionalidad del artículo 25 del Código Civil, que establecía que el legislador era el único que tenía la competencia para interpretar con "autoridad" las leyes: "La interpretación que se hace con autoridad para fijar el sentido de una ley oscura, de una manera general, sólo corresponde al legislador"

En esa oportunidad, la Corte determinó que, al igual del legislador, ella tiene la competencia para interpretar de manera general y obligatoria las leyes; pero que sus interpretaciones, en cuanto derivan de la Constitución, prevalecen.

Citamos este pronunciamiento *in extenso* dada su relevancia:

"Efectivamente, la facultad legislativa para interpretar la ley es evidente en el artículo 150 de la Constitución al disponer, como primera de las funciones asignadas al Congreso de la República al hacer las leyes, la de "interpretar, reformar y derogar las leyes". Luego, es indiscutible que el legislador tiene a su cargo la tarea interpretativa de la ley.

No obstante, para la Corte también resulta incuestionable que la norma demandada, que le confiere únicamente al legislador la facultad para interpretar con autoridad el sentido de una ley oscura, formula otro supuesto que puede resultar constitucionalmente problemático en la actualidad, pues si bien es cierto la constitucionalidad de dicha atribución es irrefutable, no lo es menos que su monopolio, esto es, la entrega exclusiva de la facultad interpretativa al legislador³⁶¹, podría desconocer la facultad que tiene la Corte Constitucional para interpretar la ley sometida al control de constitucionalidad abstracto, la cual, como se vio en precedencia, hace parte de la naturaleza propia e inescindible de esta labor judicial, por lo menos en situaciones en las que la ley no es clara, ya sea porque su sentido lingüístico es confuso y ofrece algunas interpretaciones que se ajustan a la Carta y otras que se separan de ella, o porque no se tiene certeza sobre su vigencia y aplicabilidad.

Visto lo anterior, para la Corte es evidente que el sentido de la interpretación de las leyes oscuras a que hace referencia la norma acusada, está dirigido a establecer el carácter general, erga omnes y obligatorio de la ley aclaratoria.

Con base en ello, la Corte determinó que la norma acusada era parcialmente inconstitucional en cuanto le otorgaba al legislador el monopolio para interpretar, de manera general y obligatoria, la ley; a pesar de que la Corte también tenía esas mismas competencias a la hora de interpretar la Ley.

En palabras de la Corte: "*la Corte Constitucional es también órgano "límite" de interpretación legal, pues de las condiciones estructurales de su funcionamiento, en el control de constitucionalidad de la ley, es perfectamente posible que la cosa juzgada constitucional incluya el sentido constitucionalmente autorizado de la ley oscura. En efecto, a pesar de que si bien es cierto, de acuerdo con lo regulado en el Título VIII de la Constitución, la administración de justicia se organiza a partir de la separación de jurisdicciones y, por ello, corresponde a los jueces ordinarios la interpretación de la ley y, a la Corte Constitucional la interpretación última de la Constitución, no es menos cierto que hace parte de la esencia de la función atribuida a esta última el entendimiento racional, lógico y práctico de la ley cuyo control de constitucionalidad debe ejercer.*

De este modo, la Corte concluyó que: "*la expresión "sólo" contenida en el artículo 25 del Código Civil resulta inconstitucional, en tanto que el monopolio de la interpretación general*

de la ley que consagra únicamente a favor del Legislador, desconoce la cosa juzgada constitucional y la facultad de la Corte Constitucional para interpretar la ley con carácter obligatorio y vinculante (artículos 241 y 243 de la Constitución). Por ese hecho, la expresión "sólo" será declarada inexecutable".

Finalmente, la Corte declaró la inexecutable de la expresión "con autoridad" que se encontraba incluida en el artículo 25 del Código Civil, teniendo en cuenta que, a su juicio, se originaba en un contexto histórico en el que la Ley era fuente última y preponderante de derecho, lo cual evidentemente quedó reformulado con la Constitución de 1991. Pero, sobre todo, porque, de acuerdo con la sentencia, las interpretaciones de la Corte tienen efecto general obligatorio.

En consecuencia, la interpretación de la Corte tiene un rol preponderante en nuestro ordenamiento jurídico tienen efectos generales y obligatorios; al punto de que, incluso, resultan prevalentes sobre las interpretaciones del legislador que sean contrarias a la Constitución, como bien lo ha establecido la Corte¹³⁴.

8.2. Como consecuencia de lo anterior, las interpretaciones que hace la Corte para fijar el sentido y el alcance constitucional de una Ley deben tener efectos retroactivos.

Del anterior recuento jurisprudencial, se advierte que la Corte ha concedido a su interpretación efectos generales y obligatorios. Por esta razón, a la hora de aplicar una disposición interpretada por la Corte, todos los operadores jurídicos deben respetar el sentido fijado por esa corporación.

Esto implica necesariamente que las interpretaciones de la Corte tengan efectos retroactivos, porque tienen efecto general y obligatorio; pero sobre todo porque esta retroactividad garantiza la integridad y supremacía del texto constitucional, pues la disposición debe ser interpretada, *desde siempre*, en el sentido fijado por la Corte.

Tampoco hay que perder de vista que, en nuestro ordenamiento jurídico¹³⁵, las interpretaciones realizadas por el legislador tienen efectos retroactivos y se entienden incorporadas, *desde siempre*, a la norma interpretada. Si es así, con mayor razón las interpretaciones de la Corte deberían tener el mismo efecto, pues éstas tienen un rol preponderante y prevalente, según se ha expuesto.

En el caso concreto, a través de esta demanda se pretende que la Corte declare la inconstitucionalidad de la Interpretación que desconoce la existencia del Sistema de Salud al que se refiere la disposición acusada, y con ello, la aplicabilidad de la prohibición de gravar con el ICA a las IPS en cuanto preste servicios de salud.

En lugar de esa interpretación, se solicita respetuosamente a la Corte que interprete la norma acusada, en el sentido de que se encuentra vigente y es plenamente aplicable; valga decir: están excluidos del impuesto de industria y comercio todos los ingresos provenientes de la prestación de servicios de salud que reciben los hospitales (hoy instituciones prestadoras de servicios de salud -"IPS"), con independencia de que dichos ingresos provengan del Plan de Beneficios en Salud ("PBS"), de Planes Voluntarios de Salud ("PVS") o de cualquier otra fuente.

En todo caso, resaltamos que, al ajustar la interpretación de la norma a la Constitución no se agregaría ningún contenido normativo nuevo, pues esta interpretación se desprende directamente del artículo citado, sin esfuerzos interpretativos adicionales.

En consecuencia, el sentido del fallo constitucional se convertirá en parte inescindible de la norma y se entenderá que la norma ha debido comprenderse en ese sentido desde su promulgación. De ningún otro modo podría entenderse la competencia constitucionalmente asignada a la Corte, tal como aparece expuesto en la sentencia C- 820 de 2006 antes referida.

¹³⁴ Sentencia C-245 de 2002. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

¹³⁵ De acuerdo con los artículos 14 y 25 del Código Civil.

9. ANEXOS Y PRUEBAS

9.1. Cédula de ciudadanía de la accionante.

9.2. Pronunciamientos que apoyan la Interpretación Demandada:

a) Consejo de Estado: Sentencia 2250 de 2019 C.P. Julio Roberto Piza; Sentencia 20798 del 13 de agosto de 2020 C.P. Julio Roberto Piza; Sentencia 24884 del 25 de marzo de 2021. C.P. Julio Roberto Piza, Sentencia 24252 del 16 de julio de 2020 C.P. Milton Chaves García y Sentencia 21163 del 22 de abril de 2021 C.P. Milton Chaves.

9.3. Pronunciamientos que reconocen la existencia del Sistema de Salud y reivindican la vigencia y aplicabilidad de la exclusión regulada en la disposición acusada.

a) Consejo de Estado: Sentencia 10888 del 2 de marzo de 2001. C.P. Juan Angel Palacio Hincapié; Sentencia 13299 del 10 de junio de 2004 C.P. Elizabeth Whittingham; Sentencia 15060 del 6 de octubre de 2005 C.P. Ligia López; Sentencia 16755 del 25 de marzo de 2010 C.P. Hugo Fernando Bastidas; Sentencia 16934 del 29 de enero de 2009 C.P. Ligia López; Sentencia 17459 del 3 de marzo de 2011 C.P. Hugo Fernando Bastidas; Sentencia 17914 del 24 de mayo de 2012. C.P. Martha Teresa Briceño; Sentencia 18502 del 12 de julio de 2012 C.P. Martha Teresa Briceño; Sentencia 18114 del 16 de agosto de 2012 C.P. Marta Teresa Briceño; Sentencia 19550 del 6 de diciembre de 2012 C.P. Martha Teresa Briceño; Sentencia 20117 del 11 de junio de 2014. C.P. Martha Teresa Briceño

9.4. Muestra significativa de las condiciones generales aplicables a los PVS que actualmente se ofrecen en Colombia.

9.5. Resolución 2292 de 2021, que regula los servicios cubiertos por el PBS para 2022.

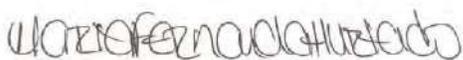
9.6. Exposición de motivos de la Ley 14 de 1983

9.7. Exposición de motivos de la Ley 10 de 1990

10. NOTIFICACIONES

Recibiré notificaciones en la Carrera 14 No. 127A-48 Apto 301; o al correo electrónico mfhurtado@hotmail.com

Atentamente,



MARIA FERNANDA HURTADO TEJADA

C.C. 52.049.164 de Bogotá D.C.

9.1. Cédula de ciudadanía de la accionante.

9.2.Pronunciamientos que apoyan la Interpretación Demandada

**Consejo de Estado: Sentencia 2250 de
2019
C.P. Julio Roberto Piza.**

IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA EN SERVICIOS DE SALUD - Marco normativo / HECHO GENERADOR DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA - Aspecto material / DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS DERIVADOS DE SERVICIOS DE SALUD – Origen y evolución histórica / IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA EN SERVICIOS DE SALUD - Prohibiciones para los municipios y distritos / SERVICIO NACIONAL DE SALUD - Definición y alcance / ENTIDADES ADSCRITAS AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD - Noción / ENTIDADES VINCULADAS AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD - Noción / ENTIDADES VINCULADAS AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD - Clases / SISTEMA DE SALUD – Subrogación. Mediante la Ley 100 de 1993 se adoptó una nueva organización para el sistema de salud que subrogó la anterior / RECURSOS DE LAS INSTITUCIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL – Destinación constitucional específica / DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS DERIVADOS DE SERVICIOS DE SALUD - Inexequibilidad del artículo 93 de la Ley 633 de 2000. Efectos / BASE GRAVABLE DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA - Exclusión de recursos de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS. Inexequibilidad del artículo 111 de la Ley 788 de 2002

Si bien el tributo en cuestión tiene como aspecto material del hecho imponible la realización de actividades industriales, comerciales o de servicios, desde el mismo momento en el que se le dio estructura uniforme a ese impuesto mediante los artículos 32 y siguientes de la Ley 14 de 1983 (que a la postre fueron codificados en los artículos 195 y siguientes del Decreto Ley 1333 de 1986), se adoptaron reglas encaminadas a desgravar los ingresos percibidos por contribuyentes que prestan servicios de salud. Desde entonces, el legislador ha tenido que intervenir la materia en varias ocasiones, para acompasar la desgravación con la evolución de la normativa sectorial del servicio público de salud, tal como ha ocurrido, tras la Ley 14 de 1983, con las disposiciones que sobre el particular se han proferido en la Ley 50 de 1984, el Decreto Ley 1333 de 1986, la Ley 633 de 2000 y, finalmente, en la Ley 788 de 2002. Originalmente, la letra d) del ordinal 2.º del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 dispuso que los municipios (y distritos) tenían prohibido gravar con el impuesto una serie de entidades de distinto orden, caracterizadas por carecer de ánimo lucrativo, dentro de las que se encontraban «*los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud*». Se trataba por tanto de una desgravación subjetiva absoluta, que enervaba el nacimiento de la obligación tributaria en ICA cuando quiera que los sujetos mencionados realizaran cualquiera de los tres hechos generadores posibles del impuesto en mención. Pero, muy pronto, con la expedición de la Ley 50 de 1984, la desgravación fue modificada para cambiar su naturaleza, de subjetiva a objetiva, aunque solo reconocida a unos sujetos señalados, en los términos del artículo 11 de la mencionada ley, según el cual «*cuando las entidades a que se refiere el artículo 39, numeral 2º. literal d) de la Ley 14 de 1983 realicen actividades industriales o comerciales serán sujetos del impuesto de Industria y Comercio en lo relativo a tales actividades*». Así, quedó configurada una desgravación de las actividades de servicios prestadas por «*los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud*», en cuya comprensión no se puede soslayar que la terminología empleada no es abierta ni casual, toda vez que la desgravación estaba dada solo para quienes cumplieran la condición de estar calificados jurídicamente como un «*hospital adscrito o vinculado*» al sistema nacional de salud. Para entonces (1983), esa expresión tenía una connotación particular que estaba determinada por las normas reguladoras de lo que era el «*Sistema Nacional de Salud*». En concreto, a la

fecha, el Decreto 056 de 1975 establecía el «*Sistema Nacional de Salud*» y lo definía como «*el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tuvieran por finalidad procurar la salud de la comunidad mediante la promoción, protección, recuperación y rehabilitación*» (artículo 1.º); a partir de lo cual otra disposición, el Decreto 356 de 1975, prescribió que «*las entidades que presten servicios de salud estarán adscritas o vinculadas al sistema nacional de salud*» (artículo 1.º), siendo adscritas las entidades de derecho público que prestaran servicios de salud a la comunidad (artículo 2.º) y vinculadas las entidades de derecho privado que prestaran servicios de salud a la comunidad, por el solo hecho de prestar servicios de salud a la comunidad (artículo 9.º). A lo cual cabe añadir que al interior de la categoría de las entidades vinculadas (*i.e.* de derecho privado) las reglas distinguían entre las que tenían ánimo lucrativo y las que carecían de él. En consecuencia, la desgravación estaba referida a una concreta realidad: las actividades realizadas por los hospitales que estuvieran «*adscritos o vinculados*» al Sistema Nacional de Salud conforme a la regulación de los Decretos 056 y 356 de 1975. En 1986, la desgravación del ICA establecida en la letra d) del ordinal 2.º, del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 y la precisión hecha en el artículo 11 de la Ley 50 de 1984, fueron llevadas, en los mismos términos, a los artículos 259 y 201, respectivamente, del Decreto 1333 de 1986 (Código de Régimen Municipal) y, además, se reiteró la prohibición en el ordinal 9.º del artículo 99, del Decreto. Después, la Ley 10 de 1990 reorganizó el *Sistema Nacional de Salud* en el *Sistema de Salud*; pero el cambio constitucional de 1991 conllevó una nueva formulación del derecho fundamental a la salud (artículo 49 de la Carta) y de su garantía y provisión a través de los servicios de seguridad social prestados por entidades públicas o privadas, pero bajo la dirección, coordinación y control del Estado (artículo 48 *ibidem*), lo que dio lugar a que mediante la Ley 100 de 1993 se adoptara una nueva organización para el sistema de salud que subrogó el previo. Bajo esta nueva realidad del ordenamiento, resultó particularmente relevante lo mandado en el inciso 5.º del artículo 48 de la Constitución, de conformidad con el cual «*no se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella*», disposición que suscitó, en el ámbito de la imposición en ICA, que se proferieran dos normas encaminadas a preservar del gravamen tales recursos: los artículos 93 de la Ley 633 de 2000 y 111 de la Ley 788 de 2002. El primero se ocupó de «*interpretar con autoridad*» la letra d) del ordinal 2.º del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, para indicar el alcance de la desgravación, tomando en consideración la prohibición del inciso 5.º del artículo 48 constitucional. En concreto, estableció que se entendía *incorporada* en la norma *interpretada* la prohibición de gravar con ICA (i) los recursos de las entidades integrantes del sistema general de seguridad social en salud, en el porcentaje de la UPC destinado obligatoriamente a la prestación de los servicios de salud; (ii) los ingresos provenientes de las cotizaciones; y (iii) los ingresos destinados al pago de las prestaciones económicas. Según quedó acreditado en las constancias del trámite legislativo seguido para la expedición de la norma, la finalidad a la que atendía era la de «*aclarar la prohibición de gravar con el impuesto de industria y comercio, los ingresos provenientes de la prestación del servicio de salud en el otrora Sistema Nacional de Salud, existente en la época del legislador de 1983, la que se realizaba directamente por el Estado a través de hospitales públicos y privados que tenían la calidad de adscritos y vinculados, respectivamente, al sistema nacional de salud y que se transformó con la nueva Constitución Política en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*». La anterior circunstancia da cuenta de que el legislador tenía conciencia de la necesidad de adecuar el contenido de la desgravación en ICA de los servicios de salud a la configuración presente del SGSSS, en la medida en que el objeto de regulación al que se refería

la letra d) del ordinal 2.º del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 (*i.e.* «*los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud*») había desaparecido del ordenamiento con el consiguiente vaciamiento del mandato contenido en la disposición. Con todo, ese artículo 93 de la Ley 633 de 2000 fue declarado inconstitucional por la sentencia C-245 de 2002. Por indicación expresa de la Corte Constitucional, la decisión tuvo efectos *ex nunc*, de manera que la disposición en cita surtió efectos jurídicos desde que se promulgó hasta que quedó ejecutoriada la declaratoria de inconstitucionalidad. La motivación de la providencia señaló que la decisión del máximo intérprete de la Constitución obedecía a que el Congreso había excedido su facultad interpretativa porque la disposición interpretativa fue más allá de precisar el contenido de la disposición jurídica interpretada y había ampliado el ámbito de aplicación de la desgravación a nuevos eventos o supuestos de hecho no comprendidos en la misma (...). El vacío normativo fue suplido en el mismo año en que se profirió la sentencia en cita, por virtud de la promulgación de la Ley 788 de 2002, la cual dispuso que se excluyen de la base gravable del ICA los recursos de las entidades integrantes del SGSSS (...). Así, la desgravación se limitó al concepto de ingresos por concepto de UPC, o unidad de pago por capitación, específicamente, en el porcentaje del 80% de la UPC, en el régimen contributivo, y del 85% de la UPC, en el régimen subsidiado. Además, quedó señalado que la desgravación obedecía a que se trataba de recursos de la seguridad social, afectos a una destinación específica en virtud del inciso quinto del artículo 48 constitucional. Esta norma también dio lugar a un juicio de constitucionalidad que fue decidido mediante sentencia C-1040 de 2003, en la cual la Corte Constitucional determinó que eran inconstitucionales las referencias que hacía la disposición a la UPC. Tras la providencia, el texto de la norma consagró: Artículo 111. En su condición de recursos de la seguridad social, no forman parte de la base gravable del impuesto de industria y comercio, los recursos de las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme a su destinación específica, como lo prevé el artículo 48 de la Constitución Política. Al adoptar la decisión, la Corte Constitucional se basó en la consideración de que la totalidad de los recursos del SGSSS, que provienen de las cotizaciones, están sujetos a una destinación especial dada por el artículo 48 constitucional, razón por la cual no se podrán emplear en finalidades distintas a las del propio sistema. Agregó que el POS se estructuró para garantizar y cumplir la finalidad del SGSSS y que la UPC incorpora el costo que acarrea el cumplimiento del POS, de modo que existe un vínculo indisoluble entre la UPC y el POS, pues la finalidad de la UPC es financiar la ejecución de este, con lo cual la UPC no es un ingreso propio de las EPS. Concluyó la Corte Constitucional que no puede ser objeto de gravamen ningún porcentaje de la UPC, y que no cabía distinguir entre la porción de la UPC destinada al cumplimiento de las prestaciones de salud y la destinada a los gastos administrativos del sistema pues, de ser objeto de impuesto alguno, se violaría la prohibición constitucional de utilizar los recursos del SGSSS en otras finalidades. Por último, aclaró cuáles de los ingresos percibidos por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) no están sujetos a tributación en ICA, en la medida en que comprometen recursos de la UPC, y cuales sí lo estarían, bajo este análisis (subraya añadida por la Sala): ... la actividad comercial o de servicios de la EPS no puede dar lugar al hecho generador del impuesto de industria y comercio cuando quiera que las mismas comprometen recursos de la Unidad de Pago por Capitación, pues según se explicó, en razón de su carácter parafiscal no constituyen ingresos propios de las EPS, quedando, en consecuencia, excluidos de todo gravamen. Por tanto, solamente habría lugar a aplicar el aludido impuesto sobre la actividad comercial y de servicios de las EPS que compromete recursos que excedan los destinados exclusivamente para prestación del POS, pues son



ingresos propios de las EPS sobre los cuales puede recaer el citado gravamen impositivo, sin que se esté vulnerando el artículo 48 Superior. Las anteriores consideraciones deben hacerse extensivas a las Instituciones Prestadoras de Salud -IPS-, pues en su condición de integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, están encargadas de la prestación de los servicios de salud a los afiliados con base en los recursos del POS que reciben de las EPS. En consecuencia, dichas entidades tampoco están obligadas a cancelar el impuesto de industria y comercio sobre las actividades comerciales y de servicios que comprometan recursos del POS, por tratarse de rentas parafiscales, y solamente lo harán sobre los recursos que no están destinados al POS.

FUENTE FORMAL: CONSTITUCIÓN POLÍTICA - ARTÍCULO 48 / CONSTITUCIÓN POLÍTICA - ARTÍCULO 49 / LEY 14 DE 1983 - ARTÍCULO 32 / LEY 14 DE 1983 - ARTÍCULO 39 NUMERAL 2 LITERAL D / LEY 50 DE 1984 - ARTÍCULO 11 / LEY 10 DE 1990 / LEY 100 DE 1993 / LEY 633 DE 2000 - ARTÍCULO 93 / LEY 788 DE 2002 - ARTÍCULO 111 / DECRETO 056 DE 1975 - ARTÍCULO 1 / DECRETO 356 DE 1975 - ARTÍCULO 1 / DECRETO 356 DE 1975 - ARTÍCULO 2 / DECRETO 356 DE 1975 - ARTÍCULO 9 / DECRETO LEY 1333 DE 1986 - ARTÍCULO 99 ORDINAL 9 / DECRETO LEY 1333 DE 1986 - ARTÍCULO 195 / DECRETO LEY 1333 DE 1986 - ARTÍCULO 201 / DECRETO LEY 1333 DE 1986 - ARTÍCULO 259

IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA EN SERVICIOS DE SALUD - Evolución de la jurisprudencia del Consejo de Estado / DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS DERIVADOS DE SERVICIOS DE SALUD - Línea jurisprudencial del Consejo de Estado

[L]a jurisprudencia de esta Sección ha venido evolucionando a lo largo de los años, en aras de aplicar a cada caso enjuiciado la desgravación a la que nos venimos refiriendo, en función de la normativa vigente en el respectivo periodo gravable discutido (...) Inicialmente, basándose en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, la Sección consideró que las entidades de derecho privado, por el solo hecho de prestar servicios de salud, se entendían vinculadas al Sistema Nacional de Salud y que, por tal condición, no se encontraban sujetas al ICA por los servicios hospitalarios y de salud prestados (así, desde la sentencia del 18 de noviembre de 1994, exp. 5766, CP: Jaime Abella Zarate). Posteriormente, en el fallo del 03 de julio de 2003 (exp. 13263, CP: Ligia López Díaz), se juzgó que no se podían gravar con el ICA los ingresos por cotizaciones de los afiliados al SGSSS, toda vez que (i) las cotizaciones no pertenecen a las EPS sino al SGSSS, de conformidad con el artículo 182 de la Ley 100 de 1993; y (ii) esos ingresos son de naturaleza tributaria, por estar consideradas las cotizaciones como contribuciones parafiscales; sin embargo, la sentencia consideró que hacen parte de la base gravable del ICA los ingresos por concepto de UPC, cuotas moderadoras y copagos. Ese criterio fue modificado por la decisión adoptada en providencia del 17 de septiembre de 2003 (exp. 13301, CP: María Inés Ortiz Barbosa), que concluyó que los ingresos por concepto de UPC se deben excluir de la base gravable del ICA, debido a que no son recursos propios de la entidad sino una transferencia que hace el sistema con el fin específico de garantizar la prestación de los servicios de salud. Avanzando en esa tesis, la sentencia del 10 de junio de 2004 (exp. 13299, CP: Elizabeth Whittingham García) sostuvo que la intención legislativa del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 fue no someter a las entidades señaladas en la norma a ningún tipo de obligación sustancial ni deber formal en el ICA. La providencia del 06 de diciembre de 2006 (exp. 15291, CP: Héctor Romero Díaz) siguió la tesis inicial y mayoritaria hasta entonces, pero la



Sección agregó que la desgravación para el servicio de salud, establecida en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, incluye no solo a los hospitales sino también a los integrantes del SGSSS, sean de naturaleza pública o privada, como es el caso de las EPS e IPS. Así se le dio un amplio alcance a la expresión «*hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud*». La anterior línea jurisprudencial empezó a presentar una variación con el fallo del 13 de agosto de 2009 (exp. 16881, CP: Martha Teresa Briceño) (...) [L]a decisión tuvo en cuenta la sentencia de la Corte Constitucional C-1040 de 2003 para precisar que los ingresos recibidos por concepto de servicios de salud vinculados al POS, esto es, aquellos remunerados con la UPC, no podían ser gravados con el ICA, puesto que se trata de transferencias del SGSSS. El criterio jurídico subyacente es el origen de los ingresos obtenidos por la clínica actora, a diferencia de la tesis inicial de la Corporación, conforme con la cual para acceder a la desgravación de las actividades de servicios en salud bastaba con pertenecer al Sistema Nacional de Salud, o al SGSSS según el caso, con fundamento en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983. Más adelante, en la sentencia del 03 de marzo de 2011 (exp. 17459, CP: Hugo Fernando Bastidas Bárcenas), la Sección adoptó un nuevo criterio de decisión en relación con la desgravación del ICA para los servicios de salud, de acuerdo con lo siguiente: (i) el artículo 48 de la Constitución prohíbe utilizar y destinar los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud para fines diferentes a ese sistema; (ii) la desgravación se predica respecto de los servicios de salud incluidos en el POS, los prestados en desarrollo de los planes de salud de los regímenes especiales del artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y los que se prestan con cargo a los recursos del FOSYGA; (iii) los servicios médicos prestados en virtud de seguros médicos, planes complementarios o cualquier otro donde medie la mera liberalidad del cliente, resultan gravados con el impuesto de industria y comercio. Dichas consideraciones confluyen en otorgarle una naturaleza objetiva a la desgravación, por cuanto la desgravación está determinada a partir del tipo de servicio de salud que se presta, adoptando como criterio diferenciador la naturaleza del servicio, esto es, si se trata de servicios prestados de manera obligatoria por mandato de la ley o de forma voluntaria por mera liberalidad del cliente (como sucede en los seguros médicos, planes complementarios de salud y otros). Posteriormente, en la sentencia del 24 de mayo de 2012 (exp. 17914, CP: Martha Teresa Briceño; con salvamento de voto del consejero Hugo Fernando Bastidas), la Sección señaló que el «*beneficio*» establecido en la letra d) del ordinal 2.º del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 cobija de forma general a todos los ingresos que obtienen los hospitales y clínicas por la prestación del servicio público de salud, y que la finalidad de la norma fue no someter a esas entidades a obligaciones materiales ni deberes formales respecto de tales servicios (...). Con base en tales consideraciones, la Sección encontró probado que la demandante era una entidad privada con ánimo de lucro y objeto social circunscrito a la prestación de servicios de salud, por lo cual decidió que estaba amparada por la desgravación del ICA respecto de la actividad de servicios de salud. Posteriormente, en varias sentencias, se reiteró que la desgravación del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 aplica a los planes complementarios al POS que estén autorizados por la ley (artículo 169 de la Ley 100 de 1993) y sean prestados por entidades integrantes del SGSSS, pero adicionalmente se determinó y enfatizó en que corresponde al contribuyente probar el presupuesto de hecho que permitiría reconocer la desgravación, esto es, que el ingreso efectivamente fue obtenido por la prestación de servicios de salud correspondientes a los referidos planes diferentes al POS, pues los ingresos derivados de actividades comerciales e industriales sí hacen parte de la base gravable del impuesto.



FUENTE FORMAL: CONSTITUCIÓN POLÍTICA - ARTÍCULO 48 / LEY 14 DE 1983 - ARTÍCULO 39 NUMERAL 2 LITERAL D / LEY 100 DE 1993 - ARTÍCULO 169 / LEY 100 DE 1993 - ARTÍCULO 182 / LEY 100 DE 1993 - ARTÍCULO 279

DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS DERIVADOS DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA - Justificación y finalidad / DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS DERIVADOS DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA - Contexto histórico y alcance / DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS DERIVADOS DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA - Alcance e interpretación histórica del literal d) del ordinal 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 / DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS DERIVADOS DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA - Pérdida de eficacia normativa del literal d) del ordinal 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983. Subrogación del Sistema Nacional de Salud por el Sistema General de Seguridad Social en Salud de la Ley 100 de 1993 / SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SGSSS - Objetivo

3.1. La historia fidedigna del establecimiento de la norma inicial de desgravación (i.e. de la prohibición de tributación adoptada en la letra *d* del ordinal 2.º, del artículo 39 de la Ley 14 de 1983) consta en la exposición de motivos que acompañó al respectivo proyecto de ley. Según se indicó en ese documento, el interés que determinó la aprobación de la disposición fue el de mantener al margen de tributación «*actividades que afectan directamente el nivel de vida del pueblo colombiano o que el Estado tiene el interés de desarrollar*», con lo cual es un hecho cierto que la desgravación que nos ocupa nunca tuvo el cariz de ser una disposición de fomento de actividades empresariales lucrativas, sino que su única finalidad era la de coadyuvar en la provisión al conglomerado social de los bienes y servicios públicos de los que se ocupan las distintas entidades benéficas contempladas en la norma. Para el caso de la salud, la disposición no estableció la prohibición de gravamen con unas indicaciones subjetivas abiertas, sino que circunscribió la desgravación a una realidad normativa específica, la de ser un «*hospital adscrito o vinculado*» al «*Sistema Nacional de Salud*», con lo cual ató la suerte de la desgravación a la que tuviera el «*Sistema Nacional de Salud*», y sus instituciones, que para entonces regulaban los Decretos 056 y 356 de 1975. Con el paso del tiempo, la realidad identificada por el legislador en la norma en cita cambió, al punto de que desaparecieron por completo las categorías jurídicas en ella señaladas, pues, aunque existe un Sistema de Salud (artículo 4.º de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud) su concepción, orientación y regulación son completamente distintas a las del «*Sistema Nacional de Salud*» que había sido desarrollado en 1975, al punto de que no existen hospitales adscritos ni vinculados al Sistema de Salud desarrollado bajo los criterios de regulación de la Ley 100 de 1993, por las razones que se pasan a precisar. Desde finales del Siglo XIX, la nueva concepción de las funciones del Estado llevó a que adquiriera connotaciones públicas una cuestión que hasta entonces era un problema individual o familiar: garantizarle al ciudadano los medios con los cuales atender sus necesidades vitales para preservarle de situaciones materiales degradantes de la condición humana. Partiendo de la simple idea de asistencia pública, se inició un largo tránsito hasta la adopción de políticas de seguridad social integral, bajo los principios de universalidad subjetiva (a todos los ciudadanos), universalidad objetiva (por todos los riesgos sociales), unidad de gestión y solidaridad financiera. En el derecho colombiano, los esfuerzos estatales por



regular la provisión de salud e integrarla en la incipiente seguridad social, se materializaron en normas adoptadas en las décadas de los años sesentas y setentas del siglo pasado. En la década de los ochentas, el sistema existente entró en crisis y se inició un debate público para modificar su estructura, que dio lugar a que en la década de los años noventas, ya bajo el influjo de la ambiciosa carta de derechos fundamentales de una nueva Constitución, se acometieran reformas legislativas estructurales, que establecieron una seguridad social integral, preocupada también por la provisión de salud. Dentro de ese contexto histórico, las instituciones a las que se refiere la norma de la Ley 14 de 1983, alegada por la demandante y replicada en la normativa local de Medellín, fueron desarrolladas en 1975. Buscaron institucionalizar la beneficencia iniciada en los años veintes del siglo anterior y articularla con el *Plan Nacional Hospitalario* de 1963 (Ley 12 de 1963), misión que se concretó en la creación del «*Sistema Nacional de Salud*» (artículo 1.º del Decreto 056 de 1975), que tiempo después fue subrogado por completo con el establecimiento de un modelo de seguridad social integral mediante a Ley 100 de 1993. (...) Por tanto, con la promulgación de la Ley 100 de 1993, como desarrollo de la concepción constitucional de seguridad social, se estableció un SGSSS distinto del que consagraban la Ley 10 de 1990 y cualquier otra regulación previa. El objetivo declarado de este nuevo sistema, es el de procurar la ampliación de la cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema (artículo 6.º), para lo cual se unificó la normatividad (*ibidem*), razón por la cual perdieron vigencia las regulaciones anteriores. 3.2- En consecuencia, la Sala concluye que la red institucional del sector salud desarrollada en 1975, que es a la que se refiere la norma de la Ley 14 de 1983, no subsiste en el presente y no son conmutables las instituciones de ese régimen con las del actual. Los operadores jurídicos no pueden desconocer que la Ley 10 de 1990 y, con mayor razón, la Ley 100 de 1993, tuvieron el efecto de restarle eficacia normativa a la referencia hecha en la letra d) del ordinal 2.º del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 a los hospitales adscritos o vinculados al SNS. En este punto, se recalca que la desgravación contemplada en la Ley 14 de 1983 y en las posteriores normas que la complementaron no estaba dada a las prestaciones de servicios de salud, sino a aquellas que fueran desarrolladas por unos señalados sujetos, hoy inexistentes: los hospitales adscritos o vinculados al «*Sistema Nacional de Salud*». De suerte que cualquier ejercicio interpretativo que plantee que la desgravación cobija a las actividades de salud, por el simple hecho de serlo e independientemente de que quienes las lleven a cabo no encuadren dentro de la categoría de hospitales adscritos y vinculados al SNS exigida por la norma, implicaría la conformación, por parte del juzgador, de una *lex tertia* carente de fundamento legal y opuesta al claro dictado de la letra d) del ordinal 2.º del artículo 39 de la Ley 14 de 1983; al tiempo que las propuestas encaminadas a señalar que las actuales IPS son equiparables a las categorías de hospitales adscritos y vinculados al SNS empleadas por la norma, no solo contrarían la interpretación histórica de la norma, sino que constituyen un ejercicio de integración analógica de la disposición encaminado a suplir los vacíos actuales (por circunstancias sobrevinientes) de la disposición.

FUENTE FORMAL: DECRETO 056 DE 1975 - ARTÍCULO 1 / DECRETO 356 DE 1975 / LEY 12 DE 1963 / LEY 14 DE 1983 - ARTÍCULO 39 NUMERAL 2 LITERAL D / LEY 10 DE 1990 / LEY 100 DE 1993 - ARTÍCULO 6 / LEY 1751 DE 2015 - ARTÍCULO 4

IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA SOBRE INGRESOS DERIVADOS DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA - Criterio de decisión que empleará la Sección Cuarta del Consejo de Estado



para fallar los asuntos relacionados con ese régimen de tributación / DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS DERIVADOS DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA - Régimen jurídico aplicable. Aplicación del artículo 111 de la Ley 788 de 2002 por pérdida de eficacia normativa del literal d) del ordinal 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 / DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS DERIVADOS DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA - Inaplicación de normas territoriales o locales que reproducen el literal d) del ordinal 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983. Procedencia / DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS DERIVADOS DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA - Aplicación de la Ley 788 de 2002 a nivel nacional / TRASLADO O REPERCUSIÓN A LOS USUARIOS DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA EN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA - Improcedencia / IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA - Naturaleza de impuesto directo

[L]a Sala tiene como criterio de decisión, en el presente caso, la posición de que la desgravación en ICA de los ingresos derivados de actividades relacionadas con la salud humana es la que está contemplada en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 (ajustada en los términos decididos por la Corte Constitucional en la sentencia C-1040 de 2003), exclusivamente, y no la consagrada en la letra *d*) del ordinal 2.º, del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 (incorporada en el artículo 259 del Decreto 1333 de 1986), la cual quedó desprovista de eficacia normativa. Atendiendo a los motivos en los que se funda el criterio de decisión, para la Sala resultan inaplicables las disposiciones incluidas en los ordenamientos municipales que reproducen la letra *d*) del ordinal 2.º del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, como ocurría en el artículo 164 del Acuerdo municipal nro. 67 de 2008, vigente para la época de los hechos *sub lite*, actual artículo 47 del Acuerdo municipal nro. 066 de 2017. En el mismo sentido cabe aclarar que la desgravación de ingresos con fundamento en lo dispuesto en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 opera en todo el territorio nacional, incluso si ese mandato no ha sido incorporado en la normativa municipal, porque obedece a una disposición constitucional, derivada del inciso 5.º del artículo 48 superior, tal como lo identificó la Corte Constitucional en la sentencia C-1040 de 2003. Consecuentemente, ninguna autoridad municipal podrá obviar el alcance de esa desgravación. Finalmente, para la Sala es claro que el criterio de decisión adoptado no conlleva que quienes realizan actividades relacionadas con la salud humana le trasladen a los usuarios del sistema el monto de la tributación determinada, en la medida en que el ICA es un impuesto directo que, a diferencia de figuras indirectas como el IVA, no da derecho a que el empresario le repercuta el impuesto a sus clientes.

FUENTE FORMAL: CONSTITUCIÓN POLÍTICA - ARTÍCULO 48 INCISO 5 / LEY 14 DE 1983 - ARTÍCULO 39 NUMERAL 2 LITERAL D / LEY 788 DE 2002 - ARTÍCULO 111

NOTA DE RELATORÍA: En relación con la desgravación en el impuesto de industria y comercio ICA de los ingresos derivados de la actividad de servicios de salud relacionados con la salud humana se reitera la sentencia de la Sección Cuarta del Consejo de Estado de 4 de abril de 2019, radicación 05001-23-31-000-2008-00671-01(20204), C.P. Julio Roberto Piza Rodríguez

DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS DERIVADOS DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD

HUMANA - Presupuestos / DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS DERIVADOS DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA - Alcance del artículo 111 de la Ley 788 de 2002 / SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SGSSS - Entidades que lo integran. EPS E IPS de carácter público, privado o mixtas / INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD IPS - Función / BASE GRAVABLE DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA EN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA - Ingresos exentos. Alcance del artículo 111 de la Ley 788 de 2002

Precisada la norma que rige la desgravación en el ICA de los ingresos derivados de la prestación de servicios de salud (*i.e.* el artículo 111 de la Ley 788 de 2002, en la versión resultante tras el pronunciamiento de constitucionalidad hecho en la sentencia C-1040 de 2003), procede la Sala a especificar el alcance actual de la disposición. 4.1- Las notas distintivas del supuesto de hecho consagrado en la norma, requieren que se acrediten dos circunstancias: en primer lugar, que el contribuyente sea una entidad integrante del SGSSS y, en segundo lugar, que los ingresos percibidos por ese contribuyente correspondan a recursos de la seguridad social destinados a la finalidad del sistema de seguridad social, de conformidad con el artículo 48 de la Constitución y las normas legales que desarrollan el derecho a la seguridad social. La primera circunstancia viene determinada por el artículo 155 de la Ley 100 de 1993, que consagra el listado de los integrantes del SGSSS, entre los cuales se encuentran las IPS y las EPS, ya sean públicas, privadas o mixtas, si bien son las IPS las que tienen como función prestar los servicios de salud en el nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios del Sistema (letra *i* del artículo 156 y artículo 185 *ejusdem*). Respecto de la segunda circunstancia, cabe señalar que el sentido preciso del artículo 111 de la Ley 788 de 2002, cuando dispone que «*no forman parte de la base gravable del impuesto de industria y comercio los recursos de las entidades del SGSSS*», es el de establecer una desgravación para las actividades de servicios de salud realizadas por las IPS, que son remuneradas con recursos que pertenecen al SGSSS y, por ende, están vinculados a la finalidad especial considerada en el artículo 48 constitucional; así mismo, debido a que la Corte Constitucional declaró inexecutable la referencia a los servicios de salud que inicialmente contemplaba la disposición, estarían desgravados los ingresos por la realización de otras actividades que estén remuneradas con recursos del SGSSS, como podría ser la venta de medicamentos o tecnologías relacionadas con la salud. Así, para la Sala, los ingresos percibidos por las IPS que están exentos, porque proceden de recursos pertenecientes al SGSSS que por mandato constitucional están afectos a una destinación específica

FUENTE FORMAL: CONSTITUCIÓN POLÍTICA - ARTÍCULO 48 INCISO 5 / LEY 100 DE 1993 - ARTÍCULO 155 / LEY 100 DE 1993 - ARTÍCULO 156 LITERAL I / LEY 100 DE 1993 - ARTÍCULO 185 / LEY 788 DE 2002 - ARTÍCULO 111

INGRESOS PROVENIENTES DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA EXENTOS DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA - Actividades o servicios remunerados con cargo a recursos del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS / SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SGSSS – Regímenes / RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SGSSS – Forma de vinculación / RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SGSSS – Forma de vinculación / RÉGIMEN



SUBSIDIADO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SGSSS - Financiación / SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SGSSS - Finalidad / PLAN OBLIGATORIO DE SALUD POS – Finalidad / PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD - Noción. Corresponde al antiguo Plan Obligatorio de Salud POS / RECURSOS POR UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN UPC – Naturaleza jurídica. No son recursos propios de las EPS / RECURSOS RECIBIDOS POR UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN UPC - Tratamiento contable en EPS E IPS / PAGOS COMPARTIDOS, CUOTAS MODERADORAS Y DEDUCIBLES EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SGSSS - Finalidad / RECURSOS DERIVADOS DE PAGOS COMPARTIDOS, CUOTAS MODERADORAS Y DEDUCIBLES EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SGSSS - Naturaleza jurídica. Constituyen recursos de las EPS, a menos que una porción de ellos se deba transferir a la subcuenta de promoción del FOSYGA / INGRESOS DE IPS PROVENIENTES DE SERVICIOS DE SALUD EXENTOS DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA - Recursos del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS / DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS DE IPS PROVENIENTES DE SERVICIOS DE SALUD PAGADOS CON RECURSOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SGSSS – Alcance / DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS DE IPS PROVENIENTES DE SERVICIOS DE SALUD PAGADOS CON RECURSOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SGSSS - Carga de la prueba / CARGA DE LA PRUEBA EN PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA TRIBUTARIA - Normativa aplicable / CARGA DE LA PRUEBA EN PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA TRIBUTARIA - Alcance

Según el artículo 201 de la Ley 100 de 1993, la administración y financiación del SGSSS está estructurada a partir de dos regímenes, el contributivo y el subsidiado. En el primero, la vinculación de los individuos y familias al SGSSS se realiza a través del pago de una cotización o de un aporte económico previo, financiado por el afiliado, o de forma conjunta entre este y el empleador o la Nación, según el caso, de conformidad con el artículo 202 *ejusdem*. En el subsidiado, la vinculación de los individuos al SGSSS se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la citada ley, que tiene como beneficiarios a la población vulnerable y sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización, de conformidad con los artículos 157 y 213 de la ley. En el régimen subsidiado, de conformidad con el artículo 211 de la Ley 100 de 1993 (modificado por las leyes 1122 de 2007, 1151 de 2007 y 1438 de 2011), la UPC está financiada con recursos procedentes de las entidades territoriales (provenientes de fuentes como el sistema general de participaciones, el monopolio de juegos de suerte y azar, las transferencias de Coljuegos, las regalías y otros recursos que se destinen o se puedan destinar para tal fin), del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y de otras fuentes. A su vez, el artículo 162 de la Ley 100 de 1993 dispone que la finalidad del SGSSS es crear las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud (POS) para todos los habitantes del territorio nacional; y establece un POS para el régimen contributivo y subsidiado, que *«permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para*



todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan». Para la organización y garantía de los servicios incluidos en el plan de beneficios en salud, antes POS, el SGSSS reconoce a las EPS un valor que se denomina UPC, por cada afiliado y beneficiario del sistema, de conformidad con la letra f) del artículo 156 y el artículo 182 de la Ley 100 de 1993. No obstante, las sumas por UPC no son recursos propios de las EPS y deben manejarse en cuentas separadas del resto de rentas de la entidad. En el caso de las IPS, no administran ni reciben directamente las cotizaciones de los afiliados ni las UPC, razón por cual la ley no dispone que manejen esos fondos en cuentas distintas o separadas de las cuentas en donde manejan recursos propios como sí lo hace en el caso de las EPS (parágrafo del citado artículo 182). La exigencia de la Ley 100 de 1993, respecto de las IPS, consiste únicamente en que lleven un sistema contable que permita registrar el costo de los servicios, según el parágrafo del artículo 185 *ibidem*. Por otra parte, el artículo 187 de la Ley 100 de 1993 establece que los afiliados y beneficiarios del SGSSS estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles, que tienen como finalidad racionalizar el uso de los servicios del sistema y complementar la financiación del POS, y constituyen recursos de las EPS a menos de que una porción de ellos se deba transferir al Fosyga (subcuenta de promoción). Bajo las anteriores premisas, la Sala considera que están exentos en virtud del artículo 111 de la Ley 788 de 2002, los ingresos por servicios de salud, u otras actividades incluidas en el aspecto material del elemento objetivo del hecho generador del ICA, que realice una IPS en cumplimiento de las prestaciones de salud contempladas en el POS o en el plan de beneficios en salud que defina en su momento la autoridad competente, siempre y cuando dichas actividades sean remuneradas a favor de las IPS con recursos del SGSSS, concretándose de esta forma la destinación específica de estos últimos y la prohibición de destinarlos a otras finalidades, de conformidad con el artículo 48 constitucional. Por tanto, para aplicar la desgravación contemplada en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002, la respectiva IPS tiene la carga de demostrar que los ingresos percibidos corresponden a fondos provenientes del régimen contributivo o subsidiado y, por tal razón, remuneran servicios de salud prestados en cumplimiento del POS o del plan de beneficios en salud. Esa carga probatoria es asignada de conformidad con la regla de comprobación en el procedimiento de gestión administrativa tributaria fijada, con carácter general, en el artículo 788 del ET, que establece que los contribuyentes están obligados a demostrar los hechos o circunstancias que los hacen acreedores o beneficiarios de una exención, cuando para acreditar el derecho a la exención no sea suficiente conocer la naturaleza del ingreso (naturaleza que de igual forma debe estar demostrada). Finalmente, la Sala precisa que la desgravación cubre ingresos por servicios de salud prestados por las IPS, no previstos en el plan de beneficios en salud, cuando (i) sean ordenados por sentencias judiciales, como sucede en el caso de cobros y recobros; y (ii) el servicio de salud ordenado en virtud del fallo judicial esté remunerado con recursos que por disposición legal pertenecen al régimen contributivo o subsidiado, circunstancias que debe acreditar la IPS, de conformidad con el mencionado artículo 788 del ET.

FUENTE FORMAL: CONSTITUCIÓN POLÍTICA - ARTÍCULO 48 / LEY 100 DE 1993 - ARTÍCULO 156 LITERAL F / LEY 100 DE 1993 - ARTÍCULO 157 / LEY 100 DE 1993 - ARTÍCULO 162 / LEY 100 DE 1993 - ARTÍCULO 182 / LEY 100 DE 1993 - ARTÍCULO 187 / LEY 100 DE 1993 - ARTÍCULO 201 / LEY 100 DE 1993 - ARTÍCULO 202 / LEY 100 DE 1993 - ARTÍCULO 211 / LEY 100 DE 1993 - ARTÍCULO 213 / LEY 788 DE 2002 - ARTÍCULO 59 / LEY 788 DE 2002 - ARTÍCULO 111 / LEY 1122 DE 2007 / LEY 1151 DE 2007 / LEY 1438 DE 2011 /



ESTATUTO TRIBUTARIO - ARTÍCULO 788

FOSYGA - Creación y naturaleza jurídica / FOSYGA - Subcuentas / RECURSOS DEL FOSYGA - Administración y destinación exclusiva / RECURSOS DE LA SUBCUENTA DEL FOSYGA DE SEGURO DE RIESGOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO ECAT - Destinación / INGRESOS PROVENIENTES DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA EXENTOS DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA - Actividades o servicios remunerados o pagados con cargo a recursos de las subcuentas del FOSYGA o con los fondos que administra la ADRES / DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS PROVENIENTES DE SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS A VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO REMUNERADOS CON RECURSOS DEL FOSYGA - Operancia. La exención se aplica cuando el servicio se financia con cargo a fondos de la subcuenta ECAT del FOSYGA porque no hay cobertura por parte de un SOAT o cuando los servicios médicos exceden el tope de 800 salarios mínimos legales diarios vigentes, independientemente de si hubo o no cobertura del SOAT respecto del monto inferior al tope / SERVICIOS MÉDICOS POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO CUBIERTOS POR SEGURO OBLIGATORIO DE DAÑOS PERSONALES CAUSADOS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO SOAT - Procedencia de los recursos / ENTIDAD ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ADRES - Creación y naturaleza jurídica / ENTIDAD ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ADRES - Objeto

El artículo 218 de la Ley 100 de 1993 creó el Fosyga como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica, que tiene a cargo los recursos que financian y/o cofinancian el SGSSS; y el artículo 219 *ibidem*, junto con el artículo 2.6.1.2 del Decreto 780 de 2016, estructuró al Fosyga con las siguientes subcuentas: (i) Compensación interna del régimen contributivo; (ii) Solidaridad del régimen de subsidios en salud; (iii) Promoción de la salud; (iv) Seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT); y (v) Garantías para la salud. Los recursos administrados por Fosyga se manejan de forma independiente en cada subcuenta y se destinan de forma exclusiva a las finalidades consagradas en la ley, de conformidad con el artículo 48 de la Constitución, según lo señalado en el artículo 2.6.1.3 del Decreto 780 de 2016. De las anteriores subcuentas, se destaca que con cargo a la subcuenta ECAT se utilizan recursos para pagar al prestador de servicios de salud los servicios prestados a favor de las víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas o de los eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con las condiciones y términos fijados por el artículo 167 de la Ley 100 de 1993, 2.6.1.4.1 y siguientes del Decreto 780 de 2016. Respecto de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, se precisa que la desgravación opera solo cuando el servicio es financiado con cargo a los fondos de la subcuenta ECAT, lo cual ocurre cuando no hay cobertura por parte de un seguro obligatorio de daños personales causados en accidentes de tránsito (SOAT, regulado en el artículo 192 y siguientes del Decreto 663 de 1993, Estatuto Orgánico del Sistema Financiero). Lo anterior a diferencia del evento en que los servicios médicos estén amparados por un SOAT pues, en tal caso, los recursos proceden de la compañía aseguradora que expidió la respectiva póliza obligatoria de accidentes de tránsito y no del Fosyga, de conformidad con el párrafo primero del artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 2.6.1.4.2.3 del Decreto 760 de 2016. Igualmente, hay lugar a la

desgravación en ICA cuando los servicios médicos prestados, como consecuencia del accidente de tránsito, exceden el tope de 800 salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv), con independencia de si hubo o no cobertura del SOAT respecto del monto inferior al tope, pues en tal caso los pagos que superan el tope son asumidos por la EPS (o la ARL, si es accidente de trabajo), a la que se encuentre afiliada la víctima, de conformidad con el parágrafo primero del citado artículo 2.6.1.4.2.3. En esos términos estarían exentas del ICA las actividades realizadas por una IPS cuando sean remuneradas con cargo a cualquiera de las subcuentas del Fosyga, en atención a la finalidad o destinación exclusiva de tales recursos, según el artículo 48 de la Constitución. Además, cabe destacar que el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 creó la ADRES o Entidad Administradora de los Recursos del Sistema general de seguridad social en salud, que es una entidad de naturaleza especial del nivel descentralizado del orden nacional, asimilada a una empresa industrial y comercial del Estado, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente, y que tiene como objeto administrar los recursos que hacen parte del Fosyga, del Fonset (Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud), los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del régimen contributivo, los que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la UGPP; pero sin que en ningún caso la ADRES asuma las funciones asignadas a las EPS. Según el inciso final de la norma en cita, una vez la ADRES entre en operación, se a suprimirá el Fosyga, motivo por el cual el Decreto 546 de 2017 dispuso que la ADRES debía asumir la administración de los fondos del SGSSS desde el 01 de agosto de 2017. Tomando en consideración lo anterior y el objetivo y destino de los recursos que administra la ADRES (artículos 66 y 67 de la Ley 1753 de 2015), la Sala concluye que las actividades realizadas por una IPS se encuentran exentas del ICA, en la medida en que sean remuneradas o pagadas directamente con los fondos que administra la ADRES.

FUENTE FORMAL: CONSTITUCIÓN POLÍTICA - ARTÍCULO 48 / LEY 100 DE 1993 - ARTÍCULO 167 / LEY 100 DE 1993 - ARTÍCULO 218 / LEY 100 DE 1993 - ARTÍCULO 219 / LEY 1753 DE 2015 - ARTÍCULO 66 / LEY 1753 DE 2015 - ARTÍCULO 67 / DECRETO 633 DE 1993 - ARTÍCULO 192 / DECRETO 780 DE 2016 - ARTÍCULO 2.6.1.2 / DECRETO 780 DE 2016 - ARTÍCULO 2.6.1.3 / DECRETO 780 DE 2016 - ARTÍCULO 2.6.1.4.1 / DECRETO 780 DE 2016 - ARTÍCULO 2.6.1.4.2.3 / DECRETO 546 DE 2017

INGRESOS PROVENIENTES DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA EXENTOS DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA - Actividades o servicios remunerados con fondos de los Regímenes Especiales de Seguridad Social en Salud / RECURSOS O FONDOS DE LOS REGÍMENES ESPECIALES DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - Destinación específica. Aunque no pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS de la Ley 100 de 1993 hacen parte del sistema de seguridad social y, por esa razón, están sometidos a la destinación específica prevista en el artículo 48 de la Constitución Política / DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS PROVENIENTES DE SERVICIOS DE SALUD REMUNERADOS CON RECURSOS DE LOS REGÍMENES ESPECIALES DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - Procedencia / REGÍMENES ESPECIALES EXCEPTUADOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SGSSS - Enunciación / DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS PROVENIENTES DE SERVICIOS DE SALUD REMUNERADOS CON RECURSOS DE LOS REGÍMENES ESPECIALES DE SEGURIDAD



SOCIAL EN SALUD - Presupuestos. La exención se edifica sobre la prohibición prevista en el inciso 5 del artículo 48 de la Constitución y no en razón del contenido de las prestaciones que garantizan el derecho a la seguridad social en salud en el marco del régimen del respectivo caso

También existen fondos que, aunque no pertenecen al SGSSS de la Ley 100 de 1993, hacen parte del sistema de seguridad social y, por ese motivo, se encuentran sometidos a la destinación específica prevista en el inciso quinto del artículo 48 constitucional, lo cual determina que, de conformidad con el artículo 111 de la Ley 788 de 2002, no podrían resultar gravados con ICA. Son los regímenes especiales o exceptuados de la Ley 100 de 1993 y del sistema de seguridad social en riesgos laborales. Al respecto, el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 establece como regímenes exceptuados del SGSSS previsto en la misma ley, los siguientes: (i) el de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional; (ii) el del personal civil que presta sus servicios en el Ministerio de Defensa, la Policía Nacional y en la Justicia Penal Militar y su Ministerio Público y que está regido por el Decreto Ley 1214 de 1990; (iii) el del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio; (iv) el de los empleados de Ecopetrol; y (v) el de las universidades públicas u oficiales sujetas la Ley 647 de 2001. A juicio de la Sala, para acceder a la desgravación de los servicios de salud remunerados con fondos del respectivo régimen especial exceptuado de la Ley 100 de 1993 es necesario que, analizando el marco normativo del régimen especial, se puedan identificar los recursos que están afectos a la finalidad propia del régimen, a fin de determinar qué servicios de salud están exentos del ICA por ser prestados con cargo a tales recursos vinculados a la finalidad especial de la seguridad social. Para el efecto, no es un elemento de juicio determinante la comparación de tales prestaciones frente al plan de beneficios en salud (antes POS) que contempla la Ley 100 de 1993, pues, se reitera, la desgravación del ICA se edifica sobre la citada prohibición constitucional, y no debido al contenido de las prestaciones que garantizan el derecho a la seguridad social en salud en el marco del régimen del caso.

FUENTE FORMAL: CONSTITUCIÓN POLÍTICA - ARTÍCULO 48 INCISO 5 / LEY 100 DE 1993 - ARTÍCULO 279 / LEY 647 DE 2001 / DECRETO LEY 1214 DE 1990

INGRESOS PROVENIENTES DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA EXENTOS DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA - Actividades o servicios remunerados con cargo a las cotizaciones del Sistema de Seguridad Social en Riesgos Laborales SSSRL / DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS PROVENIENTES DE SERVICIOS DE SALUD DERIVADOS DE ENFERMEDADES LABORALES Y ACCIDENTES DE TRABAJO - Procedencia / RECURSOS O FONDOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN RIESGOS LABORALES - Prohibición de gravarlos con impuestos territoriales

Los servicios de salud derivados de enfermedades laborales y accidentes de trabajo financiados con cargo a la cotización del Sistema de Seguridad Social en Riesgos Laborales (SSSRL) y organizados por las EPS, de conformidad con el artículo 208 de la Ley 100 de 1993. Dado lo anterior, la Sala considera que los servicios de salud que llegue a prestar una IPS, en relación con una enfermedad laboral o accidente de trabajo, no están gravados con ICA cuando estén remunerados con cargo a las cotizaciones del SSSRL, en la medida en que se cumpliría con las exigencias normativas consagradas en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002. Al anterior análisis cabe añadir que el artículo 31 de la Ley 1562 de



2012 dispone que los recursos del SSSRL, incluyendo las cotizaciones, no podrán ser gravados con impuestos territoriales.

FUENTE FORMAL: LEY 100 DE 1993 - ARTÍCULO 208 / LEY 788 DE 2002 - ARTÍCULO 111 / LEY 1562 DE 2012 - ARTÍCULO 31

DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS PROVENIENTES DE SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS CON CARGO A PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD - Improcedencia. La desgravación no cubre los servicios o planes de salud previstos en la normativa de seguridad social pero que no se financian con recursos del SGSSS, sino con pagos efectuados por el respectivo cotizante, para cubrir prestaciones en salud distintas a las contempladas en el POS o, actualmente, en el plan de beneficios en salud / PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD - Definición y características / PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD QUE SE PUEDEN PRESTAR DENTRO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - Enunciación / SUJECCIÓN AL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS DERIVADOS DE ACTIVIDADES O SERVICIOS DE SALUD REMUNERADOS CON CARGO A PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD - Procedencia. Al tratarse de recursos que no provienen del SGSSS, no están incluidos en la desgravación del artículo 111 de la Ley 788 de 2002, ni sometidos a la protección del artículo 48 de la Constitución

[P]ara la Sala también es importante precisar que los servicios o planes de salud previstos en la normativa de seguridad social pero que no se financian con recursos del SGSSS sino con pagos hechos por el respectivo cotizante, para cubrir prestaciones en salud distintas a las contempladas en el POS o, actualmente, en el plan de beneficios en salud, no se encuentran cubiertos por la desgravación del ICA objeto de análisis. Ese es el caso de los planes voluntarios de salud regulados en el artículo 169 de la Ley 100 de 1993 (modificado por el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011), que cubren asistencias relacionadas con los servicios de salud, son contratados voluntariamente y financiados completamente por el adquirente. La norma, conjuntamente con la reglamentación hecha en el artículo 2.2.4.3 del Decreto 780 de 2016, señala los planes voluntarios de salud que podrán prestarse dentro del SGSSS, a saber: (i) los planes de atención complementaria del POS o del plan de beneficios en salud, emitidos por las EPS; (ii) los planes de medicina prepagada, de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada; (iii) las pólizas de salud o de seguros emitidas por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera; y (iv) otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud. De conformidad con el artículo 2.2.4.2 del Decreto mencionado, los planes voluntarios de salud tienen como características que son un conjunto de beneficios opcionales y voluntarios, por cuanto son responsabilidad exclusiva del particular, pero se requiere que el usuario del plan esté previamente afiliado al SGSSS como cotizante o beneficiario. La norma define los planes como un servicio privado de interés público, cuya prestación no está a cargo del Estado, sino que son ofrecidos por EPS, entidades adaptadas al SGSSS, compañías de medicina prepagada y aseguradoras. Corolario de lo anterior, para la Sala sí están sometidos al ICA los ingresos percibidos por concepto de la prestación de planes voluntarios de salud, pues, al tratarse de recursos que no provienen del SGSSS, no están incluidos en la desgravación del artículo 111 de la Ley 788 de 2002, ni sometidos a la protección del artículo 48 de la Constitución.



FUENTE FORMAL: CONSTITUCIÓN POLÍTICA - ARTÍCULO 48 INCISO 5 / LEY 100 DE 1993 - ARTÍCULO 169 / LEY 788 DE 2002 - ARTÍCULO 111 / LEY 1438 DE 2011 - ARTÍCULO 37 / DECRETO 780 DE 2016 - ARTÍCULO 2.2.4.2 / DECRETO 780 DE 2016 - ARTÍCULO 2.2.4.3

DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS DERIVADOS DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA - Presupuestos / DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS DERIVADOS DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA - Carga de la prueba. Recae sobre el contribuyente / CARGA DE LA PRUEBA EN MATERIA TRIBUTARIA - Alcance. Factores de aminoración de la base imponible. Reiteración de jurisprudencia / DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS DERIVADOS DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA - Improcedencia. En el caso no se demostró que las prestaciones de servicios de salud que originaron la adición de ingresos adoptada por la administración, se remuneraron con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social SGSSS, razón por la cual no hay lugar al reconocimiento de la desgravación reclamada / IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA EN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA - Adición de ingresos operacionales originados en prestación de servicios No POS. Procedencia

6- Bajo las normas jurídicas analizadas y los hechos constatados, cabe concluir en el *sub lite* que, durante el periodo en cuestión (*i.e.* año gravable 2010), los ingresos no sometidos a tributación en la jurisdicción de Medellín para las entidades integrantes del SGSSS fueron aquellos enmarcados dentro de las previsiones del artículo 111 de la Ley 788 de 2002, aquí precisadas en el fundamento jurídico nro.4. En todo caso, la carga de demostrar los hechos que configuran el supuesto de aplicación de la desgravación recae sobre los contribuyentes, del modo en que lo prescribe el artículo 788 del ET (norma aplicable en Medellín en virtud de la remisión general hecha desde el Capítulo VIII del Decreto municipal 011, del 06 de enero de 2004, al régimen de pruebas regulado en el ET, vigente para la época de los hechos *sub lite*). Lo anterior por cuanto, en el contexto del tema de la carga de la prueba en materia tributaria, los factores de aminoración de la base imponible tienen un especial tratamiento en la normativa fiscal, como se evidencia en los artículos 786 y siguientes del ET (bajo el Libro V, Título VI, Capítulo III), en los cuales se establece que los contribuyentes deben probar circunstancias especiales respecto de los ingresos no constitutivos de renta, rentas exentas y pasivos negados por los beneficiarios de los mismos (...). Por lo dicho, es del caso concluir que la demandante tiene la carga de probar los supuestos de desgravación del impuesto de industria y comercio, de conformidad con el artículo 177 del CPC, que señala que «*incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen*», en concordancia con el artículo 167, inciso 1.º, del Código General del Proceso. La Sala observa que si bien la demandada no cuestionó que la actora tenga la calidad de IPS, y en ese orden de ideas, se tenga por cierto que se trata de una entidad que pertenece al SGSSS que vería desgravados los ingresos originados en servicios médicos (especificados en el fundamento jurídico nro. 4 de esta sentencia), por otra parte, la actora no demostró que las prestaciones de servicios de salud, que originaron los ingresos adicionados por la Administración Tributaria, fueron remuneradas con cargo a los recursos de la seguridad social. Incluso, en el caso *sub judice*, es importante resaltar que la

actora se relevó de probar dicha situación, toda vez que, en su criterio, la desgravación del impuesto de industria y comercio obedece, exclusivamente, a su condición subjetiva, es decir, a encontrarse adscrita al SGSSS. Por el contrario, la Sala destaca que se encuentra acreditado, de conformidad con el certificado del revisor fiscal que obra en el expediente a folio 130, que del total de ingresos operacionales, por cuantía de \$29.978.300.582 percibidos por la actora durante el año 2010, los correspondientes a actividades no POS ascienden a la suma \$11.892.981.234. Por consiguiente, se encuentra demostrado en el *sub lite* que la actora recibió ingresos operacionales originados en servicios no POS, por valor de \$11.892.981.234, que resultan gravados con ICA y, por lo tanto, es procedente la inclusión que de los mismos hizo la Administración en la base gravable del impuesto.

FUENTE FORMAL: LEY 788 DE 2002 - ARTÍCULO 111 / ESTATUTO TRIBUTARIO - ARTÍCULO 788 / DECRETO MUNICIPAL 011 DE 2004 MUNICIPIO DE MEDELLÍN / ESTATUTO TRIBUTARIO - ARTÍCULO 786 / CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL - ARTÍCULO 177 / LEY 1564 DE 2012 (CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO) - ARTÍCULO 167 INCISO 1

NOTA DE RELATORÍA: En relación con la carga de la prueba de los factores de aminoración y aumento o negativos y positivos de la base imponible en materia tributaria se reitera la sentencia de la Sección Cuarta del Consejo de Estado de 31 de mayo de 2018, radicación 08001-23-33-000-2012-00442-01(20813), C.P. Julio Roberto Piza Rodríguez, a su vez, reiterada en sentencia del 29 de agosto de 2018, radicación 25000-23-37-000-2012-00292-02(21349), C.P. Julio Roberto Piza Rodríguez

DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS DERIVADOS DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA - Presupuestos / AUSENCIA DE TARIFA ESPECIAL DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA SOBRE INGRESOS DERIVADOS DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA EN EL MUNICIPIO DE MEDELLÍN - Justificación / TARIFA DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA SOBRE INGRESOS DERIVADOS DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA EN EL MUNICIPIO DE MEDELLÍN - Aplicación supletiva de tarifa residual. Procedencia

7.1- En relación con el cargo de la demanda referido a la ausencia de tarifa aplicable en el Acuerdo municipal nro. 67 de 2008 (vigente para la época de los hechos *sub judice*), (...) es pertinente poner de presente que la no inclusión de la tarifa en el referido acuerdo municipal tuvo como sustento, según la exposición de motivos del Acuerdo municipal nro. 67 de 2008, tal como lo expresó la misma actora, el «*cumplimiento a varios fallos que en sumo determinan que los dineros de la salud no pueden tener una destinación diferente por mandato constitucional*». En ese sentido, es importante mencionar que mediante la sentencia del 04 de septiembre de 2014 (expediente 19039, Consejero Ponente: Carmen Teresa Ortiz de Rodríguez) se declaró la nulidad de las expresiones relativas a la tarifa para los servicios de salud en la seguridad social que utilizaban los artículos los artículos 8.º y 140 del Acuerdo 50 de 1997 y 40 del Acuerdo 61 de 1999, expedidos por el Concejo de Medellín, y 71 y 97 del Decreto 710 de 2000 proferido por el Alcalde del mismo municipio. De manera que, la no inclusión de una tarifa específica para los servicios de salud y de la seguridad social deriva del esfuerzo por no reproducir normas anuladas, que no a la. Consideración de que los servicios de salud prestados por entidades pertenecientes al SGSSS están



exentos en términos absolutos, como lo pretende la demandante. Sin embargo, se reitera que, conforme con las consideraciones señaladas en el fundamento jurídico nro. 4 de esta providencia, la desgravación de los ingresos derivados de la prestación de servicios de salud se encuentra condicionada a dos circunstancias: (i) que el contribuyente sea una entidad integrante del SGSSS; y (ii) que los ingresos percibidos por ese contribuyente correspondan a recursos de la seguridad social destinados a la finalidad del sistema de seguridad social. Corolario de lo anterior, la Sala considera que la inexistencia de una tarifa especial del impuesto en el Acuerdo nro. 67 de 2008 para los servicios de salud gravados (*i.e.* los no cobijados por la desgravación del artículo 111 de la Ley 788 de 2002), no implica la ausencia de una tarifa aplicable, que impida liquidar el impuesto, toda vez que el mismo cuerpo normativo municipal, en su artículo 51, dispuso una tarifa residual de diez por mil aplicable a las «*Demás actividades de servicios no clasificadas en los códigos anteriores*». De manera que, ante la ausencia de una tarifa específica para los servicios de salud, en criterio de la Sala resulta aplicable la referida tarifa residual del diez por mil. Por ese motivo, no prospera el cargo de nulidad.

FUENTE FORMAL: LEY 788 DE 2002 - ARTÍCULO 111 / ACUERDO 50 DE 1997 MUNICIPIO DE MEDELLÍN - ARTÍCULO 8 / ACUERDO 50 DE 1997 MUNICIPIO DE MEDELLÍN - ARTÍCULO 140 / ACUERDO 61 DE 1999 MUNICIPIO DE MEDELLÍN - ARTÍCULO 40 / DECRETO 710 DE 2010 ALCALDÍA DE MEDELLÍN - ARTÍCULO 71 / DECRETO 710 DE 2010 ALCALDÍA DE MEDELLÍN - ARTÍCULO 97 / ACUERDO 067 DE 2008 MUNICIPIO DE MEDELLÍN - ARTÍCULO 51

INCLUSIÓN EN LA BASE GRAVABLE DE LA AUTOLIQUIDACIÓN DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS NO OPERACIONALES - Alcance / INCLUSIÓN EN LA BASE GRAVABLE DE LA AUTOLIQUIDACIÓN DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS NO OPERACIONALES - Efectos / EXCLUSIÓN DE LA BASE GRAVABLE DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS NO OPERACIONALES INCLUIDOS POR EL CONTRIBUYENTE EN LA AUTOLIQUIDACIÓN DEL TRIBUTO - Procedimiento / CONTROL DE LEGALIDAD DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE NO ADICIONÓ A LA BASE GRAVABLE DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA INGRESOS NO OPERACIONALES Y QUE EL CONTRIBUYENTE PRETENDE QUE SE EXCLUYAN DE LA BASE GRAVABLE - Improcedencia. En el caso, el acto demandando no creó la situación jurídica que el demandante pretende someter a control judicial, toda vez que no tuvo por objeto incluir en la base gravable los ingresos no operacionales respecto de los cuales solicita que se excluyan de la misma

[E]n relación con el cargo de la demanda referido a la no sujeción de los ingresos calificados como no operativos frente al ICA, la actora alega que los ingresos que la sociedad incluyó, al momento de autoliquidar el tributo, en la base gravable del impuesto por concepto de «*rendimientos financieros*», «*dividendos y participaciones*» e ingresos «*diversos*», no están gravados por cuanto no derivan de la realización de ninguna actividad comercial, industrial o de servicios. Al respecto, la Sala destaca que la inclusión de los ingresos mencionados en la base gravable del impuesto fue realizada por la misma sociedad demandante, que al momento de presentar su liquidación privada decidió declararlos como ingresos gravados (...) Corolario de lo anterior, es importante advertir que el acto administrativo censurado no modificó la anterior situación, ya que, se repite, la

Administración no fue quien adicionó a la base imponible los ingresos por los conceptos antes referidos. Por el contrario, la demandada decidió, de forma favorable a la situación jurídica del contribuyente, excluir de tal base gravable las cuantías de \$34.088.334, por concepto de utilidad en venta propiedad, planta y equipo, y de \$57.758.288, por concepto de arrendamientos, tal como se evidencia del requerimiento especial (...) y de la liquidación oficial de revisión (...), respectivamente. Pese a dichas exclusiones de la base imponible, realizadas por la Administración Tributaria en beneficio del sujeto pasivo, para la Sala resulta claro que los ingresos no operacionales fueron base gravable del impuesto porque así lo determinó y autoliquidó el propio contribuyente en el acto de la declaración privada, y no porque los mismos fueron adicionados a la base imponible mediante la liquidación oficial de revisión. Asimismo, en el expediente no obra prueba alguna acerca de que la sociedad demandante haya presentado una declaración de corrección para excluir de la base gravable tales ingresos, ni que haya presentado una solicitud de devolución por pago de lo no debido o pago en exceso, respecto del impuesto autoliquidado y pagado por esos ingresos autoliquidados como gravables. De hecho, la Sala observa que, en el escrito de la demanda se solicita en el acápite de pretensiones que, frente a la eventual declaratoria de nulidad de los actos acusados, se restablezca el derecho de la actora «*declarando ajustada a derecho la declaración presentada por el impuesto de industria y comercio del periodo gravable 2010*», es decir, que se declare la firmeza de la autoliquidación que incluye como ingresos gravados los aludidos conceptos de ingresos no operacionales. Por lo expuesto, la Sala considera que el acto administrativo demandando no creó la situación jurídica que el demandante pretende someter a control judicial mediante el referido cargo de violación, toda vez que el acto administrativo censurado no tuvo por objeto incluir en la base gravable los ingresos no operacionales respecto de los cuales el demandante solicita, en sede jurisdiccional, sean excluidos de la base gravable.

CONDENA EN COSTAS DE PRIMERA INSTANCIA - Levantamiento por revocatoria de la sentencia apelada / CONDENA EN COSTAS DE SEGUNDA INSTANCIA - Improcedencia. Falta de prueba de su causación

Como en el *sub lite* la Sala revoca la decisión del *a quo*, en igual sentido procede la revocatoria de la condena en costas impuestas por el tribunal en el ordinal tercero de la parte resolutive de la providencia apelada. En su lugar, niega la condena en costas en ambas instancias porque no obra prueba en el expediente que demuestre las erogaciones por dicho concepto, como lo exige para su procedencia los artículos 188 del CPACA y 385 del CGP.

FUENTE FORMAL: LEY 1437 DE 2011 (CPACA) - ARTÍCULO 188 / LEY 1564 DE 2012 (CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO) - ARTÍCULO 365

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCIÓN CUARTA

Consejero ponente: JULIO ROBERTO PIZA RODRÍGUEZ

Bogotá, D.C., veintisiete (27) de junio de dos mil diecinueve (2019)



Radicación número: 05001-23-33-000-2013-00853-01(22250)

Actor: CLÍNICA DE OFTALMOLOGÍA SAN DIEGO S. A.

Demandado: MUNICIPIO DE MEDELLÍN

FALLO

La Sala decide el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada contra la sentencia del 17 de septiembre de 2015, proferida por el Tribunal Administrativo de Antioquia, Sala Primera de Oralidad, que decidió (f. 173):

PRIMERO: Se declara la nulidad de la Resolución No. 3480 del 7 de marzo de 2013, por medio de la cual la entidad demandada le practicó liquidación oficial de revisión a la Clínica de Oftalmología San Diego S. A.

SEGUNDO: Como consecuencia de lo anterior y a título de restablecimiento de derecho, se declara la firmeza de la declaración privada del impuesto de Industria y Comercio presentada por el contribuyente Clínica de Oftalmología San Diego S. A., por el año gravable 2010.

TERCERO: Se condena en costas a la parte demandada, conforme a los artículos 188 del CPACA, 392 del C.P.C., numeral 2° del Art 19 de la Ley 1395 de 2010 y los Acuerdos 1887 y 2222 de 2003, emanados de la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura. Líquidense por Secretaria.

(...)

ANTECEDENTES DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA

El 26 de abril de 2011, la demandante presentó la declaración del impuesto de industria y comercio y avisos y tableros (ICA) correspondiente al periodo gravable 2010, en la que determinó un valor a pagar de \$21.578.000 (ff. 117 a 118).

Mediante la Resolución nro. 10736, del 06 de julio de 2012, la Secretaría de Hacienda del municipio de Medellín profirió requerimiento especial, en el que propuso modificar la liquidación privada señalada, así: (i) determinar el impuesto a cargo en \$137.976.000; (ii) imponer sanción por inexactitud por \$69.839.000 (ff. 48 a 50).

Tras la respuesta al requerimiento especial (ff. 53 a 68), mediante la Resolución nro. 3480, del 07 de marzo de 2013, la Administración tributaria expidió la liquidación oficial de revisión con la que modificó la liquidación privada del impuesto, y determinó el valor del impuesto de industria y comercio y avisos y tableros en \$137.311.000, sin imponer sanción por inexactitud por cuanto aceptó la configuración de la diferencia de criterios como causal de exoneración de responsabilidad punitiva (ff. 40 a 44).

Con fundamento en los artículos 106 del Decreto 924 de 2009¹, y 720 del Estatuto Tributario² (ET, Decreto 624 de 1989), la sociedad actora prescindió del recurso

¹ «Por medio del cual se adecua el régimen procedimental en materia tributaria para el Municipio de Medellín», vigente para la época de los hechos *sub lite*.

² De conformidad con el artículo 59 de la Ley 788 de 2002, que establece para los departamentos y municipios una remisión al régimen procedimental establecido en el Estatuto Tributario Nacional.

de reconsideración y acudió directamente a la jurisdicción a través de demanda *per saltum* (f. 8).

ANTECEDENTES PROCESALES

Demanda

En ejercicio del medio de control de nulidad y restablecimiento del derecho, previsto en el artículo 138 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA, Ley 1437 de 2011), la demandante formuló las siguientes pretensiones (f. 32):

- A. (...) comedidamente solicito se declare la nulidad de la Resolución 3480 de marzo 7 de 2013 proferida por la Subsecretaria de Ingresos de la Secretaría de Hacienda del Municipio de Medellín mediante la cual se practica una ilegal Liquidación Oficial de Revisión por el impuesto de Industria y Comercio del periodo gravable 2010. En consecuencia de dicha nulidad se restablezca en su derecho a mi representada declarando ajustada a derecho la declaración presentada por el impuesto de industria y comercio del periodo gravable 2010.
- B. Adicionalmente, en virtud a la argumentación expuesta en cuanto a que la actuación administrativa obedece exclusivamente a una rebeldía ilegal y dañina, al punto que incluso desconoce que la tarifa del impuesto para la prestación de servicios de salud fue derogada por solicitud expresa de la propia administración municipal, comedidamente solicito al Honorable Tribunal que condene en costas a la parte demandada, cuyos soportes o certificaciones se anexan.

(...)

A esos efectos, la demandante invocó como normas violadas los artículos 2.º y 29 de la Constitución; 39 de la Ley 14 de 1983; y 2.º, 3.º y 42 del CPACA. El concepto de violación planteado se resume así (ff. 9 a 31):

- 1- Violación del derecho al debido proceso y de la prohibición de gravar con el impuesto de industria y comercio los ingresos recibidos por las IPS por la prestación de servicios de salud

Señaló que, de conformidad con el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 y de la reiterada jurisprudencia de esta corporación, los ingresos derivados de la prestación de servicios de salud por las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se encuentran exentos del impuesto de industria y comercio (ICA), independientemente de la denominación de la entidad o de su naturaleza pública o privada.

En ese sentido, manifestó que la mencionada exención no deviene del objeto social de la institución que preste los referidos servicios, sino de su condición subjetiva, es decir, de que acredite ser integrante del SGSSS. Lo anterior, agregó, salvo que se trate de ingresos percibidos en el desarrollo de actividades ajenas a la prestación de servicios relacionados con la salud, caso en el cual sí estarán sujetos al impuesto de industria y comercio dichos ingresos.

Explicó que su naturaleza jurídica es la de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de carácter privado que, conforme con los artículos 5º y 7.º de la Ley 10 de 1990, y 155 de la Ley 100 de 1993, pertenece o es integrante del SGSSS, lo que determina su derecho a la exención del ICA en relación con los ingresos derivados de la prestación de servicios de salud.

Destacó que la prohibición para los departamentos y municipios de gravar con ICA a los «*hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud*», establecida en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, fue interpretada por esta corporación mediante sentencia del 07 de febrero de 2008 (expediente 15785, CP: María Inés Ortiz Barbosa), en el sentido de que la desgravación contenida en dicha disposición jurídica es aplicable a todas las instituciones que pertenezcan al SGSSS de que trata la Ley 100 de 1993, salvo que los ingresos sean percibidos por la realización de actividades industriales y/o comerciales.

Adicionalmente adujo que, conforme a diferentes pronunciamientos de esta judicatura³, la exención establecida en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 abarca de manera general los ingresos percibidos por la prestación de servicios de salud, con independencia de que estos no se encuentren incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), como ocurre en el caso de los ingresos originados en servicios de medicina prepagada, planes complementarios, pólizas, entre otros.

2- Ausencia de tarifa aplicable a la prestación de servicios de salud

Argumentó que el Acuerdo municipal nro. 057 de 2003, proferido por el Concejo de Medellín, establecía, para efectos del impuesto de industria y comercio, una tarifa de diez por mil aplicable a «*los servicios de salud y de seguridad social integral*». Sin embargo, sostuvo que la mencionada tarifa no fue incluida en el Acuerdo municipal nro. 67 de 2008 —aplicable para la fecha de los hechos del caso—, expedido por la misma corporación, y que ello obedeció, según la exposición de motivos del mismo, en la «*eliminación de las normas que determinaban la tributación para el sector salud, en cumplimiento a varios fallos que en sumo determinan que los dineros de la salud no pueden tener una destinación diferente por mandato constitucional*».

Por lo anterior concluyó que, por la ausencia de uno de los factores que integran el aspecto cuantitativo, señaladamente la alícuota, la Administración no podía liquidar el ICA a cargo de la sociedad por la prestación de los servicios de salud.

3- Ausencia de actividad gravada respecto de los ingresos calificados como no operativos

Adujo que, los ingresos incluidos por la sociedad en la base gravable del impuesto por concepto de «*rendimientos financieros*», «*dividendos y participaciones*» e ingresos «*diversos*» (que incluyen actividades de reciclaje, reintegros de gastos, entre otros) no derivan de la realización de ninguna actividad comercial, industrial o de servicios, sino del giro normal de la prestación de servicios de salud, razón por la cual no se encuentran gravados con ICA. Al respecto citó la sentencia de esta corporación del 07 de febrero de 2008 (expediente 15785, CP: María Inés Ortiz Barbosa).

Manifestó que, si la Administración consideraba que los ingresos por los referidos conceptos correspondían a la realización de actividades de prestación de servicios, debía demostrarlo y sustentarlo con pruebas, y no simplemente inferirlo.

³ Sentencias del 24 de mayo de 2012, expediente 17914, CP: Martha Teresa Briceño de Valencia; del 12 de julio de 2012, expediente 18502, CP: Martha Teresa Briceño de Valencia; del 16 de agosto de 2012, expediente 18431, CP: William Giraldo Giraldo; del 16 de agosto de 2012, expediente 18114, CP: Martha Teresa Briceño de Valencia; del 11 de octubre de 2012, expediente 18615, CP: Martha Teresa Briceño de Valencia.



Contestación de la demanda

La Administración se opuso a las pretensiones de la demanda por las siguientes razones (ff. 96 a 106):

Afirmó que, mediante el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, se estableció una prohibición de gravar con el impuesto de industria y comercio a los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud (SNS). Sin embargo, agregó que la anterior disposición fue modificada por el artículo 11 de la Ley 50 de 1984, según el cual *«cuando las entidades a que se refiere el artículo 39, numeral 2º. literal d) de la Ley 14 de 1983 realicen actividades industriales o comerciales serán sujetos del impuesto de Industria y Comercio en lo relativo a tales actividades»*.

Sostuvo que la finalidad del artículo 39 mencionado fue la de no gravar los ingresos dirigidos a la prestación del servicio público de salud, por lo que los ingresos percibidos por las IPS que no cumplan con dicha finalidad, deben estar sujetos al impuesto de industria y comercio.

En razón a lo anterior, afirmó que dentro de las actividades desarrolladas por la sociedad demandante existen servicios que no se encuentran amparados bajo la mencionada prohibición, como ocurre con aquellos que no hacen parte del SGSSS. Particularmente, los que no se encuentran incluidos dentro del POS. Por lo expuesto, manifestó que los ingresos derivados de servicios de *«cirugía especializada»* y *«cirugía estética»* no podían ser detraídos de la base gravable del impuesto.

Por último, aseguró que el Acuerdo municipal nro. 67 de 2008, proferido por el Concejo de Medellín, sí contemplaba una tarifa aplicable a la prestación de servicios de salud, pues, de conformidad con el artículo 51 *ibidem*, la alícuota procedente corresponde era del diez por mil, relacionada con las *«demás actividades de servicios no clasificadas en los códigos anteriores»*.

Sentencia apelada

El Tribunal de primera instancia accedió a las pretensiones de la demanda, con fundamento en las consideraciones que se exponen a continuación (ff. 167 a 173):

Advirtió que, en virtud de los artículos 39 de la Ley 14 de 1983 y 11 de la Ley 50 de 1984, y de la sentencia del 11 de octubre de 2012 (expediente 18615, CP: Martha Teresa Briceño de Valencia), es dable concluir que existe una prohibición para los municipios de gravar con ICA a los *«hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud»*, expresión que comprende a todas las entidades e instituciones que integran el SGSSS, con independencia de que su naturaleza sea pública o privada. Lo anterior, precisó, tiene lugar siempre y cuando los ingresos que generen no se originen en la realización de actividades comerciales e industriales, pues en dicho evento, los mismos sí se encuentran sujetos al referido tributo.

Señaló que, según se desprende de los argumentos expuestos en la liquidación oficial de revisión demandada, la Administración consideró que cualquier servicio de salud que no esté contemplado en el POS se encuentra sujeto al impuesto de industria y comercio. Sin embargo, adujo que la prohibición de gravar con ICA a las entidades que prestan servicios de salud no tiene la referida limitación planteada por la demandada.

Sobre el particular, invocó las sentencias del 07 de febrero de 2008 (expediente 15785, CP: María Inés Ortiz Barbosa) y del 12 de julio de 2012 (expediente 18502, CP: Martha Teresa Briceño de Valencia), proferidas por esta corporación, en las que se señaló que carecía de sustento legal exigir a las entidades prestadoras de servicios de salud diferenciar en su contabilidad los ingresos recibidos por servicios contemplados en el POS, de aquellos que no lo estaban, ya que, en todo caso, solo son gravables con ICA los ingresos originados en actividades industriales y comerciales. Concluyó que la exención del impuesto de industria y comercio establecida en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, no está condicionada a que los servicios prestados correspondan a los comprendidos en el POS, *«pues el beneficio se dirige a no gravar el ingreso que proviene directamente como retribución del servicio de salud que prestan los entes prestadores de este tipo de servicios»*.

Por lo anterior, declaró la nulidad del acto administrativo demandado y, como restablecimiento del derecho, declaró la firmeza de la liquidación privada presentada por la actora.

Recurso de apelación

La parte demandada apeló la decisión del tribunal y solicitó que se revoque la sentencia de primera instancia (ff. 177 a 180). Al efecto, reiteró los argumentos propuestos en la demanda, exclusivamente en relación con la inclusión en la base gravable del ICA de los ingresos derivados de la prestación de servicios no contemplados en el POS. Sobre el particular, enfatizó que la actora, al encontrarse autorizada para prestar servicios médicos, estaba habilitada para ejecutar actividades de índole comercial, como las relacionadas con la suscripción de contratos de medicina prepagada, de contratos celebrados con entidades aseguradoras para ofrecer servicios de salud mediante pólizas, o la prestación de servicios extraordinarios adquiridos por particulares por mera liberalidad.

En ese contexto, reprochó que la demandante no aportara pruebas que acreditaran el origen de los ingresos cuestionados, esto es, demostrar que los mismos provenían del SGSSS, por derivarse de la prestación de servicios incluidos dentro del POS. Al contrario, destacó que, luego de verificar la información contable registrada en los libros auxiliares de la sociedad actora, se comprobó que la misma percibió ingresos originados en la prestación de servicios no incluidos en el POS.

Por último, cuestionó la condena en costas, habida cuenta de que, a su juicio, no aparecen causadas, ello por cuanto no se evidenciaron comportamientos procesales que dieran lugar a las mismas.

Alegatos de conclusión

La parte actora insistió en los argumentos expuestos en las instancias procesales anteriores (ff. 199 a 205).

No obstante, resaltó que la demandada alegó, durante el proceso administrativo de gestión tributaria, que los ingresos derivados de servicios no incluidos en el POS, *i.e.* de planes adicionales y complementarios de salud, se encuentran gravados con ICA. Sin embargo, cuestionó que, con ocasión de la contestación de la demanda, la Administración manifestó que los servicios censurados



correspondían a procedimientos estéticos gravados con el tributo, sin que aportara pruebas que sustentaran dicha afirmación.

Al respecto señaló que si la demandada tenía pruebas que demostraran la existencia de ingresos originados en los referidos procedimientos estéticos, las mismas debían haber sido aportadas durante la vía administrativa, ya que alegar hechos nuevos en la contestación de la demanda, como ocurrió en el *sub lite*, resultaba violatorio de sus derechos al debido proceso y a la defensa, debido a la falta de oportunidad procesal para recurrirlos. En consecuencia, solicitó que los nuevos argumentos planteados por la Administración no fueran considerados válidos.

Por su parte, la entidad territorial demandada no se pronunció en esta etapa del proceso, a pesar de haber sido debidamente notificada del auto que corrió traslado para el efecto (f. 197).

Concepto del Ministerio Público

El Ministerio Público no rindió concepto pese a que mediante auto del 17 de febrero de 2017, notificado a través de estado del 10 de marzo de 2017, se corrió traslado para todos los efectos (f. 197).

CONSIDERACIONES DE LA SALA

1- En los términos del recurso de apelación interpuesto por la entidad demandada contra la sentencia de primera instancia que accedió a las pretensiones de la demanda, la Sala decidirá sobre la legalidad del acto demandado, por medio del cual se modificó la liquidación privada del impuesto de industria y comercio del año gravable 2010 de la sociedad demandante. Concretamente, le corresponde a la Sala establecer si era procedente que el municipio de Medellín adicionara a la base gravable del impuesto de industria y comercio los ingresos que la demandante percibió por la prestación de servicios de salud no incluidos en el POS, en el año gravable 2010.

La Sala advierte, como cuestión preliminar, que la demandante planteó, en términos generales, dos cargos de violación contra el acto administrativo demandado «*per saltum*». El primero de ellos, relativo a la nulidad de la decisión de la Administración Tributaria de adicionar a la base gravable del ICA los ingresos originados por la prestación de actividades de servicios de salud; y, el segundo, enfocado a manifestar que los ingresos calificados en la contabilidad como «*no operacionales*», respecto de los cuales el contribuyente liquidó un impuesto a pagar en la declaración privada de ICA presentada, no están gravados con el impuesto.

Pese a ello, el *a quo* estudió únicamente el cargo de violación relativo a la tributación de los servicios de salud en el ICA, con base en lo cual declaró la nulidad plena de la liquidación oficial de revisión demandada y la firmeza de la declaración privada presentada por el demandante. Por lo anterior, en el evento en que prospere el cargo de apelación de la demandada, la Sala procederá a examinar, en lo pertinente, el concepto de violación relativo al gravamen sobre los ingresos no operacionales.

2- Tomando en consideración que el debate jurídico al que obedece el *sub lite*

discurre en torno a las vicisitudes del ordenamiento jurídico que rige la tributación de los servicios de salud en el ICA, la Sala estima necesario abordar, como una cuestión previa, el análisis del marco normativo en relación con la tributación de los servicios de salud en ese impuesto, reiterando el análisis hecho por la Sala en sentencia del 04 de abril de 2019 (exp. 20204, CP: Julio Roberto Piza).

2.1- Si bien el tributo en cuestión tiene como aspecto material del hecho imponible la realización de actividades industriales, comerciales o de servicios, desde el mismo momento en el que se le dio estructura uniforme a ese impuesto mediante los artículos 32 y siguientes de la Ley 14 de 1983 (que a la postre fueron codificados en los artículos 195 y siguientes del Decreto Ley 1333 de 1986), se adoptaron reglas encaminadas a desgravar los ingresos percibidos por contribuyentes que prestan servicios de salud. Desde entonces, el legislador ha tenido que intervenir la materia en varias ocasiones, para acompasar la desgravación con la evolución de la normativa sectorial del servicio público de salud, tal como ha ocurrido, tras la Ley 14 de 1983, con las disposiciones que sobre el particular se han proferido en la Ley 50 de 1984, el Decreto Ley 1333 de 1986, la Ley 633 de 2000 y, finalmente, en la Ley 788 de 2002.

Originalmente, la letra d) del ordinal 2.º del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 dispuso que los municipios (y distritos) tenían prohibido gravar con el impuesto una serie de entidades de distinto orden, caracterizadas por carecer de ánimo lucrativo, dentro de las que se encontraban «*los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud*»⁴. Se trataba por tanto de una desgravación subjetiva absoluta, que enervaba el nacimiento de la obligación tributaria en ICA cuandoquiera que los sujetos mencionados realizaran cualquiera de los tres hechos generadores posibles del impuesto en mención.

Pero, muy pronto, con la expedición de la Ley 50 de 1984, la desgravación fue modificada para cambiar su naturaleza, de subjetiva a objetiva, aunque solo reconocida a unos sujetos señalados, en los términos del artículo 11 de la mencionada ley, según el cual «*cuando las entidades a que se refiere el artículo 39, numeral 2º. literal d) de la Ley 14 de 1983 realicen actividades industriales o comerciales serán sujetos del impuesto de Industria y Comercio en lo relativo a tales actividades*».

Así, quedó configurada una desgravación de las actividades de servicios prestadas por «*los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud*», en cuya comprensión no se puede soslayar que la terminología empleada no es abierta ni casual, toda vez que la desgravación estaba dada solo para quienes cumplieran la condición de estar calificados jurídicamente como un hospital adscrito o vinculado al sistema nacional de salud. Para entonces (1983), esa expresión tenía una connotación particular que estaba determinada por las normas reguladoras de lo que era el «*Sistema Nacional de Salud*».

En concreto, a la fecha, el Decreto 056 de 1975 establecía el «*Sistema Nacional de Salud*» y lo definía como «*el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tuvieran por finalidad procurar la salud de la comunidad mediante la promoción, protección, recuperación y rehabilitación*» (artículo 1.º); a partir de lo cual, otra disposición, el Decreto 356 de 1975, prescribió que «*las entidades que*

⁴ Textualmente, la norma consagraba que los municipios tenían la prohibición de «*gravar con el impuesto de Industria y Comercio, los establecimientos educativos públicos, las entidades de beneficencia, las culturales y deportivas, los sindicatos, las asociaciones de profesionales y gremiales sin ánimo de lucro, los partidos políticos y los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud*».

presten servicios de salud estarán adscritas o vinculadas al sistema nacional de salud» (artículo 1.º), siendo adscritas las entidades de derecho público que prestaran servicios de salud a la comunidad (artículo 2.º) y vinculadas las entidades de derecho privado que prestaran servicios de salud a la comunidad, por el solo hecho de prestar servicios de salud a la comunidad (artículo 9.º). A lo cual cabe añadir que al interior de la categoría de las entidades vinculadas (*i.e.* de derecho privado) las reglas distinguían entre las que tenían ánimo lucrativo y las que carecían de él.

En consecuencia, la desgravación estaba referida a una concreta realidad: las actividades realizadas por los hospitales que estuvieran adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud conforme a la regulación de los Decretos 056 y 356 de 1975.

En 1986, la desgravación del ICA establecida en la letra d) del ordinal 2.º del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 y la precisión hecha en el artículo 11 de la Ley 50 de 1984 fueron llevadas, en los mismos términos, a los artículos 259 y 201, respectivamente, del Decreto Ley 1333 de 1986 (Código de Régimen Municipal) y, además, se reiteró la prohibición en el ordinal 9.º del artículo 99, del referido decreto.

Después, la Ley 10 de 1990 reorganizó el *Sistema Nacional de Salud* en el *Sistema de Salud*; pero el cambio constitucional de 1991 conllevó una nueva formulación del derecho fundamental a la salud (artículo 49 de la Carta) y de su garantía y provisión a través de los servicios de seguridad social prestados por entidades públicas o privadas, pero bajo la dirección, coordinación y control del Estado (artículo 48 *ibidem*), lo que dio lugar a que mediante la Ley 100 de 1993 se adoptara una nueva organización para el sistema de salud que subrogó el previo.

Bajo esta nueva realidad del ordenamiento, resultó particularmente relevante lo mandado en el inciso 5.º del artículo 48 de la Constitución, de conformidad con el cual *«no se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella»*, disposición que suscitó, en el ámbito de la imposición en ICA, que se profririeran dos normas encaminadas a preservar del gravamen tales recursos: los artículos 93 de la Ley 633 de 2000 y 111 de la Ley 788 de 2002.

El primero se ocupó de *«interpretar con autoridad»* la letra d) del ordinal 2.º del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, para indicar el alcance de la desgravación, tomando en consideración la prohibición del inciso 5.º del artículo 48 constitucional. En concreto, estableció que se entendía *«incorporada»* en la norma *«interpretada»* la prohibición de gravar con ICA (i) los recursos de las entidades integrantes del sistema general de seguridad social en salud, en el porcentaje de la UPC destinado obligatoriamente a la prestación de los servicios de salud; (ii) los ingresos provenientes de las cotizaciones; y (iii) los ingresos destinados al pago de las prestaciones económicas. Según quedó acreditado en las constancias del trámite legislativo seguido para la expedición de la norma, la finalidad a la que atendía era la de *«aclarar la prohibición de gravar con el impuesto de industria y comercio, los ingresos provenientes de la prestación del servicio de salud en el otrora Sistema Nacional de Salud, existente en la época del legislador de 1983, la que se realizaba directamente por el Estado a través de hospitales públicos y privados que tenían la calidad de adscritos y vinculados, respectivamente, al sistema nacional de salud y que se transformó con la nueva Constitución Política en el Sistema General de Seguridad Social en Salud»*.

La anterior circunstancia da cuenta de que el legislador tenía conciencia de la necesidad de adecuar el contenido de la desgravación en ICA de los servicios de salud a la configuración presente del SGSSS, en la medida en que el objeto de regulación al que se refería la letra d) del ordinal 2.º del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 (*i.e.* «*los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud*») había desaparecido del ordenamiento con el consiguiente vaciamiento del mandato contenido en la disposición.

Con todo, ese artículo 93 de la Ley 633 de 2000 fue declarado inconstitucional por la sentencia C-245 de 2002. Por indicación expresa de la Corte Constitucional, la decisión tuvo efectos *ex nunc*, de manera que la disposición en cita surtió efectos jurídicos desde que se promulgó hasta que quedó ejecutoriada la declaratoria de inconstitucionalidad.

La motivación de la providencia señaló que la decisión del máximo intérprete de la Constitución obedecía a que el Congreso había excedido su facultad interpretativa porque la disposición interpretativa fue más allá de precisar el contenido de la disposición jurídica interpretada y había ampliado el ámbito de aplicación de la desgravación a nuevos eventos o supuestos de hecho no comprendidos en la misma. Resultan indicativos estos apartes del fallo:

(...) hay una diferencia sustancial entre la norma interpretada y la interpretativa, puesto que mientras el eje normativo que identifica a la primera giraba alrededor de la definición de sujetos específicos, el artículo 93 de la Ley 633 de 2000 incluye [...] recursos que tampoco serán gravados por dicho concepto y adiciona nuevos sujetos obligados a pagar el gravamen.

Por estas razones, la definición de la naturaleza interpretativa del artículo 93 de la Ley 633 de 2000 es inexecutable, pues cuando el legislador desconoce los requisitos que ha de cumplir una disposición que dice interpretar con autoridad otro precepto legal vulnera el contenido del artículo 150, numeral 1, mediante el cual se le encomienda al Congreso hacer las leyes y, a través de ellas, interpretar otras disposiciones legales.

El vacío normativo fue suplido en el mismo año en que se profirió la sentencia en cita, por virtud de la promulgación de la Ley 788 de 2002, la cual dispuso que se excluyen de la base gravable del ICA los recursos de las entidades integrantes del SGSSS, del siguiente modo:

Artículo 111. En su condición de recursos de la seguridad social, no forman parte de la base gravable del impuesto de industria y comercio, los recursos de las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el porcentaje de la Unidad de Pago Por Capitación, UPC, destinado obligatoriamente a la prestación de servicios de salud, conforme a su destinación específica, como lo prevé el artículo 48 de la Constitución Política.

Este porcentaje será para estos efectos, del ochenta por ciento (80%) en el régimen contributivo y del ochenta y cinco por ciento (85%) de la UPC en el régimen subsidiado.

Así, la desgravación se limitó al concepto de ingresos por concepto de UPC, o unidad de pago por capitación, específicamente, en el porcentaje del 80% de la UPC, en el régimen contributivo, y del 85% de la UPC, en el régimen subsidiado. Además, quedó señalado que la desgravación obedecía a que se trataba de recursos de la seguridad social, afectos a una destinación específica en virtud del inciso 5.º del artículo 48 constitucional.

Esta norma también dio lugar a un juicio de constitucionalidad que fue decidido mediante sentencia C-1040 de 2003, en la cual la Corte Constitucional determinó

que eran inconstitucionales las referencias que hacía la disposición a la UPC. Tras la providencia, el texto de la norma consagró:

Artículo 111. En su condición de recursos de la seguridad social, no forman parte de la base gravable del impuesto de industria y comercio, los recursos de las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme a su destinación específica, como lo prevé el artículo 48 de la Constitución Política.

Al adoptar la decisión, la Corte Constitucional se basó en la consideración de que la totalidad de los recursos del SGSSS, que provienen de las cotizaciones, están sujetos a una destinación especial dada por el artículo 48 constitucional, razón por la cual no se podrán emplear en finalidades distintas a las del propio sistema. Agregó que el POS se estructuró para garantizar y cumplir la finalidad del SGSSS y que la UPC incorpora el costo que acarrea el cumplimiento del POS, de modo que existe un vínculo indisoluble entre la UPC y el POS, pues la finalidad de la UPC es financiar la ejecución de este, con lo cual la UPC no es un ingreso propio de las EPS.

Concluyó la Corte Constitucional que no puede ser objeto de gravamen ningún porcentaje de la UPC, y que no cabía distinguir entre la porción de la UPC destinada al cumplimiento de las prestaciones de salud y la destinada a los gastos administrativos del sistema pues, de ser objeto de impuesto alguno, se violaría la prohibición constitucional de utilizar los recursos del SGSSS en otras finalidades. Por último, aclaró cuáles de los ingresos percibidos por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) no están sujetos a tributación en ICA, en la medida en que comprometen recursos de la UPC, y cuáles sí lo estarían, bajo este análisis (subraya añadida por la Sala):

(...) la actividad comercial o de servicios de la EPS no puede dar lugar al hecho generador del impuesto de industria y comercio cuando quiera que las mismas comprometen recursos de la Unidad de Pago por Capitación, pues según se explicó, en razón de su carácter parafiscal no constituyen ingresos propios de las EPS, quedando, en consecuencia, excluidos de todo gravamen. Por tanto, solamente habría lugar a aplicar el aludido impuesto sobre la actividad comercial y de servicios de las EPS que compromete recursos que excedan los destinados exclusivamente para prestación del POS, pues son ingresos propios de las EPS sobre los cuales puede recaer el citado gravamen impositivo, sin que se esté vulnerando el artículo 48 Superior.

Las anteriores consideraciones deben hacerse extensivas a las Instituciones Prestadoras de Salud -IPS-, pues en su condición de integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, están encargadas de la prestación de los servicios de salud a los afiliados con base en los recursos del POS que reciben de las EPS. En consecuencia, dichas entidades tampoco están obligadas a cancelar el impuesto de industria y comercio sobre las actividades comerciales y de servicios que comprometan recursos del POS, por tratarse de rentas parafiscales, y solamente lo harán sobre los recursos que no están destinados al POS.

2.2 Correlato de las vicisitudes normativas expuestas, la jurisprudencia de esta Sección ha venido evolucionando a lo largo de los años, en aras de aplicar a cada caso enjuiciado la desgravación a la que nos venimos refiriendo, en función de la normativa vigente en el respectivo periodo gravable discutido. Por lo mismo, resulta pertinente comentar los hitos jurisprudenciales sobre la materia, para pasar a señalar el que hacia futuro será el criterio de decisión judicial que empleará la Sala.

Inicialmente, basándose en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, la Sección consideró que las entidades de derecho privado, por el solo hecho de prestar servicios de salud, se entendían vinculadas al Sistema Nacional de Salud y que,

por tal condición, no se encontraban sujetas al ICA por los servicios hospitalarios y de salud prestados (así, desde la sentencia del 18 de noviembre de 1994, expediente 5766, CP: Jaime Abella Zarate)⁵.

Posteriormente, en el fallo del 03 de julio de 2003 (expediente 13263, CP: Ligia López Díaz), se juzgó que no se podían gravar con el ICA los ingresos por cotizaciones de los afiliados al SGSSS, toda vez que (i) las cotizaciones no pertenecen a las EPS sino al SGSSS, de conformidad con el artículo 182 de la Ley 100 de 1993; y (ii) esos ingresos son de naturaleza tributaria, por estar consideradas las cotizaciones como contribuciones parafiscales; sin embargo, la sentencia consideró que hacen parte de la base gravable del ICA los ingresos por concepto de UPC, cuotas moderadoras y copagos. Ese criterio fue modificado por la decisión adoptada en providencia del 17 de septiembre de 2003 (expediente 13301, CP: María Inés Ortiz Barbosa), que concluyó que los ingresos por concepto de UPC se deben excluir de la base gravable del ICA, debido a que no son recursos propios de la entidad sino una transferencia que hace el sistema con el fin específico de garantizar la prestación de los servicios de salud.

Avanzando en esa tesis, la sentencia del 10 de junio de 2004 (expediente 13299, CP: Elizabeth Whittingham García) sostuvo que la intención legislativa del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 fue no someter a las entidades señaladas en la norma a ningún tipo de obligación sustancial ni deber formal en el ICA.

La providencia del 06 de diciembre de 2006 (expediente 15291, CP: Héctor Romero Díaz) siguió la tesis inicial y mayoritaria hasta entonces, pero la Sección agregó que la desgravación para el servicio de salud, establecida en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, incluye no solo a los hospitales, sino también a los integrantes del SGSSS, sean de naturaleza pública o privada, como es el caso de las EPS e IPS. Así se le dio un amplio alcance a la expresión «*hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud*»⁶.

La anterior línea jurisprudencial empezó a presentar una variación con el fallo del 13 de agosto de 2009 (expediente 16881, CP: Martha Teresa Briceño), en la cual la Sala consideró que:

(...) con anterioridad a la sentencia C-1040 de noviembre 5 del 2003 de la Corte Constitucional mediante la cual se declaró inexecutable el artículo 111 de la Ley 788 del 2002, el Consejo de Estado sostuvo que conforme al artículo 182 de la Ley 100 de 1993, las UPC se reconocen a cada E.P.S.(...) de donde se infiere que no se trata de recursos propios sino de una transferencia que hace el Sistema con el fin específico de garantizar una óptima prestación de los servicios de salud y por tanto deben excluirse de la base gravable para determinar el impuesto de industria y comercio.

Así las cosas, al no existir una causa legítima para el pago del Impuesto de Industria y Comercio respecto de los ingresos percibidos por concepto de servicios de salud adscritos al POS por parte de la clínica actora, con fundamento en el artículo 182 de la Ley 100 de 1993 se configura efectivamente un pago de lo no debido, criterio que, como lo ha manifestado la Clínica de Marly y lo aceptó el tribunal de primera instancia, no resulta válido únicamente a partir de la sentencia de inexecutable de la Corte Constitucional, antes citada, pues la

⁵ El criterio fue reiterado en las sentencias del 02 de marzo de 2001 (expediente 10888, CP: Juan Ángel Palacio Hincapié); del 07 de diciembre 2005 (expediente 14319, CP: Juan Ángel Palacio Hincapié); y del 15 de junio de 2006 (expediente 15185, CP: Juan Ángel Palacio Hincapié), entre otras.

⁶ El mismo criterio se encuentra reiterado en varias sentencias, en las que además se hace expresa la posición de que la desgravación no cobija a las actividades industriales y comerciales realizadas por las entidades prestadoras de servicios de salud. Así, en las sentencias del 30 de noviembre de 2006 (expediente 15608, CP: Ligia López Díaz); del 08 de febrero de 2007 (expediente 15105, CP: Héctor Romero Díaz); del 16 de agosto de 2007 (expediente 15932, CP: Ligia López Díaz); del 24 de octubre de 2007 (expediente 16182, CP: Ligia López Díaz); y del 24 de octubre de 2007 (expediente 16130, CP: Ligia López Díaz), entre otras.

interpretación de la normatividad especial del Sistema de Seguridad Social en Salud, permite llegar a tal conclusión.

Como se observa, la decisión tuvo en cuenta la sentencia de la Corte Constitucional C-1040 de 2003 para precisar que los ingresos recibidos por concepto de servicios de salud vinculados al POS, esto es, aquellos remunerados con la UPC, no podían ser gravados con el ICA, puesto que se trata de transferencias del SGSSS. El criterio jurídico subyacente es el origen de los ingresos obtenidos por la clínica actora, a diferencia de la tesis inicial de la Corporación, conforme con la cual para acceder a la desgravación de las actividades de servicios en salud bastaba con pertenecer al Sistema Nacional de Salud, o al SGSSS según el caso, con fundamento en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983.

Más adelante, en la sentencia del 03 de marzo de 2011 (expediente 17459, CP: Hugo Fernando Bastidas Bárcenas), la Sección adoptó un nuevo criterio de decisión en relación con la desgravación del ICA para los servicios de salud, de acuerdo con lo siguiente: (i) el artículo 48 de la Constitución prohíbe utilizar y destinar los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud para fines diferentes a ese sistema; (ii) la desgravación se predica respecto de los servicios de salud incluidos en el POS, los prestados en desarrollo de los planes de salud de los regímenes especiales del artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y los que se prestan con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga); (iii) los servicios médicos prestados en virtud de seguros médicos, planes complementarios o cualquier otro donde medie la mera liberalidad del cliente, resultan gravados con el impuesto de industria y comercio. Dichas consideraciones confluyen en otorgarle una naturaleza objetiva a la desgravación, por cuanto la misma está determinada a partir del tipo de servicio de salud que se presta, adoptando como criterio diferenciador la naturaleza del servicio, esto es, si se trata de servicios prestados de manera obligatoria por mandato de la ley o de forma voluntaria por mera liberalidad del cliente (como sucede en los seguros médicos, planes complementarios de salud y otros).

Posteriormente, en la sentencia del 24 de mayo de 2012 (expediente 17914, CP: Martha Teresa Briceño; con salvamento de voto del consejero Hugo Fernando Bastidas), la Sección señaló que el «*beneficio*» establecido en la letra d) del ordinal 2.º del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 cobija de forma general a todos los ingresos que obtienen los hospitales y clínicas por la prestación del servicio público de salud, y que la finalidad de la norma fue no someter a esas entidades a obligaciones materiales ni deberes formales respecto de tales servicios. En lo que interesa, se determinó en esa providencia:

(...) la Sala advierte que los servicios POS son una parte del servicio público de salud, que corresponde a la atención básica que el Estado puede garantizar, sin embargo, existen otros servicios que complementan al POS y que también hacen parte del servicio público de salud y, por tanto, los ingresos que reciben las clínicas y hospitales, por la prestación de esa clase de servicios no están sujetos al impuesto de industria y comercio, pues mantienen la naturaleza de servicios y no podrían clasificarse como actividades industriales o comerciales, para poder ser gravados.

(...) Resulta oportuno precisar que en el POS está expresamente excluida la cirugía estética con fines de embellecimiento y procedimientos de cirugía plástica cosmética. Sin embargo, el Decreto 806 de 1998 autoriza a los Planes de Atención Complementaria (PAC) a incluir procedimientos expresamente excluidos del POS, por lo que para efectos de la no sujeción del impuesto de industria y comercio que aquí se analiza, sólo tendría aplicación en la medida en que el servicio se encontrara expresamente incluido en el Plan aprobado por las entidades competentes y que el servicio fuera prestado por EPS o IPS integrantes del

Sistema de Seguridad Social en Salud, pues cualquier procedimiento estético realizado por cualquier otra entidad no afiliada al sistema, ya no tendría la condición de clínica u hospital dentro de la que se ha concebido la no sujeción en ICA.

(...) En relación con la actividad de servicios diferentes al POS de medicina prepagada y atención a particulares, la Sala reitera que la no sujeción del impuesto de industria y comercio ampara la actividad de servicios de salud por lo que, en este punto se remite a lo antes expuesto, en donde se indicó que independientemente del origen de los recursos que recibe la actora por la prestación de sus servicios, dicha actividad no está sujeta al impuesto de industria y comercio.

Con base en tales consideraciones, la Sección encontró probado que la demandante era una entidad privada con ánimo de lucro y objeto social circunscrito a la prestación de servicios de salud, por lo cual decidió que estaba amparada por la desgravación del ICA respecto de la actividad de servicios de salud.

Posteriormente, en varias sentencias⁷, se reiteró que la desgravación del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 aplica a los planes complementarios al POS que estén autorizados por la ley (artículo 169 de la Ley 100 de 1993) y sean prestados por entidades integrantes del SGSSS, pero adicionalmente se determinó y enfatizó en que corresponde al contribuyente probar el presupuesto de hecho que permitiría reconocer la desgravación, esto es, que el ingreso efectivamente fue obtenido por la prestación de servicios de salud correspondientes a los referidos planes diferentes al POS, pues los ingresos derivados de actividades comerciales e industriales sí hacen parte de la base gravable del impuesto.

Tal ha sido el devenir jurisprudencial al momento de juzgar el *sub lite*.

3- Vista la evolución normativa y jurisprudencial de la materia, la Sala estima necesario precisar en esta ocasión el criterio de decisión judicial que considera adecuado en torno al régimen de tributación en el ICA de los ingresos obtenidos por la realización de actividades relativas a la salud humana.

3.1- La historia fidedigna del establecimiento de la norma inicial de desgravación (*i.e.* de la prohibición de tributación adoptada en la letra *d*) del ordinal 2.º, del artículo 39 de la Ley 14 de 1983) consta en la exposición de motivos que acompañó al respectivo proyecto de ley. Según se indicó en ese documento, el interés que determinó la aprobación de la disposición fue el de mantener al margen de tributación «*actividades que afectan directamente el nivel de vida del pueblo colombiano o que el Estado tiene el interés de desarrollar*»⁸, con lo cual es un hecho cierto que la desgravación que nos ocupa nunca tuvo el cariz de ser una disposición de fomento de actividades empresariales lucrativas, sino que su única finalidad era la de coadyuvar en la provisión al conglomerado social de los bienes y servicios públicos de los que se ocupan las distintas entidades benéficas contempladas en la norma.

Para el caso de la salud, la disposición no estableció la prohibición de gravamen

⁷ En ese sentido, entre otras, las sentencias del: 14 de mayo de 2015 (expediente 19357, CP: Hugo Fernando Bastidas Bárcenas); del 20 de agosto de 2015 (expediente 20717, CP: Martha Teresa Briceño de Valencia, con aclaración de voto del consejero Hugo Fernando Bastidas Bárcenas); del 30 de agosto de 2016 (expediente 21031, CP: Martha Teresa Briceño de Valencia, con aclaración de voto del consejero Hugo Fernando Bastidas Bárcenas); del 14 de mayo de 2017 (expediente 20753, CP: Stella Jeannette Carvajal Basto).

⁸ Alusiones hechas en la exposición de motivos a lo que en el proyecto de ley era la letra e) del ordinal 2.º del artículo 39, que tras la ponencia para primer debate pasaría a ser la letra d) del ordinal 2.º del artículo 39, por eliminación de lo que había sido la letra c) del referido proyecto.

con unas indicaciones subjetivas abiertas, sino que circunscribió la desgravación a una realidad normativa específica, la de ser un «*hospital adscrito o vinculado*» al «*Sistema Nacional de Salud*», con lo cual ató la suerte de la desgravación a la que tuviera el «*Sistema Nacional de Salud*», y sus instituciones, que para entonces regulaban los Decretos 056 y 356 de 1975.

Con el paso del tiempo, la realidad identificada por el legislador en la norma en cita cambió, al punto de que desaparecieron por completo las categorías jurídicas en ella señaladas, pues, aunque existe un Sistema de Salud (artículo 4.º de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud) su concepción, orientación y regulación son completamente distintas a las del «*Sistema Nacional de Salud*» que había sido desarrollado en 1975, al punto de que no existen hospitales adscritos ni vinculados al Sistema de Salud desarrollado bajo los criterios de regulación de la Ley 100 de 1993, por las razones que se pasan a precisar.

Desde finales del Siglo XIX, la nueva concepción de las funciones del Estado llevó a que adquiriera connotaciones públicas una cuestión que hasta entonces era un problema individual o familiar: garantizarle al ciudadano los medios con los cuales atender sus necesidades vitales para preservarle de situaciones materiales degradantes de la condición humana⁹. Partiendo de la simple idea de asistencia pública, se inició un largo tránsito hasta la adopción de políticas de seguridad social integral, bajo los principios de universalidad subjetiva (a todos los ciudadanos), universalidad objetiva (por todos los riesgos sociales), unidad de gestión y solidaridad financiera. En el derecho colombiano, los esfuerzos estatales por regular la provisión de salud e integrarla en la incipiente seguridad social, se materializaron en normas adoptadas en las décadas de los años sesentas y setentas del siglo pasado. En la década de los ochentas, el sistema existente entró en crisis y se inició un debate público para modificar su estructura¹⁰, que dio lugar a que en la década de los años noventas, ya bajo el influjo de la ambiciosa carta de derechos fundamentales de una nueva Constitución, se acometieran reformas legislativas estructurales, que establecieron una seguridad social integral, preocupada también por la provisión de salud.

Dentro de ese contexto histórico, las instituciones a las que se refiere la norma de la Ley 14 de 1983, alegada por la demandante y replicada en la normativa local de Medellín, fueron desarrolladas en 1975. Buscaron institucionalizar la beneficencia iniciada en los años veintes del siglo anterior y articularla con el «*Plan Nacional Hospitalario*» de 1963 (Ley 12 de 1963)¹¹, misión que se concretó en la creación

⁹ La preocupación estatal al respecto fue evidenciada en el mensaje de Bismarck al *Reichstag* de 1881, en el cual anunció su proyecto de gestar en pocos años un sistema alemán de seguros sociales, que se concretó en las leyes que organizaron seguros de enfermedad (1883), de accidentes de trabajo (1884) y de invalidez y de vejez (1889).

¹⁰ Dentro de los múltiples estudios económicos y sociales que se elaboraron, se destaca el Informe Chenery se hizo un diagnóstico sobre la problemática de la seguridad social, que determinó la mayor parte de las reformas que se adelantaron a partir de 1990. En salud planteó que debía establecerse un régimen asistencial para los más pobres, para lo cual sugirió algunos mecanismos de financiamiento. Chenery, H; Ocampo, J; y Ramírez, M. "El problema laboral colombiano: diagnóstico, perspectivas y políticas". En: *Informe Final de la Misión de Empleo*. Economía Colombiana, Serie Documentos, separata 10, agosto-septiembre, 1986.

¹¹ Artículo 1.º Con el fin de atender a las necesidades de salud y de fomentar las iniciativas en este campo, la Nación contribuirá económica y técnicamente a la construcción de hospitales, centros de salud, ancianos, orfanatos, casas de rehabilitación, asilos y demás entidades de asistencia pública, así como a las ampliaciones, reformas, dotaciones y sostenimiento de los ya existentes. Artículo 2.º El Gobierno Nacional elaborará, desarrollará y modificará el Plan Hospitalario Nacional, para asegurar una adecuada organización y un criterio unificado en materia de salud pública y asistencia social. Este Plan contemplará: a) La programación de los servicios técnicos y administrativos, y la adopción de normas sobre administración y organización. b) La integración de los servicios asistenciales, preventivos, docentes e investigativos. c) La coordinación de las entidades públicas o privadas a través de su clasificación y zonificación. (...) Artículo 3.º El Gobierno, por intermedio del Ministerio de Salud Pública seguirá ejerciendo la inspección y vigilancia sobre las

del «*Sistema Nacional de Salud*» (artículo 1.º del Decreto 056 de 1975), que tiempo después fue subrogado por completo con el establecimiento de un modelo de seguridad social integral mediante la Ley 100 de 1993.

Al respecto, es suficientemente indicativo el trámite legislativo de esta ley. Inicialmente, el debate sobre la reforma de la seguridad social se limitó al sistema pensional, porque ya se habían dado pasos para la organización del sistema de salud en la Ley 10 de 1990 (que derogó expresamente el Decreto 356 de 1975, que había establecido el régimen de adscripción y vinculación al Sistema Nacional de Salud). Sin embargo, una vez presentado el proyecto de reforma pensional en 1992, el Congreso señaló la necesidad de abordar una reforma integral en salud, a partir de múltiples propuestas que coincidían en la competencia entre los sectores público y privado y en la necesidad de separar a los aseguradores y a los prestadores del servicio. Fue así que se terminó planteando una propuesta unificada, cuya aprobación derivó en la adopción de un nuevo sistema que reestructuró, con parámetros novedosos, sin parangón con los que le precedieron, la prestación de servicios de salud¹².

Por tanto, con la promulgación de la Ley 100 de 1993, como desarrollo de la concepción constitucional de seguridad social, se estableció un SGSSS distinto del que consagraban la Ley 10 de 1990 y cualquier otra regulación previa. El objetivo declarado de este nuevo sistema, es el de procurar la ampliación de la cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema (artículo 6.º), para lo cual se unificó la normatividad (*ibidem*), razón por la que perdieron vigencia las regulaciones anteriores.

3.2- En consecuencia, la Sala concluye que la red institucional del sector salud desarrollada en 1975, que es a la que se refiere la norma de la Ley 14 de 1983, no subsiste en el presente y no son conmutables las instituciones de ese régimen con las del actual. Los operadores jurídicos no pueden desconocer que la Ley 10 de 1990 y, con mayor razón, la Ley 100 de 1993, tuvieron el efecto de restarle eficacia normativa a la referencia hecha en la letra *d*) del ordinal 2.º del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 a los hospitales adscritos o vinculados al SNS.

En este punto, se recalca que la desgravación contemplada en la Ley 14 de 1983 y en las posteriores normas que la complementaron no estaba dada a las prestaciones de servicios de salud, sino a aquellas que fueran desarrolladas por unos señalados sujetos, hoy inexistentes: los hospitales adscritos y vinculados al «*Sistema Nacional de Salud*». De suerte que cualquier ejercicio interpretativo que plantee que la desgravación cobija a las actividades de salud, por el simple hecho de serlo e independientemente de que quienes las lleven a cabo no encuadren dentro de la categoría de hospitales adscritos y vinculados al SNS exigida por la norma, implicaría la conformación, por parte del juzgador, de una *lex tertia* carente de fundamento legal y opuesta al claro dictado de la letra *d*) del ordinal 2.º del artículo 39 de la Ley 14 de 1983; al tiempo que las propuestas encaminadas a señalar que las actuales IPS son equiparables a las categorías de hospitales

instituciones de utilidad común, según los términos y estipulaciones de la Ley 93 de 1938.

¹² La indicación del Congreso para elaborar un nuevo proyecto para reestructurar el sector salud bajo nuevos cauces tuvo eco en el Ministro de Salud, Juan Luis Londoño, quien lo hizo siguiendo las tesis que él mismo denominó «*pluralismo estructurado*». Al respecto: Londoño, J; y Frenk, J. "Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina". En: Documento de Trabajo, Oficina del Economista Jefe. Washington: BID, nro. 353, 1997. Y Gutiérrez, J; y Restrepo, R. "El pluralismo estructurado de Londoño y Frenk frente a la articulación y modulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia". En: Sociedad y Economía. [S.I.]: nro. 23, ene. 2013, pp. 183-204. ISSN 2389-9050.

adscritos y vinculados al SNS empleadas por la norma, no solo contrarían la interpretación histórica de la norma, sino que constituyen un ejercicio de integración analógica de la disposición encaminado a suplir los vacíos actuales (por circunstancias sobrevinientes) de la disposición.

Corolario de lo anterior, la Sala tiene como criterio de decisión, en el presente caso, la posición de que la desgravación en ICA de los ingresos derivados de actividades relacionadas con la salud humana es la que está contemplada en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 (ajustada en los términos decididos por la Corte Constitucional en la sentencia C-1040 de 2003), exclusivamente, y no la consagrada en la letra *d*) del ordinal 2.º, del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 (incorporada en el artículo 259 del Decreto Ley 1333 de 1986), la cual quedó desprovista de eficacia normativa.

Atendiendo a los motivos en los que se funda el criterio de decisión, para la Sala resultan inaplicables las disposiciones incluidas en los ordenamientos municipales que reproducen la letra *d*) del ordinal 2.º del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, como ocurría en el artículo 164 del Acuerdo municipal nro. 67 de 2008, vigente para la época de los hechos *sub lite*, actual artículo 47 del Acuerdo municipal nro. 066 de 2017. En el mismo sentido cabe aclarar que la desgravación de ingresos con fundamento en lo dispuesto en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 opera en todo el territorio nacional, incluso si ese mandato no ha sido incorporado en la normativa municipal, porque obedece a una disposición constitucional, derivada del inciso 5.º del artículo 48 superior, tal como lo identificó la Corte Constitucional en la sentencia C-1040 de 2003. Consecuentemente, ninguna autoridad municipal podrá obviar el alcance de esa desgravación.

Finalmente, para la Sala es claro que el criterio de decisión adoptado no conlleva que quienes realizan actividades relacionadas con la salud humana le trasladen a los usuarios del sistema el monto de la tributación determinada, en la medida en que el ICA es un impuesto directo que, a diferencia de figuras indirectas como el IVA, no da derecho a que el empresario le repercuta el impuesto a sus clientes.

4- Precisada la norma que rige la desgravación en el ICA de los ingresos derivados de la prestación de servicios de salud (*i.e.* el artículo 111 de la Ley 788 de 2002, en la versión resultante tras el pronunciamiento de constitucionalidad hecho en la sentencia C-1040 de 2003), procede la Sala a especificar el alcance actual de la disposición.

4.1- Las notas distintivas del supuesto de hecho consagrado en la norma, requieren que se acrediten dos circunstancias: en primer lugar, que el contribuyente sea una entidad integrante del SGSSS y, en segundo lugar, que los ingresos percibidos por ese contribuyente correspondan a recursos de la seguridad social destinados a la finalidad del sistema de seguridad social, de conformidad con el artículo 48 de la Constitución y las normas legales que desarrollan el derecho a la seguridad social.

La primera circunstancia viene determinada por el artículo 155 de la Ley 100 de 1993, que consagra el listado de los integrantes del SGSSS, entre los cuales se encuentran las IPS y las EPS, ya sean públicas, privadas o mixtas, si bien son las IPS las que tienen como función prestar los servicios de salud en el nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios del Sistema (letra *i* del artículo 156 y artículo 185 *ejusdem*).

Respecto de la segunda circunstancia, cabe señalar que el sentido preciso del artículo 111 de la Ley 788 de 2002, cuando dispone que «*no forman parte de la base gravable del impuesto de industria y comercio los recursos de las entidades del SGSSS*», es el de establecer una desgravación para las actividades de servicios de salud realizadas por las IPS, que son remuneradas con recursos que pertenecen al SGSSS y, por ende, están vinculados a la finalidad especial considerada en el artículo 48 constitucional; así mismo, debido a que la Corte Constitucional declaró inexecutable la referencia a los servicios de salud que inicialmente contemplaba la disposición, estarían desgravados los ingresos por la realización de otras actividades que estén remuneradas con recursos del SGSSS, como podría ser la venta de medicamentos o tecnologías relacionadas con la salud.

Así, para la Sala, los ingresos percibidos por las IPS que están exentos, porque proceden de recursos pertenecientes al SGSSS que por mandato constitucional están afectos a una destinación específica, corresponden a estos conceptos:

4.1.1- Recursos del régimen contributivo y subsidiado del SGSSS:

Según el artículo 201 de la Ley 100 de 1993, la administración y financiación del SGSSS está estructurada a partir de dos regímenes, el contributivo y el subsidiado. En el primero, la vinculación de los individuos y familias al SGSSS se realiza a través del pago de una cotización o de un aporte económico previo, financiado por el afiliado, o de forma conjunta entre este y el empleador o la Nación, según el caso, de conformidad con el artículo 202 *ejusdem*. En el subsidiado, la vinculación de los individuos al SGSSS se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la citada ley, que tiene como beneficiarios a la población vulnerable y sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización, de conformidad con los artículos 157 y 213 de la ley.

En el régimen subsidiado, de conformidad con el artículo 211 de la Ley 100 de 1993 (modificado por las leyes 1122 de 2007, 1151 de 2007 y 1438 de 2011), la UPC está financiada con recursos procedentes de las entidades territoriales (provenientes de fuentes como el sistema general de participaciones, el monopolio de juegos de suerte y azar, las transferencias de Coljuegos, las regalías y otros recursos que se destinen o se puedan destinar para tal fin), del Fosyga y de otras fuentes.

A su vez, el artículo 162 de la Ley 100 de 1993 dispone que la finalidad del SGSSS es crear las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud (POS) para todos los habitantes del territorio nacional; y establece un POS para el régimen contributivo y subsidiado, que «*permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan*».

Para la organización y garantía de los servicios incluidos en el plan de beneficios en salud, antes POS, el SGSSS reconoce a las EPS un valor que se denomina UPC, por cada afiliado y beneficiario del sistema, de conformidad con la letra f) del artículo 156 y el artículo 182 de la Ley 100 de 1993. No obstante, las sumas por UPC no son recursos propios de las EPS y deben manejarse en cuentas separadas del resto de rentas de la entidad.

En el caso de las IPS, no administran ni reciben directamente las cotizaciones de los afiliados ni las UPC, razón por cual la ley no dispone que manejen esos fondos en cuentas distintas o separadas de las cuentas en donde manejan recursos propios como sí lo hace en el caso de las EPS (parágrafo del citado artículo 182). La exigencia de la Ley 100 de 1993, respecto de las IPS, consiste únicamente en que lleven un sistema contable que permita registrar el costo de los servicios, según el parágrafo del artículo 185 *ibidem*.

Por otra parte, el artículo 187 de la Ley 100 de 1993 establece que los afiliados y beneficiarios del SGSSS estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles, que tienen como finalidad racionalizar el uso de los servicios del sistema y complementar la financiación del POS, y constituyen recursos de las EPS a menos de que una porción de ellos se deba transferir al Fosyga (subcuenta de promoción).

Bajo las anteriores premisas, la Sala considera que están exentos en virtud del artículo 111 de la Ley 788 de 2002, los ingresos por servicios de salud, u otras actividades incluidas en el aspecto material del elemento objetivo del hecho generador del ICA, que realice una IPS en cumplimiento de las prestaciones de salud contempladas en el POS o en el plan de beneficios en salud que defina en su momento la autoridad competente, siempre y cuando dichas actividades sean remuneradas a favor de las IPS con recursos del SGSSS, concretándose de esta forma la destinación específica de estos últimos y la prohibición de destinarlos a otras finalidades, de conformidad con el artículo 48 constitucional.

Por tanto, para aplicar la desgravación contemplada en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002, la respectiva IPS tiene la carga de demostrar que los ingresos percibidos corresponden a fondos provenientes del régimen contributivo o subsidiado y, por tal razón, remuneran servicios de salud prestados en cumplimiento del POS o del plan de beneficios en salud. Esa carga probatoria es asignada de conformidad con la regla de comprobación en el procedimiento de gestión administrativa tributaria fijada, con carácter general, en el artículo 788 del ET, que establece que los contribuyentes están obligados a demostrar los hechos o circunstancias que los hacen acreedores o beneficiarios de una exención, cuando para acreditar el derecho a la exención no sea suficiente conocer la naturaleza del ingreso (naturaleza que de igual forma debe estar demostrada).

Finalmente, la Sala precisa que la desgravación cobija ingresos por servicios de salud prestados por las IPS, no previstos en el plan de beneficios en salud, cuando (i) sean ordenados por sentencias judiciales, como sucede en el caso de cobros y recobros; y (ii) el servicio de salud ordenado en virtud del fallo judicial esté remunerado con recursos que por disposición legal pertenecen al régimen contributivo o subsidiado, circunstancias que debe acreditar la IPS, de conformidad con el mencionado artículo 788 del ET.

4.1.2- Recursos del Fosyga:

El artículo 218 de la Ley 100 de 1993 creó el Fosyga como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica, que tiene a cargo los recursos que financian y/o cofinancian el SGSSS; y el artículo 219 *ibidem*, junto con el artículo 2.6.1.2 del Decreto 780 de 2016, estructuró al Fosyga con las siguientes subcuentas: (i) compensación interna del régimen contributivo; (ii) solidaridad del régimen de subsidios en salud; (iii) promoción de la salud; (iv)

seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT); y (v) garantías para la salud. Los recursos administrados por Fosyga se manejan de forma independiente en cada subcuenta y se destinan de forma exclusiva a las finalidades consagradas en la ley, de conformidad con el artículo 48 de la Constitución, según lo señalado en el artículo 2.6.1.3 del Decreto 780 de 2016.

De las anteriores subcuentas, se destaca que con cargo a la subcuenta ECAT se utilizan recursos para pagar al prestador de servicios de salud los servicios prestados a favor de las víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas o de los eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con las condiciones y términos fijados por el artículo 167 de la Ley 100 de 1993, 2.6.1.4.1 y siguientes del Decreto 780 de 2016.

Respecto de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, se precisa que la desgravación opera solo cuando el servicio es financiado con cargo a los fondos de la subcuenta ECAT, lo cual ocurre cuando no hay cobertura por parte de un seguro obligatorio de daños personales causados en accidentes de tránsito (SOAT, regulado en el artículo 192 y siguientes del Decreto 663 de 1993, Estatuto Orgánico del Sistema Financiero). Lo anterior a diferencia del evento en que los servicios médicos estén amparados por un SOAT pues, en tal caso, los recursos proceden de la compañía aseguradora que expidió la respectiva póliza obligatoria de accidentes de tránsito y no del Fosyga, de conformidad con el parágrafo primero del artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 2.6.1.4.2.3 del Decreto 760 de 2016. Igualmente, hay lugar a la desgravación en ICA cuando los servicios médicos prestados, como consecuencia del accidente de tránsito, exceden el tope de 800 salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv), con independencia de si hubo o no cobertura del SOAT respecto del monto inferior al tope, pues en tal caso los pagos que superan el tope son asumidos por la EPS (o la ARL, si es accidente de trabajo), a la que se encuentre afiliada la víctima, de conformidad con el parágrafo primero del citado artículo 2.6.1.4.2.3.

En esos términos estarían exentas del ICA las actividades realizadas por una IPS cuando sean remuneradas con cargo a cualquiera de las subcuentas del Fosyga, en atención a la finalidad o destinación exclusiva de tales recursos, según el artículo 48 de la Constitución.

Además, cabe destacar que el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 creó la ADRES o Entidad Administradora de los Recursos del Sistema general de seguridad social en salud, que es una entidad de naturaleza especial del nivel descentralizado del orden nacional, asimilada a una empresa industrial y comercial del Estado, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente, y que tiene como objeto administrar los recursos que hacen parte del Fosyga, del Fonset (Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud), los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del régimen contributivo, los que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la UGPP; pero sin que en ningún caso la ADRES asuma las funciones asignadas a las EPS. Según el inciso final de la norma en cita, una vez la ADRES entre en operación, se suprimirá el Fosyga, motivo por el cual el Decreto 546 de 2017 dispuso que la ADRES debía asumir la administración de los fondos del SGSSS desde el 01 de agosto de 2017.

Tomando en consideración lo anterior y el objetivo y destino de los recursos que

administra la ADRES (artículos 66 y 67 de la Ley 1753 de 2015), la Sala concluye que las actividades realizadas por una IPS se encuentran exentas del ICA, en la medida en que sean remuneradas o pagadas directamente con los fondos que administra la ADRES.

4.1.3- Regímenes especiales de seguridad social en salud:

También existen fondos que, aunque no pertenecen al SGSSS de la Ley 100 de 1993, hacen parte del sistema de seguridad social y, por ese motivo, se encuentran sometidos a la destinación específica prevista en el inciso 5.º del artículo 48 constitucional, lo cual determina que, de conformidad con el artículo 111 de la Ley 788 de 2002, no podrían resultar gravados con ICA. Son los regímenes especiales o exceptuados de la Ley 100 de 1993 y del sistema de seguridad social en riesgos laborales. Al respecto, el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 establece como regímenes exceptuados del SGSSS previsto en la misma ley, los siguientes: (i) el de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional; (ii) el del personal civil que presta sus servicios en el Ministerio de Defensa, la Policía Nacional y en la Justicia Penal Militar y su Ministerio Público y que está regido por el Decreto Ley 1214 de 1990; (iii) el del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio; (iv) el de los empleados de Ecopetrol; y (v) el de las universidades públicas u oficiales sujetas la Ley 647 de 2001.

A juicio de la Sala, para acceder a la desgravación de los servicios de salud remunerados con fondos del respectivo régimen especial exceptuado de la Ley 100 de 1993 es necesario que, analizando el marco normativo del régimen especial, se puedan identificar los recursos que están afectos a la finalidad propia del régimen, a fin de determinar qué servicios de salud están exentos del ICA por ser prestados con cargo a tales recursos vinculados a la finalidad especial de la seguridad social. Para el efecto, no es un elemento de juicio determinante la comparación de tales prestaciones frente al plan de beneficios en salud (antes POS) que contempla la Ley 100 de 1993, pues, se reitera, la desgravación del ICA se edifica sobre la citada prohibición constitucional, y no debido al contenido de las prestaciones que garantizan el derecho a la seguridad social en salud en el marco del régimen del caso.

4.1.4- Recursos del sistema de seguridad social en riesgos laborales:

Los servicios de salud derivados de enfermedades laborales y accidentes de trabajo financiados con cargo a la cotización del Sistema de Seguridad Social en Riesgos Laborales (SSSRL) y organizados por las EPS, de conformidad con el artículo 208 de la Ley 100 de 1993.

Dado lo anterior, la Sala considera que los servicios de salud que llegue a prestar una IPS, en relación con una enfermedad laboral o accidente de trabajo, no están gravados con ICA cuando estén remunerados con cargo a las cotizaciones del SSSRL, en la medida en que se cumpliría con las exigencias normativas consagradas en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002. Al anterior análisis cabe añadir que el artículo 31 de la Ley 1562 de 2012 dispone que los recursos del SSSRL, incluyendo las cotizaciones, no podrán ser gravados con impuestos territoriales.

4.2- Aclarado lo anterior, para la Sala también es importante precisar que los servicios o planes de salud previstos en la normativa de seguridad social pero que no se financian con recursos del SGSSS sino con pagos hechos por el respectivo



cotizante, para cubrir prestaciones en salud distintas a las contempladas en el POS o, actualmente, en el plan de beneficios en salud, no se encuentran cubiertos por la desgravación del ICA objeto de análisis.

Ese es el caso de los planes voluntarios de salud regulados en el artículo 169 de la Ley 100 de 1993 (modificado por el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011), que cubren asistencias relacionadas con los servicios de salud, son contratados voluntariamente y financiados completamente por el adquirente. La norma, conjuntamente con la reglamentación hecha en el artículo 2.2.4.3 del Decreto 780 de 2016, señala los planes voluntarios de salud que podrán prestarse dentro del SGSSS, a saber: (i) los planes de atención complementaria del POS o del plan de beneficios en salud, emitidos por las EPS; (ii) los planes de medicina prepagada, de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada; (iii) las pólizas de salud o de seguros emitidas por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera; y (iv) otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud.

De conformidad con el artículo 2.2.4.2 del Decreto mencionado, los planes voluntarios de salud tienen como características que son un conjunto de beneficios opcionales y voluntarios, por cuanto son responsabilidad exclusiva del particular, pero se requiere que el usuario del plan esté previamente afiliado al SGSSS como cotizante o beneficiario. La norma define los planes como un servicio privado de interés público, cuya prestación no está a cargo del Estado, sino que son ofrecidos por EPS, entidades adaptadas al SGSSS, compañías de medicina prepagada y aseguradoras.

Corolario de lo anterior, para la Sala sí están sometidos al ICA los ingresos percibidos por concepto de la prestación de planes voluntarios de salud, pues, al tratarse de recursos que no provienen del SGSSS, no están incluidos en la desgravación del artículo 111 de la Ley 788 de 2002, ni sometidos a la protección del artículo 48 de la Constitución.

5- De cara a la aplicación del derecho antes precisado, en el caso objeto de enjuiciamiento, la Sala tiene por probados los siguientes hechos:

(i) La demandante es una IPS, que para la época de los hechos *sub examine*, según alega, se encontraba autorizada por las autoridades competentes para prestar y desarrollar su objeto social en el área de la prestación de servicios de salud, sin que tal afirmación haya sido cuestionada por la Administración (f. 18).

(ii) De acuerdo con el certificado de existencia y representación legal, el objeto social de la actora comprende el ejercicio, promoción y desarrollo de actividades médicas en la especialidad de oftalmología y las demás ciencias paramédicas que son afines, entre otras actividades similares (f. 35 vto.).

(iii) El 26 de abril de 2011, la sociedad actora presentó la declaración anual del ICA correspondiente al periodo gravable 2010, en la que determinó una base gravable por cuantía de \$2.844.415.000, el impuesto de industria y comercio por \$20.829.000 y \$3.124.000 por concepto de avisos y tableros, así (ff. 117 a 118):

DETERMINACIÓN DE LA BASE ANUAL	
10. Ingresos brutos totales anuales obtenidos dentro y fuera de Medellín	\$2.846.075.000
11. Menos ingresos brutos totales anuales obtenidos fuera de Medellín, excepto para actividades industriales	\$0



Radicado: 05001-23-33-000-2013-00853-01(22250)
 Demandante: CLÍNICA DE OFTALMOLOGÍA SAN DIEGO S. A.

12. Menos total deducciones anuales por todo concepto para Medellín	\$1.660.000
13. Base gravable total anual para Medellín	\$2.844.415.000

LIQUIDACIÓN PRIVADA				
14. Descripción actividades	15. Ingresos	16. Actividad	17. Tarifa (x mil)	18. Impuesto Anual Industria y Comercio
Venta de medicamentos	\$642.458.000	204	5	\$3.213.000
Venta de lentes y monturas [...]	\$1.856.490.000	207	8	\$14.852.000
Rendimientos financieros, arrendamientos [...]	\$345.467.000	207	8	\$2.764.000
19. Impuesto anual de Industria y Comercio				\$20.829.000
20. Solo para Sector Financiero: Impuesto anual por oficinas comerciales				\$0
21. Mas impuesto Anual de Avisos y Tableros				\$3.124.000
22. Total Impuesto Anual de Industria y Comercio, Avisos y tableros				\$23.953.000
23. Menos parte exenta (Impuesto de industria y comercio sólo para entidades exentas)				\$0
24. Menos retenciones por industria y comercio efectuadas en Medellín en el Periodo Gravable				\$2.375.000
25. Impuesto anual a pagar por Industria y Comercio y Avisos				\$21.578.000
[...]				[...]
30. Total a Pagar				\$21.578.000

(iv) Obra en el expediente certificado expedido por el revisor fiscal de la actora, del 10 de mayo de 2012 (f. 130), en el que se certifica que el valor de los ingresos operacionales de la sociedad, por el año 2010, correspondían a \$29.978.300.582, discriminados así: (i) \$18.085.319.348 de ingresos POS y (ii) \$11.892.981.234 originados en ingresos no POS.

(v) Mediante la Resolución 10736, del 06 de julio de 2012 (ff. 48 a 50), la Secretaría de Hacienda del municipio de Medellín profirió requerimiento especial, en el que propuso determinar la base gravable del impuesto de industria y comercio en la suma de \$12.204.360.291 (renglón 13 del formulario de liquidación privada del impuesto). Para el efecto, el requerimiento especial señaló lo siguiente:

Que en lo que concierne a los contribuyentes que prestan servicios de salud sólo se aceptan como ingresos no gravados los percibidos por prestación de servicios de salud incluidos en el POS (Plan Obligatorio de Salud). Los ingresos provenientes de prestación de servicios complementarios de salud previstos en el artículo 169 de la ley 100 de 1993, como por ejemplo, los ingresos de los planes de medicina prepagada, seguros de hospitalización, cirugía y los gastos directamente pagados por el usuario por mera liberalidad por no pertenecer a los recursos del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) son gravables con el impuesto de industria y comercio.

De ahí que cualquier ingreso que se detecte luego de la labor previa de auditoría y que sea proveniente de la prestación de servicios de salud que están por fuera del POS se grava con el impuesto de industria y comercio porque estos no hacen parte de los recursos del SGSSS.

[...]

Por lo anterior, la Administración considera procedente modificar la base gravable para la liquidación del impuesto de industria y comercio correspondiente al periodo 2010, a la suma de \$12.204.360.291.

Total ingresos brutos	\$30.605.620.172
Deducciones	\$18.401.259.881
Base gravable	\$12.204.360.291

(vi) El requerimiento especial ilustra que los valores aceptados por la Administración para ser deducidos de la base gravable, corresponden a: (i) «*ingresos por la prestación de servicios de salud dentro del POS*» (\$18.085.319.348); (ii) «*devoluciones en ventas*» (\$195.965.391); (iii) «*utilidad en venta de propiedad, planta y equipo*» (\$34.088.334); y (iv) «*recuperaciones*» (\$85.886.808), para un total de deducciones de \$18.401.259.881. En ese contexto, el municipio de Medellín propuso modificar la liquidación privada del impuesto, así:

Año gravable	2010
Base gravable anual	\$12.204.360.291
Código de actividad	306
Tarifa	10 por mil
Impuesto de Industria y Comercio	\$122.044.000
Impuesto de Avisos y Tableros	\$18.307.000
Retenciones practicadas	\$2.375.000
Total Impuesto	\$137.976.000

(vii) El 07 de marzo de 2013, el municipio de Medellín profirió la liquidación oficial de revisión contenida en la Resolución 3480 (ff. 40 a 44), en la que ratificó la decisión de adicionar a la base gravable del impuesto los ingresos originados en la prestación de servicios no incluidos en el POS. Al respecto señaló «*la Administración Tributaria Municipal no podrá gravar con tributo alguno los ingresos obtenidos por la prestación de servicios de salud incluidos en el POS. No ocurre lo mismo con los demás ingresos obtenidos por consultas particulares, planes complementarios de salud, primas de sobre aseguramiento etc. [...]*»

En adición, la Administración Tributaria decidió excluir de la base gravable del impuesto la suma de \$57.758.288, por concepto de ingreso no operacional originado en arrendamientos, pese a que la misma fue objeto de inclusión en la base gravable y de autoliquidación en la declaración privada por parte del mismo contribuyente. Por lo anterior, el acto administrativo liquidó una base gravable por cuantía de \$12.146.602.003.

Asimismo, aceptó la procedencia de la diferencia de criterios como causal de exoneración punitiva, respecto de la sanción por inexactitud propuesta en el requerimiento especial.

Por lo anterior, mediante el acto administrativo en mención, la Administración modificó la liquidación privada del impuesto de la siguiente forma:

Año gravable	2010
Base gravable anual	\$12.146.602.003
Código de actividad	306
Tarifa	10 por mil
Impuesto de Industria y Comercio	\$121.466.000
Impuesto de Avisos y Tableros	\$18.220.000
Retenciones practicadas	\$2.375.000
Total Impuesto	\$137.311.000

(vii) Frente al anterior acto administrativo, la sociedad demandante decidió prescindir del recurso de reconsideración y acudir directamente a la jurisdicción a través de demanda *per saltum* (f. 8).

6- Bajo las normas jurídicas analizadas y los hechos constatados, cabe concluir en el *sub lite* que, durante el periodo en cuestión (*i.e.* año gravable 2010), los ingresos no sometidos a tributación en la jurisdicción de Medellín para las entidades integrantes del SGSSS fueron aquellos enmarcados dentro de las previsiones del artículo 111 de la Ley 788 de 2002, aquí precisadas en el

fundamento jurídico nro.4.

En todo caso, la carga de demostrar los hechos que configuran el supuesto de aplicación de la desgravación recae sobre los contribuyentes, del modo en que lo prescribe el artículo 788 del ET (norma aplicable en Medellín en virtud de la remisión general hecha desde el Capítulo VIII del Decreto municipal 011, del 06 de enero de 2004, al régimen de pruebas regulado en el ET, vigente para la época de los hechos *sub lite*).

Lo anterior por cuanto, en el contexto del tema de la carga de la prueba en materia tributaria, los factores de aminoración de la base imponible tienen un especial tratamiento en la normativa fiscal, como se evidencia en los artículos 786 y siguientes del ET (bajo el Libro V, Título VI, Capítulo III), en los cuales se establece que los contribuyentes deben probar circunstancias especiales respecto de los ingresos no constitutivos de renta, rentas exentas y pasivos negados por los beneficiarios de los mismos.

En relación con el particular, esta judicatura consideró en la sentencia del 31 de mayo de 2018 (expediente 20813, CP: Julio Roberto Piza Rodríguez):

... la Sala entiende que la carga probatoria asignada a la DIAN no es absoluta, pues [...] en virtud al artículo 742 del ET operan las instituciones probatorias previstas en el procedimiento civil y en particular, el artículo 167 del Código General del Proceso, que dispone que *incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen*.

[...]

Lo dicho resulta relevante en lo que respecta a la prueba de los aspectos negativos de la base imponible (costos, gastos, impuestos descontables, compras), en cuyo caso, según las voces del artículo 167 *ibid*, la carga de prueba recae en cabeza del sujeto pasivo, pues es quien los invoca. A *contrario sensu*, en aquellos casos en donde se pretenda alterar el aspecto positivo de la base gravable (entiéndase adición de ingresos u operaciones sometidos a tributación), la carga se asigna a la autoridad quien de igual manera, se constituye como el sujeto que invoca a su favor la modificación del caso¹³.

Por lo dicho, es del caso concluir que la demandante tiene la carga de probar los supuestos de desgravación del impuesto de industria y comercio, de conformidad con el artículo 177 del CPC, que señala que *«incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen»*, en concordancia con el artículo 167, inciso 1.º, del Código General del Proceso.

La Sala observa que si bien la demandada no cuestionó que la actora tenga la calidad de IPS, y en ese orden de ideas, se tenga por cierto que se trata de una entidad que pertenece al SGSSS que vería desgravados los ingresos originados en servicios médicos (especificados en el fundamento jurídico nro. 4 de esta sentencia), por otra parte, la actora no demostró que las prestaciones de servicios de salud, que originaron los ingresos adicionados por la Administración Tributaria, fueron remuneradas con cargo a los recursos de la seguridad social. Incluso, en el caso *sub iudice*, es importante resaltar que la actora se relevó de probar dicha situación, toda vez que, en su criterio, la desgravación del impuesto de industria y comercio obedece, exclusivamente, a su condición subjetiva, es decir, a encontrarse adscrita al SGSSS.

Por el contrario, la Sala destaca que se encuentra acreditado, de conformidad con

¹³ Posición reiterada en el fallo del 29 de agosto de 2018, expediente 21349, CP: Julio Roberto Piza Rodríguez.

el certificado del revisor fiscal que obra en el expediente a folio 130, que del total de ingresos operacionales, por cuantía de \$29.978.300.582 percibidos por la actora durante el año 2010, los correspondientes a actividades no POS ascienden a la suma \$11.892.981.234.

Por consiguiente, se encuentra demostrado en el *sub lite* que la actora recibió ingresos operacionales originados en servicios no POS, por valor de \$11.892.981.234, que resultan gravados con ICA y, por lo tanto, es procedente la inclusión que de los mismos hizo la Administración en la base gravable del impuesto.

Por las anteriores razones, prospera el cargo de apelación propuesto por la apelante.

7- En vista de que el cargo de apelación propuesto por la demandada prospera conforme con los motivos antes expuestos, debe la Sala analizar los cargos de violación propuestos por la parte actora respecto de la ausencia de tarifa aplicable en el caso *sub lite* para la liquidación del ICA de la sociedad; y el referido a la no sujeción de los ingresos no operativos frente al ICA.

7.1- En relación con el cargo de la demanda referido a la ausencia de tarifa aplicable en el Acuerdo municipal nro. 67 de 2008 (vigente para la época de los hechos *sub judice*), la actora advirtió que ante la ausencia dentro del elemento objetivo del tributo de uno de los factores que integran el aspecto cuantitativo, concretamente la tarifa (o tipo de gravamen), la Administración no podía liquidar el impuesto de industria y comercio a cargo de la sociedad actora. Al respecto, agregó la demandante que la no inclusión de la tarifa en el referido acuerdo obedeció al reconocimiento intencional y expreso del ente territorial acerca de que los ingresos originados en la prestación de servicios de salud no se encuentran gravados con ICA.

Al respecto, es pertinente poner de presente que la no inclusión de la tarifa en el referido acuerdo municipal tuvo como sustento, según la exposición de motivos del Acuerdo municipal nro. 67 de 2008, tal como lo expresó la misma actora, el «cumplimiento a varios fallos que en sumo determinan que los dineros de la salud no pueden tener una destinación diferente por mandato constitucional». En ese sentido, es importante mencionar que mediante la sentencia del 04 de septiembre de 2014 (expediente 19039, Consejero Ponente: Carmen Teresa Ortiz de Rodríguez) se declaró la nulidad de las expresiones relativas a la tarifa para los servicios de salud en la seguridad social que utilizaban los artículos los artículos 8.º y 140 del Acuerdo 50 de 1997 y 40 del Acuerdo 61 de 1999, expedidos por el Concejo de Medellín, y 71 y 97 del Decreto 710 de 2000 proferido por el Alcalde del mismo municipio.

De manera que, la no inclusión de una tarifa específica para los servicios de salud y de la seguridad social deriva del esfuerzo por no reproducir normas anuladas, que no a la. Consideración de que los servicios de salud prestados por entidades pertenecientes al SGSSS están exentos en términos absolutos, como lo pretende la demandante.

Sin embargo, se reitera que, conforme con las consideraciones señaladas en el fundamento jurídico nro. 4 de esta providencia, la desgravación de los ingresos derivados de la prestación de servicios de salud se encuentra condicionada a dos circunstancias: (i) que el contribuyente sea una entidad integrante del SGSSS; y

(ii) que los ingresos percibidos por ese contribuyente correspondan a recursos de la seguridad social destinados a la finalidad del sistema de seguridad social.

Corolario de lo anterior, la Sala considera que la inexistencia de una tarifa especial del impuesto en el Acuerdo nro. 67 de 2008 para los servicios de salud gravados (*i.e.* los no cobijados por la desgravación del artículo 111 de la Ley 788 de 2002), no implica la ausencia de una tarifa aplicable, que impida liquidar el impuesto, toda vez que el mismo cuerpo normativo municipal, en su artículo 51, dispuso una tarifa residual de diez por mil aplicable a las «*Demás actividades de servicios no clasificadas en los códigos anteriores*».

De manera que, ante la ausencia de una tarifa específica para los servicios de salud, en criterio de la Sala resulta aplicable la referida tarifa residual del diez por mil. Por ese motivo, no prospera el cargo de nulidad.

7.2- Ahora bien, en relación con el cargo de la demanda referido a la no sujeción de los ingresos calificados como no operativos frente al ICA, la actora alega que los ingresos que la sociedad incluyó, al momento de autoliquidar el tributo, en la base gravable del impuesto por concepto de «*rendimientos financieros*», «*dividendos y participaciones*» e ingresos «*diversos*», no están gravados por cuanto no derivan de la realización de ninguna actividad comercial, industrial o de servicios. Al respecto, la Sala destaca que la inclusión de los ingresos mencionados en la base gravable del impuesto fue realizada por la misma sociedad demandante, que al momento de presentar su liquidación privada decidió declararlos como ingresos gravados. En efecto, según se evidencia de la liquidación privada del impuesto que obra en el folio 117 del expediente, la demandante autoliquidó como ingresos que integran la base gravable la suma de \$345.467.000 por concepto de ingresos no operacionales (rendimientos financieros, arrendamientos, dividendos, diversos y otros), según se puede verificar en las casillas 14 y 15 de dicha declaración privada.

Corolario de lo anterior, es importante advertir que el acto administrativo censurado no modificó la anterior situación, ya que, se repite, la Administración no fue quien adicionó a la base imponible los ingresos por los conceptos antes referidos. Por el contrario, la demandada decidió, de forma favorable a la situación jurídica del contribuyente, excluir de tal base gravable las cuantías de \$34.088.334, por concepto de utilidad en venta propiedad, planta y equipo, y de \$57.758.288, por concepto de arrendamientos, tal como se evidencia del requerimiento especial (f. 49 vto.) y de la liquidación oficial de revisión (f. 44), respectivamente.

Pese a dichas exclusiones de la base imponible, realizadas por la Administración Tributaria en beneficio del sujeto pasivo, para la Sala resulta claro que los ingresos no operacionales fueron base gravable del impuesto porque así lo determinó y autoliquidó el propio contribuyente en el acto de la declaración privada, y no porque los mismos fueron adicionados a la base imponible mediante la liquidación oficial de revisión.

Asimismo, en el expediente no obra prueba alguna acerca de que la sociedad demandante haya presentado una declaración de corrección para excluir de la base gravable tales ingresos, ni que haya presentado una solicitud de devolución por pago de lo no debido o pago en exceso, respecto del impuesto autoliquidado y pagado por esos ingresos autoliquidados como gravables.

De hecho, la Sala observa que, en el escrito de la demanda se solicita en el acápite de pretensiones que, frente a la eventual declaratoria de nulidad de los actos acusados, se restablezca el derecho de la actora «*declarando ajustada a derecho la declaración presentada por el impuesto de industria y comercio del periodo gravable 2010*», es decir, que se declare la firmeza de la autoliquidación que incluye como ingresos gravados los aludidos conceptos de ingresos no operacionales.

Por lo expuesto, la Sala considera que el acto administrativo demandando no creó la situación jurídica que el demandante pretende someter a control judicial mediante el referido cargo de violación, toda vez que el acto administrativo censurado no tuvo por objeto incluir en la base gravable los ingresos no operacionales respecto de los cuales el demandante solicita, en sede jurisdiccional, sean excluidos de la base gravable.

En consecuencia, no prospera el cargo de nulidad planteado.

8- Con fundamento en los artículos 188 del CPACA; 385, numeral 8.º, del Código General del Proceso (CGP, Ley 1564 de 2012); 19 de la Ley 1395 de 2010 y los Acuerdos nros. 1887 y 2222 de 2003, proferidos por el Consejo Superior de la Judicatura, el tribunal condenó en costas a la parte vencida en primera instancia. Esta decisión fue apelada por la demandada al considerar que de su actuación procesal en el caso *sub examine* no se evidenciaba la procedencia para su imposición.

Como en el *sub lite* la Sala revoca la decisión del *a quo*, en igual sentido procede la revocatoria de la condena en costas impuestas por el tribunal en el ordinal tercero de la parte resolutive de la providencia apelada. En su lugar, niega la condena en costas en ambas instancias porque no obra prueba en el expediente que demuestre las erogaciones por dicho concepto, como lo exige para su procedencia los artículos 188 del CPACA y 385 del CGP.

Consecuentemente, se revocará la decisión de primer grado.

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

FALLA

1. **Revocar** la sentencia apelada, por los motivos expuestos en la parte considerativa de esta providencia. En su lugar:

Negar las pretensiones de la demanda.

2. Sin condena en costas en ninguna de las instancias.

Cópiese, notifíquese, comuníquese. Devuélvase al tribunal de origen. Cúmplase.



Radicado: 05001-23-33-000-2013-00853-01(22250)
Demandante: CLÍNICA DE OFTALMOLOGÍA SAN DIEGO S. A.

La anterior providencia se estudió y aprobó en la sesión de la fecha.

JULIO ROBERTO PIZA RODRÍGUEZ
Presidente de la Sala

STELLA JEANNETTE CARVAJAL BASTO
Ausente con excusa

MILTON CHAVES GARCÍA

JORGE OCTAVIO RAMÍREZ RAMÍREZ

**Consejo de Estado. Sentencia 20798 del
13 de agosto de 2020 C.P. Julio Roberto
Piza**



Radicado: 25000-23-27-000-2012-00593-01 (20798)
Demandante: Organizaciones de Imagenología Colombiana O.I.C. S.A.

NUEVOS ARGUMENTOS EN RECURSO DE APELACIÓN – Improcedencia / PRINCIPIO DE CONGRUENCIA EXTERNA DE LA SENTENCIA – Normativa / PRINCIPIO DE CONGRUENCIA EXTERNA DE LA SENTENCIA – Noción

[L]a Sala observa que, en el recurso de apelación, la demandante propuso nuevos argumentos referidos a la tributación de los rendimientos financieros percibidos, con lo cual propone abrir una nueva discusión en segunda instancia. Al respecto, en consideración al principio de congruencia externa de las providencias (artículo 357 del Código de Procedimiento Civil, CPC), la competencia del juez de segunda instancia se restringe a los aspectos formulados en la apelación; que a su vez deben ser consonantes con lo planteado en la demanda y su contestación, pues el principio de legalidad que se busca desvirtuar en el marco de la segunda instancia debe haberse debatido en las etapas antecesoras del procedimiento contencioso-administrativo, para no vulnerar el derecho de contradicción y defensa de las partes. En vista de lo anterior, la Sala se abstendrá de resolver el nuevo cargo propuesto por la actora en la apelación para sustentar que no se sometan a imposición con ICA los rendimientos financieros que percibió, pues aquella excede el alcance del concepto de violación planteado en el escrito de demanda.

FUENTE FORMAL: CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL – ARTÍCULO 357

SOLICITUD DE VALORACIÓN DE NUEVOS CERTIFICADOS DE REVISOR FISCAL – Improcedencia / SOLICITUD DE PRUEBAS DENTRO DEL TÉRMINO DE EJECUTORIA DEL AUTO QUE ADMITE EL RECURSO DE APELACIÓN – Normativa / SOLICITUD DE PRUEBAS DENTRO DEL TÉRMINO DE EJECUTORIA DEL AUTO QUE ADMITE EL RECURSO DE APELACIÓN – Eventos para decretarse / SOLICITUD DE PRUEBAS DENTRO DEL TÉRMINO DE EJECUTORIA DEL AUTO QUE ADMITE EL RECURSO DE APELACIÓN DE SENTENCIA – Procedencia / SOLICITUD DE PRUEBAS FUERA DEL TÉRMINO DE EJECUTORIA DEL AUTO QUE ADMITE EL RECURSO DE APELACIÓN DE SENTENCIA – Improcedencia

De otra parte, respecto de la solicitud que la apelante única formuló en el recurso de apelación, en el sentido de que se valoren los nuevos certificados del revisor fiscal y de retenciones en la fuente, estima la Sala que se trata de una petición improcedente en la medida que contraría el artículo 212 del CCA. Dicha norma es estricta al señalar que *«las partes dentro del término de ejecutoria del auto que admita el recurso, podrán pedir pruebas, que sólo se decretarán en los casos previstos en el artículo 214 del Código Contencioso Administrativo»*, tras lo cual, el citado artículo 214 especifica que, en el trámite de la segunda instancia, *«cuando se trate de apelación de sentencia»*, las partes podrán pedir pruebas en el término de ejecutoria del auto que admite el recurso, las cuales *«se decretarán únicamente»* en los casos en que se evidencien las situaciones que están señaladas expresamente en dicho artículo. Luego, en tanto que la apelante única no solicitó la prueba dentro de la oportunidad correspondiente y tampoco acreditó que se encuentra en alguno de los presupuestos habilitantes de la solicitud de pruebas en el trámite de la segunda instancia, carece de fundamento legal la solicitud y, por ende, la Sala no valorará tales pruebas para decidir el caso.

FUENTE FORMAL: DECRETO 01 DE 1984 (CCA) – ARTÍCULO 212 / DECRETO 01 DE 1984 (CCA) – ARTÍCULO 214

DESGRAVACIÓN DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN ACTIVIDADES DE SERVICIO DE SALUD – Normativa / INGRESOS PERCIBIDOS POR LAS IPS QUE SE ENCUENTRAN DESGRAVADOS POR PROCEDER DE RECURSOS PERTENECIENTES AL SGSSS – Alcance. Por mandato constitucional están afectos a una destinación específica / INGRESOS PERCIBIDOS POR LAS IPS QUE SE ENCUENTRAN



DESGRAVADOS POR PROCEDER DE RECURSOS PERTENECIENTES AL SGSSS – Reiteración de jurisprudencia / INGRESOS PERCIBIDOS POR LAS IPS QUE SE ENCUENTRAN DESGRAVADOS POR PROCEDER DE RECURSOS PERTENECIENTES AL SGSSS – Enunciación / SERVICIOS O PLANES DE SALUD QUE NO SE FINANCIAN CON RECURSOS DEL SGSSS SINO CON PAGOS HECHOS POR EL RESPECTIVO COTIZANTE – Alcance. No se encuentran cubiertos por la desgravación del ICA prevista en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 / INGRESOS PERCIBIDOS POR LAS IPS QUE SE ENCUENTRAN DESGRAVADOS POR PROCEDER DE RECURSOS PERTENECIENTES AL SGSSS – Carga demostrativa de las IPS del supuesto de aplicación de la desgravación que alega en su favor / INGRESOS PERCIBIDOS POR LAS IPS QUE SE ENCUENTRAN DESGRAVADOS POR PROCEDER DE RECURSOS PERTENECIENTES AL SGSSS – No acreditación por parte del demandante

Pasando al debate de fondo, es lo cierto que el legislador ha intervenido en varias oportunidades la desgravación del ICA sobre las actividades de servicios de salud, pues se ha ocupado de la materia en la Ley 14 de 1983, la Ley 50 de 1984, el Decreto Ley 1333 de 1986, la Ley 633 de 2000 y, finalmente, la Ley 788 de 2002, mediando también las sentencias de la Corte Constitucional C-245 de 2002 (MP: Manuel José Cepeda Espinosa) y C-1040 de 2003 (MP: Clara Inés Vargas Hernández). La aplicación de esas disposiciones además ha suscitado por parte de esta Sección diversos pronunciamientos y criterios de decisión judicial, de los cuales son ejemplo, entre otras, las sentencias invocadas por las partes en sus intervenciones procesales a lo largo del presente contencioso. Con todo, el criterio de decisión actual, recogido en la sentencia del 04 de abril de 2019 (exp. 20204, CP: Julio Roberto Piza) tiene establecido que los ingresos percibidos por las IPS que se encuentran desgravados porque proceden de recursos pertenecientes al SGSSS –que por mandato constitucional están afectos a una destinación específica–, son: (i) los recursos del régimen contributivo y subsidiado del SGSSS; (ii) los recursos del FOSYGA, actualmente la ADRES; (iii) los recursos originados en regímenes especiales de seguridad social en salud; y (iv) los recursos del sistema de seguridad social en riesgos laborales. Por lo mismo, los servicios o planes de salud que no se financian con recursos del SGSSS sino con pagos hechos por el respectivo cotizante (*i.e.* planes voluntarios de salud), para cubrir prestaciones en salud distintas a las contempladas en el POS o, actualmente, en el plan de beneficios en salud, no se encuentran cubiertos por la desgravación del ICA prevista en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002; razón por la cual, en cada caso, *«la respectiva IPS tiene la carga de demostrar que los ingresos percibidos corresponden a fondos provenientes del régimen contributivo o subsidiado y, por tal razón, remuneran servicios de salud prestados en cumplimiento del POS o del plan de beneficios en salud»*. En consecuencia, la juridicidad de los actos demandados debe establecerse a la luz del mencionado criterio, del mismo modo en que se hizo en un caso que guarda identidad jurídica con el actual, en la sentencia de esta Sección del 16 de julio de 2020 (exp. 24252, CP: Milton Chaves García). (...) [C]abe destacar que de conformidad con los artículos 177 del CPC y 786 y 788 del ET, recaía sobre la demandante la carga de demostrar los hechos que configuran el supuesto de aplicación de la desgravación que alega en su favor. Por ello debía demostrar, para los periodos regidos por el Decreto 1333 de 1986 (que incorporó el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 y el artículo 11 de la Ley 50 de 1984), que tenía la calidad de IPS y que los pretendidos ingresos desgravados se originaron exclusivamente en actividades de servicios de salud; y, para los periodos sometidos a los artículos 93 de la Ley 633 de 2000 y 111 de la Ley 788 de 2002, que, además de la calidad de integrante del SGSSS, se originaban en el sistema de seguridad social los ingresos obtenidos por la realización de actividades de salud humana. En ese contexto, la Sala observa que si bien la demandada tiene la calidad de IPS (f. 14 caa 1; ff. 9 a 21 caa 2), ninguno de los medios de prueba que obran en el plenario (*i.e.* los certificados del revisor



Radicado: 25000-23-27-000-2012-00593-01 (20798)
 Demandante: Organizaciones de Imagenología Colombiana O.I.C. S.A.

fiscal o de retención en la fuente, ni los balances de prueba), demostraron las circunstancias propias de la desgravación del ICA que la actora buscaba acreditar a fin de lograr la devolución de los impuestos pagados. Señaladamente, respecto de los años 2000 a 2003 no se aportaron medios probatorios que acreditaran que los ingresos provenían del desarrollo de actividades de servicios de salud; y, de los años 2004 a 2009, se aportaron certificados de retención en la fuente y de revisor fiscal, además de balances contables y facturas, que sólo mencionaban las retenciones soportadas o los ingresos percibidos en los respectivos años gravables y la identificación de los clientes, pero no daban cuenta de que los ingresos obtenidos tuvieran origen en el SGSS y remuneraran la prestación de servicios de salud conforme a tal régimen, de conformidad con lo establecido en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 y el criterio jurisprudencial de esta Sección. Por consiguiente, la Sala considera que la demandante no acreditó el supuesto de hecho de las normas cuya aplicación solicita para sustentar el pago de lo no debido. No prospera el cargo de apelación propuesto por la apelante y se confirmará el fallo del tribunal por las razones expuestas en la presente sentencia.

FUENTE FORMAL: LEY 14 DE 1983 – ARTÍCULO 39 / LEY 50 DE 1984 – ARTÍCULO 11 / DECRETO LEY 1333 DE 1986 / LEY 633 DE 2000 – ARTÍCULO 93 / LEY 788 DE 2002 – ARTÍCULO 111 / CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL – ARTÍCULO 177 / ESTATUTO TRIBUTARIO – ARTÍCULO 786 / ESTATUTO TRIBUTARIO – ARTÍCULO 788

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCIÓN CUARTA

Consejero ponente: JULIO ROBERTO PIZA RODRÍGUEZ

Bogotá, D.C., trece (13) de agosto de dos mil veinte (2020)

Radicación número: 25000-23-27-000-2012-00593-01(20798)

Actor: ORGANIZACIONES DE IMAGENOLOGÍA COLOMBIANA O.I.C. S.A.

Demandado: DISTRITO CAPITAL

FALLO

La Sala decide el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia del 10 de octubre de 2013, proferida por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Cuarta, Subsección B, que negó las pretensiones de la demanda y se abstuvo de condenar en costas (f. 124).

ANTECEDENTES DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA

La demandante presentó solicitudes de devolución del impuesto de industria y comercio (ICA) autoliquidado en las declaraciones presentadas durante los años 2000 a 2009, por considerar que estaban exentos al originarse en la prestación de servicios de salud.

Todas las solicitudes fueron negadas por la demandada, mediante las



Radicado: 25000-23-27-000-2012-00593-01 (20798)
 Demandante: Organizaciones de Imagenología Colombiana O.I.C. S.A.

Resoluciones nros. DDI-329459 y/o 2010EE802678, del 28 de diciembre de 2010, y DDI-000866 y/o 2011EE6077, del 18 de enero de 2011. Previa interposición de los recursos de reconsideración contra los anteriores actos administrativos, fueron confirmados por la Resolución nro. DDI-003173 y/o 2012EE17405, del 08 de febrero de 2012.

ANTECEDENTES PROCESALES

Demanda

En ejercicio de la acción de nulidad y restablecimiento del derecho, prevista en el artículo 85 del Código Contencioso Administrativo (CCA, Decreto 01 de 1984), la demandante formuló las siguientes pretensiones (ff. 1 y 2):

Primera: que se declare la nulidad de las Resoluciones No. DDI-329459 y/o 2010EE802678 del 28 de diciembre de 2010 y DDI-000866 y/o 2011EE6077 del 18 de enero de 2011, mediante las cuales la oficina de cuentas corrientes de la Subdirección de Gestión del Sistema Tributario de la Dirección Distrital de Impuestos de la Secretaría de Hacienda negó las solicitudes de devolución realizadas por concepto de pago de lo no debido correspondientes a los años gravables 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009.

Segunda: que se declare la nulidad de la Resolución No. DDI-003173 y/o 2012EE17405 de febrero 08 de 2012, emitida por la Oficina de Recursos Tributarios de la Subdirección de Gestión del Sistema Tributario de la División Distrital de Impuestos de la Secretaría de Hacienda, mediante la cual se resolvió el recurso de reconsideración, la cual fue notificada personalmente el día 22 de febrero de 2012, con lo cual quedó agotada la vía gubernativa.

Tercera: que a manera de restablecimiento del derecho, se ordene la devolución de la suma de \$ 495.929.000 a favor de la sociedad Organizaciones de Imagenología Colombiana OIC S.A., por el pago de lo no debido en las declaraciones del impuesto de industria y comercio, avisos y tableros correspondientes a los años gravables 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009, con las debidas actualizaciones a que hubiere lugar.

Cuarta: que se ordene dar cumplimiento al fallo que le dé fin al proceso, dentro de los términos establecidos por la ley. Para tal efecto, una vez ejecutoriada la sentencia, se oficie a la autoridad administrativa que profirió el acto, para los efectos legales consiguientes.

A esos efectos, la demandante invocó como normas violadas los artículos 29 y 95 de la Constitución; 3.º del CCA; 39 de la Ley 14 de 1983; 5.º y 7.º de la Ley 10 de 1990; y 2.º, 148 y 151 del Decreto 807 de 1993.

El concepto de violación planteado se resume así (ff. 9 a 31):

Adujo que la actuación demandada estuvo viciada por el desconocimiento de los derechos constitucionales al debido proceso y de defensa, debido a la ausencia de motivación y a la falta de oportunidad para ejercer su derecho de contradicción sobre su calificación como sujeto pasivo del ICA, la cual, a su juicio, se originó a partir de un documento proferido con ocasión del procedimiento de fiscalización adelantado, el cual no le fue puesto en conocimiento.

Señaló que los actos acusados incurrieron en falta de motivación sobre la base de que la Administración «desconoció la no sujeción en el ICA de la que gozaba, interpretó inadecuadamente las normas tributarias aplicables al caso y se fundamentó en hechos que no correspondían a la realidad». Al respecto, expuso que los artículos 39 de la Ley 14 de 1983 y 35 del Decreto Distrital 400 de 1999 establecen que los ingresos originados en los servicios prestados por los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud están excluidos del ICA, sin distinguir si son privados o públicos, de ahí que la Administración limitara, sin sustento legal, el ámbito de aplicación de la norma, al negar la devolución del tributo pagado bajo el argumento de ser una Institución Prestadora de Salud (IPS)



privada y, por ende, sujeto pasivo del tributo.

Sobre este punto, advirtió que, a pesar de la generalidad de las normas en cita, el artículo 9.º del Decreto 356 de 1975 precisó que las entidades adscritas o vinculadas al Sistema Nacional de Salud incluían a las entidades de derecho privado que prestan dichos servicios a la comunidad.

Aseveró que el cambio introducido por la Ley 10 de 1990 sobre el sistema de salud en Colombia, no supuso la eliminación del beneficio de la no sujeción para las IPS, pues esa ley señaló que el concepto de «*hospitales adscritos y vinculados al sistema nacional de salud*» debía interpretarse, bajo la nueva normatividad, como el grupo de entidades e instituciones promotoras y prestadoras de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Al respecto, invocó jurisprudencias de esta Sección en las que se ha considerado que las entidades privadas que hacen parte del sistema de salud no están sujetas al ICA.

Contestación de la demanda

La Administración se opuso a las pretensiones de la demanda (ff. 47 a 56), así:

Argumentó que los cambios introducidos por las Leyes 10 de 1990 y 100 de 1993 al sistema de salud obligaron a que la no sujeción de ICA de la Ley 14 de 1983 se actualizara bajo el SGSSS, dando como resultado que los servicios de salud prestados por hospitales adscritos y vinculados al anterior Sistema Nacional de Salud excluidos de ICA, correspondieran actualmente a los servicios prestados por las diferentes empresas del sector salud, públicas o privadas, cuyo objeto es la asistencia en la seguridad por vía del Plan Obligatorio de Salud (POS), el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT), el régimen de vinculados y de prestación social de vejez. Por consiguiente, expresó que los servicios que ofrezcan las instituciones de salud que no se enmarquen en tales ámbitos se encuentran sujetos al ICA, con independencia de que se trate de instituciones públicas o privadas.

Debió el precedente judicial invocado por la demandante, comoquiera que en sentencia del 25 de marzo de 2010 (exp. 16755, CP: Hugo Fernando Bastidas Bárcenas), esta Sección expresó que todos los servicios no cubiertos por el POS están gravados con el ICA.

También manifestó que en el proceso de fiscalización adelantado como consecuencia de tales solicitudes de devolución, la Administración constató que la demandante obtuvo otros ingresos gravados con ICA, pero ajenos a la actividad de servicios de salud. En ese sentido se refirió a los rubros de: rendimientos financieros, recuperaciones, descuentos, venta de bienes y de seguros a varias compañías del sector financiero y asegurador.

Finalmente, manifestó que la actuación administrativa adelantada se sujetó a las normas procesales aplicables al caso, particularmente el artículo 148 del Decreto 807 de 1993, pues contaba, en principio, con 30 días para efectuar la devolución solicitada por la demandante. Empero, con base en el artículo 11 del Decreto 499 de 1994, dicho plazo podía suspenderse para la práctica de pruebas (como efectivamente ocurrió), sin perjuicio del plazo adicional con el que contaba según el artículo 151 del Decreto 807 de 1993. Por tal razón, manifestó que no se afectó el derecho de defensa que le asistía a la demandante.

Sentencia apelada



El *a quo* negó las pretensiones de la demanda (ff. 126 a 139), con fundamento en las siguientes consideraciones:

Advirtió que, con fundamento en los artículos 39 de la Ley 14 de 1983, 35 del Decreto 400 de 1999 y la sentencia del 16 de agosto de 2012 (exp. 18114, CP: Martha Teresa Briceño de Valencia), la no sujeción del ICA sobre los servicios de salud aplica para las instituciones prestadoras respecto de todos los ingresos que se deriven de tales servicios, independientemente que sean o no pagados con el POS. Agregó que, según el artículo 11 de la Ley 50 de 1984, solo cuando esas entidades ejecuten actividades industriales o comerciales estarán sujetas al ICA en lo relativo a las mismas.

Manifestó que el objeto social de la demandante, según su certificado de existencia y representación legal, no se circunscribía exclusivamente a la prestación de servicios de medicina, sino a la prestación de servicios de ingeniería civil y electrónica, por lo que se colegía que, además de prestar servicios de salud, ejecutaba actividades industriales que le generaban ingresos gravados con el ICA. En ese sentido, coincidió con la demandada en cuanto a que los certificados de retención en la fuente y del revisor fiscal allegados al plenario denotaron que la actora percibió ingresos adicionales por conceptos ajenos a los de salud.

Bajo las anteriores consideraciones, concluyó que la parte actora no satisfizo la carga probatoria que le correspondía y no logró desvirtuar la legalidad de los actos administrativos demandados, pues no aportó medios de prueba que permitieran discriminar los ingresos derivados del servicio de salud y aquellos originados por otros conceptos. Por estas razones, negó las pretensiones de la demanda.

Recurso de apelación

La demandante apeló la decisión del tribunal (ff. 126 a 139), para lo cual:

Invocó jurisprudencia de esta Sección, según la cual, las entidades que hacen parte del sistema de salud y que prestan servicios afines están excluidas del ICA. Además, expresó que, si bien su certificado de existencia y representación legal comprende, de forma secundaria, actividades afines la venta de servicios de imagenología y de medicina, nunca son ejercidas. En este sentido, expuso que durante el año gravable 2005 percibió rendimientos financieros que podrían ser catalogados como gravados con el ICA, pero que tal circunstancia no afectaba la exención de los ingresos percibidos por cuenta de la actividad médica.

Reprochó que el *a quo*, de una parte, desestimara las pretensiones de la demanda aduciendo que los certificados del revisor fiscal aportados carecían de mérito probatorio, pero, a su vez, se sirviera de ellos para fundamentar el rechazo de las devoluciones solicitadas. Asimismo, censuró que no se analizaran todos los certificados de retención en la fuente, comoquiera que los mismos evidenciaban que los conceptos por los cuales fueron practicadas respondieron, en su mayoría, a servicios médicos. A efectos de acreditar lo anterior, aportó al expediente nuevos certificados expedidos por el revisor fiscal, los cuales solicitó tener como medio de prueba dentro del plenario.

En relación con los rendimientos financieros percibidos, trajo a colación el fallo del 12 de septiembre de 2013 (exp. 18663, CP: Hugo Fernando Bastidas Bárcenas), en el que se afirmó que los ingresos por rendimientos financieros están gravados con ICA solo si provienen de inversiones que hacen parte del giro ordinario de los negocios del contribuyente. Finalmente, reiteró que no haberse registrado ante la Cámara de Comercio no era razón para desatender su carácter de IPS exenta del ICA.



Alegatos de conclusión

La parte actora insistió en los argumentos expuestos en las instancias procesales anteriores (ff. 216 a 225). Además, resaltó que los certificados del revisor fiscal aportados en la apelación deben ser valorados por el juez de segunda instancia, pues no fueron desestimados en sede administrativa, sino que, por el contrario, se tomaron para rechazar la solicitud de devolución interpuesta por la demandante. Asimismo, destacó que el tribunal centró el debate en el carácter probatorio de los certificados y no en la efectiva prestación de los servicios de salud desgravados del ICA; de manera que, como se desatendió una prueba aceptada en sede administrativa, esta debe ser aceptada en la etapa de apelación, de conformidad con el ordinal 3.º del artículo 212 del CCA.

La demandada reiteró los argumentos que expuso la contestación de la demanda (ff. 226 a 231). El Ministerio Público no rindió concepto.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

1- En los términos del recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia de primera instancia que negó a las pretensiones de la demanda, la Sala decidirá sobre la legalidad de los actos acusados, con los cuales se negó la devolución del ICA pagado por los años gravables 2000 a 2009 en la jurisdicción de Bogotá.

La demandante, en calidad de apelante única, plantea que no estar sujeta al tributo, dada su condición de entidad privada prestadora de servicios de salud perteneciente al SGSSS, con fundamento en los artículos 39 de la Ley 14 de 1983 y 35 del Decreto Distrital 400 de 1999; por ello sostiene que todos los ingresos percibidos durante los años gravables 2000 a 2009, por concepto de servicios de salud, no son objeto de gravamen y deben ser devueltos al configurarse un pago de lo no debido. En el otro extremo, la demandada considera que los ingresos declarados como gravables por la actora durante los años 2000 a 2009 provienen del desarrollo de actividades de salud gravadas con el impuesto y otras ajenas a la prestación de dichos servicios; por ello concluye que no se configura el pago de lo no debido y no hay lugar a conceder la devolución solicitada. Al respecto, el *a quo* señaló que las actividades generadoras de ingresos de la demandante no se circunscribían exclusivamente a la prestación de servicios de medicina, sino a la prestación de servicios de ingeniería civil y electrónica, por lo que se colegía que, además de prestar servicios de salud, ejecutaba actividades industriales que le generaban ingresos gravados con el ICA, por lo cual no procedía la devolución solicitada.

En esencia, le corresponde a la Sala determinar si está acreditado en el expediente que el ordenamiento desgrava las cuantías solicitadas en devolución por pago de lo no debido.

2- Como cuestión preliminar, la Sala observa que, en el recurso de apelación, la demandante propuso nuevos argumentos referidos a la tributación de los rendimientos financieros percibidos, con lo cual propone abrir una nueva discusión en segunda instancia. Al respecto, en consideración al principio de congruencia externa de las providencias (artículo 357 del Código de Procedimiento Civil, CPC), la competencia del juez de segunda instancia se restringe a los aspectos formulados en la apelación; que a su vez deben ser consonantes con lo planteado en la demanda y su contestación, pues el principio de legalidad que se busca desvirtuar en el marco de la segunda instancia debe haberse debatido en las etapas antecesoras del procedimiento contencioso-administrativo, para no vulnerar el derecho de contradicción y defensa de las partes.



En vista de lo anterior, la Sala se abstendrá de resolver el nuevo cargo propuesto por la actora en la apelación para sustentar que no se sometan a imposición con ICA los rendimientos financieros que percibió, pues aquella excede el alcance del concepto de violación planteado en el escrito de demanda.

3- De otra parte, respecto de la solicitud que la apelante única formuló en el recurso de apelación, en el sentido de que se valoren los nuevos certificados del revisor fiscal y de retenciones en la fuente, estima la Sala que se trata de una petición improcedente en la medida que contraría el artículo 212 del CCA. Dicha norma es estricta al señalar que *«las partes dentro del término de ejecutoria del auto que admita el recurso, podrán pedir pruebas, que sólo se decretarán en los casos previstos en el artículo 214 del Código Contencioso Administrativo»*, tras lo cual, el citado artículo 214 especifica que, en el trámite de la segunda instancia, *«cuando se trate de apelación de sentencia»*, las partes podrán pedir pruebas en el término de ejecutoria del auto que admite el recurso, las cuales *«se decretarán únicamente»* en los casos en que se evidencien las situaciones que están señaladas expresamente en dicho artículo. Luego, en tanto que la apelante única no solicitó la prueba dentro de la oportunidad correspondiente y tampoco acreditó que se encuentra en alguno de los presupuestos habilitantes de la solicitud de pruebas en el trámite de la segunda instancia, carece de fundamento legal la solicitud y, por ende, la Sala no valorará tales pruebas para decidir el caso.

4- Pasando al debate de fondo, es lo cierto que el legislador ha intervenido en varias oportunidades la desgravación del ICA sobre las actividades de servicios de salud, pues se ha ocupado de la materia en la Ley 14 de 1983, la Ley 50 de 1984, el Decreto Ley 1333 de 1986, la Ley 633 de 2000 y, finalmente, la Ley 788 de 2002, mediando también las sentencias de la Corte Constitucional C-245 de 2002 (MP: Manuel José Cepeda Espinosa) y C-1040 de 2003 (MP: Clara Inés Vargas Hernández).

La aplicación de esas disposiciones además ha suscitado por parte de esta Sección diversos pronunciamientos y criterios de decisión judicial, de los cuales son ejemplo, entre otras, las sentencias invocadas por las partes en sus intervenciones procesales a lo largo del presente contencioso. Con todo, el criterio de decisión actual, recogido en la sentencia del 04 de abril de 2019 (exp. 20204, CP: Julio Roberto Piza) tiene establecido que los ingresos percibidos por las IPS que se encuentran desgravados porque proceden de recursos pertenecientes al SGSSS –que por mandato constitucional están afectos a una destinación específica–, son: (i) los recursos del régimen contributivo y subsidiado del SGSSS; (ii) los recursos del FOSYGA, actualmente la ADRES; (iii) los recursos originados en regímenes especiales de seguridad social en salud; y (iv) los recursos del sistema de seguridad social en riesgos laborales. Por lo mismo, los servicios o planes de salud que no se financian con recursos del SGSSS sino con pagos hechos por el respectivo cotizante (*i.e.* planes voluntarios de salud), para cubrir prestaciones en salud distintas a las contempladas en el POS o, actualmente, en el plan de beneficios en salud, no se encuentran cubiertos por la desgravación del ICA prevista en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002; razón por la cual, en cada caso, *«la respectiva IPS tiene la carga de demostrar que los ingresos percibidos corresponden a fondos provenientes del régimen contributivo o subsidiado y, por tal razón, remuneran servicios de salud prestados en cumplimiento del POS o del plan de beneficios en salud»*¹.

En consecuencia, la juridicidad de los actos demandados debe establecerse a la

¹ Criterio reiterado en las sentencias del 26 de junio del 2019 (exp. 22250, CP: Julio Roberto Piza), del 18 de julio de 2019 (exp. 20726, CP: Jorge Octavio Ramírez), del 08 de agosto de 2019 (exp. 23028, CP: Milton Chaves García), del 12 de septiembre de 2019 (exp. 20690, CP: Jorge Octavio Ramírez) y del 16 de julio de 2020 (exp. 24252, CP: Milton Chaves García).



luz del mencionado criterio, del mismo modo en que se hizo en un caso que guarda identidad jurídica con el actual, en la sentencia de esta Sección del 16 de julio de 2020 (exp. 24252, CP: Milton Chaves García).

5- Al efecto, se encuentran probados en el plenario los siguientes hechos relevantes:

(i) La demandante es una IPS, que para la época de los hechos estaba autorizada por las autoridades competentes para prestar y desarrollar su objeto social en el área de la radiología e imágenes diagnósticas, ultrasonido y ecocardiografía, cuestión no debatida por la demandada (f. 14 caa 1; ff. 9 a 21 caa 2).

(ii) De acuerdo con el certificado de existencia y representación legal, el objeto social de la actora comprende la venta de servicios de imagenología y de medicina en todos los campos que esta ciencia incluye, así como otras actividades, como ingeniería civil, construcciones, estudios, proyectos y asesorías, etc. (ff. 37 a 39).

(iii) El 23 de marzo de 2010, la demandante solicitó la devolución por pago de lo no debido, por concepto del ICA declarado en los años 2000, 2001, 2002, 2003 y bimestres V y VI de 2009 (ff. 1 a 7 caa 2); y el 22 de febrero del mismo año, solicitó la devolución por pago de lo no debido del ICA declarado durante los años 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 y bimestres I, II, III y IV de 2009 (ff. 1 a 9 caa 1).

(iv) Como consecuencia de las diligencias de investigación que inició la demandada en virtud de las solicitudes de devolución, la actora suministró, entre otros, los siguientes documentos:

(a) Certificados del revisor fiscal, fechados el 07 de octubre de 2010, relativos a los ingresos recibidos por la actora durante los años gravables 2004 a 2009. En estos se certifica que *«la compañía obtuvo los siguientes ingresos ordinarios, extraordinarios y devoluciones, los cuales declaró y pagó oportunamente»*. Los certificados están debidamente firmados por el profesional contable (ff. 66, 73, 82, 89, 99, 112 caa 1). Sin embargo, no aportó certificados de revisor fiscal o de contador público respecto de los ingresos obtenidos durante los años gravables 2000 a 2003 (ff. 52 y 53 caa 3).

(b) Certificados de contador público, del 07 de octubre de 2010, en el que se acreditan las retenciones en la fuente soportadas durante los años 2004 a 2009. Estos expresan textualmente *«el valor de las retenciones que se practicaron a título del impuesto de industria y comercio ICA durante el periodo gravable»* (ff. 67, 74, 83, 90, 113 caa 1).

(c) Balances de prueba por los años 2004 a 2009. Cada balance comprende el periodo entre 01 de enero y el 31 de diciembre de cada año (ff. 70 a 71; 78 a 79; 86; 95 a 96; 108 a 109; y 128 a 129 caa 1).

(d) Certificados de retención en la fuente expedidos por terceros por concepto de *«servicios», «otros servicios», «honorarios» y «servicios varios»*, por los años 2004 a 2009 (ff. 77, 91, 92, 93, 100, 102, 114, 115, 118 y 119 caa 1).

(e) Certificado de retención por rendimientos financieros percibidos durante el año gravable 2005 (f. 123 caa 1).

(v) El 28 de diciembre de 2010, la entidad demandada profirió la Resolución nro. 2010EE802678, por medio de la cual se niega la solicitud de devolución del ICA pagado por la demandante durante los años 2004 a 2009 (bimestres I, II, III y IV).

(vi) El 18 de enero de 2011, la entidad demandada emitió la Resolución nro.



2011EE6077, por medio de la cual se niega la solicitud de devolución del ICA pagado por la demandante durante los años 2000 a 2003 y bimestres V y VI de 2009 (ff. 81 y 82 caa 2).

(vii) La demandada acumuló los procesos de devolución y resolvió de manera conjunta los recursos de reconsideración interpuestos contra los actos que negaron las solicitudes (ff. 116 a 123 caa 2).

6- Visto el expediente, cabe destacar que de conformidad con los artículos 177 del CPC y 786 y 788 del ET, recaía sobre la demandante la carga de demostrar los hechos que configuran el supuesto de aplicación de la desgravación que alega en su favor. Por ello debía demostrar, para los periodos regidos por el Decreto 1333 de 1986 (que incorporó el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 y el artículo 11 de la Ley 50 de 1984), que tenía la calidad de IPS y que los pretendidos ingresos desgravados se originaron exclusivamente en actividades de servicios de salud; y, para los periodos sometidos a los artículos 93 de la Ley 633 de 2000 y 111 de la Ley 788 de 2002, que, además de la calidad de integrante del SGSSS, se originaban en el sistema de seguridad social los ingresos obtenidos por la realización de actividades de salud humana.

En ese contexto, la Sala observa que si bien la demandada tiene la calidad de IPS (f. 14 caa 1; ff. 9 a 21 caa 2), ninguno de los medios de prueba que obran en el plenario (*i.e.* los certificados del revisor fiscal o de retención en la fuente, ni los balances de prueba), demostraron las circunstancias propias de la desgravación del ICA que la actora buscaba acreditar a fin de lograr la devolución de los impuestos pagados. Señaladamente, respecto de los años 2000 a 2003 no se aportaron medios probatorios que acreditaran que los ingresos provenían del desarrollo de actividades de servicios de salud; y, de los años 2004 a 2009, se aportaron certificados de retención en la fuente y de revisor fiscal, además de balances contables y facturas, que sólo mencionaban las retenciones soportadas o los ingresos percibidos en los respectivos años gravables y la identificación de los clientes, pero no daban cuenta de que los ingresos obtenidos tuvieran origen en el SGSSS y remuneraran la prestación de servicios de salud conforme a tal régimen, de conformidad con lo establecido en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 y el criterio jurisprudencial de esta Sección.

Por consiguiente, la Sala considera que la demandante no acreditó el supuesto de hecho de las normas cuya aplicación solicita para sustentar el pago de lo no debido. No prospera el cargo de apelación propuesto por la apelante y se confirmará el fallo del tribunal por las razones expuestas en la presente sentencia.

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

F A L L A

Confirmar la sentencia apelada, por los motivos expuestos en la parte considerativa de esta providencia.

Cópiese, notifíquese, comuníquese. Devuélvase al tribunal de origen. Cúmplase.

La anterior providencia se estudió y aprobó en la sesión de la fecha.

(Firmado electrónicamente)



Radicado: 25000-23-27-000-2012-00593-01 (20798)
Demandante: Organizaciones de Imagenología Colombiana O.I.C. S.A.

STELLA JEANNETTE CARVAJAL BASTO
Presidenta de la Sala
Aclaro voto

(Firmado electrónicamente)
MILTON CHAVES GARCÍA

(Firmado electrónicamente)
JULIO ROBERTO PIZA RODRÍGUEZ

**Consejo de Estado. Sentencia 24884 del
25 de marzo de 2021. C.P. Julio Roberto
Piza**

DOCUMENTO APORTADO EN SEGUNDA INSTANCIA PARA VALORARSE COMO PRUEBA – Improcedencia. Por no subsumirse en los supuestos del artículo 212 del CPACA

La Sala observa que con el escrito de alegatos de conclusión de segunda instancia la demandante aportó una certificación de revisor fiscal que indica los montos correspondientes a los ingresos «POS» y «no POS» percibidos en los periodos debatidos, que solicitó tener en cuenta en la segunda instancia (ff. 25 a 51 cp1). Sin embargo, como las circunstancias del caso no se subsumen en ninguno de los supuestos taxativamente prescritos en el artículo 212 del CPACA para la práctica de pruebas en segunda instancia, le está vedado a la Sala tener en cuenta el contenido del citado documento.

FUENTE FORMAL: LEY 1437 DE 2011 (CPACA) – ARTÍCULO 212

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA – Tratamiento tributario. Desgravación. Reiteración jurisprudencial

3- Plantea la actora que los ingresos que percibió con ocasión de la prestación de servicios de salud en Barranquilla estaban excluidos de la base gravable del ICA por cuanto el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 establecía una desgravación del impuesto para las entidades que, como ella, eran prestadoras de servicios de salud pertenecientes al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS); mientras que la apelante única sostiene que la actora no contaba con ese beneficio puesto que recibía ingresos de fuentes ajenas a la prestación de servicios de salud, pese a lo cual su contabilidad no discriminaba los valores correspondientes. Al respecto, el *a quo* avaló la posición de la demandante, pero adoptó una decisión de devolver, en abstracto, porque no tuvo certeza de las cuantías que en su criterio correspondía devolver a la actora. 3.1- Así las cosas, en el presente caso la litis versa sobre el tratamiento tributario dado en el ICA a la prestación de servicios de salud. Al respecto, el legislador ha intervenido en varias oportunidades para regular el alcance de la desgravación a la que aluden las partes, particularmente, en la Ley 14 de 1983, en la Ley 50 de 1984, en el Decreto Ley 1333 de 1986, en la Ley 633 de 2000 y, finalmente, en la Ley 788 de 2002, la cual fue analizada in extenso en las sentencias de la Corte Constitucional C-245 de 2002 (MP: Manuel José Cepeda Espinosa) y C-1040 de 2003 (MP: Clara Inés Vargas Hernández). La aplicación de esas disposiciones ha suscitado por parte de esta Sección diversos criterios de decisión, de los cuales son ejemplo, entre otras, las sentencias invocadas por las partes en sus intervenciones procesales a lo largo del presente contencioso. Con todo, el criterio de decisión actual, recogido en la sentencia del 04 de abril de 2019 (exp. 20204, CP: Julio Roberto Piza), tiene establecido que los ingresos percibidos por las IPS que se encuentran desgravadas porque proceden de recursos pertenecientes al SGSSS –que por mandato constitucional están afectos a una destinación específica-, son únicamente: (i) los recursos del régimen contributivo y subsidiado del SGSSS; (ii) los recursos del FOSYGA, actualmente la ADRES; (iii) los recursos originados en regímenes especiales de seguridad social en salud; y (iv) los recursos del sistema de seguridad social en riesgos laborales. Por lo mismo, los servicios o planes de salud que no se financian con recursos del SGSSS sino con pagos hechos por el respectivo cotizante (i.e. planes voluntarios de salud), para cubrir prestaciones en salud distintas a las contempladas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) o, actualmente, en el plan de beneficios en salud, no se encuentran cubiertos por la desgravación del ICA prevista en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002; razón por la cual, en cada caso, «la respectiva IPS tiene la carga de

demostrar que los ingresos percibidos corresponden a fondos provenientes del régimen contributivo o subsidiado y, por tal razón, remuneran servicios de salud prestados en cumplimiento del POS o del plan de beneficios en salud».3.2- En consecuencia, la juridicidad de los actos acusados debe establecerse a la luz del mencionado criterio, del mismo modo en que se hizo en dos casos que guardan identidad jurídica con el actual, fallados en las sentencias del 16 de julio de 2020 (exp. 24252, CP: Milton Chaves García) y del 13 de agosto de 2020 (exp. 20798, CP: Julio Roberto Piza). (...) Visto el expediente, cabe destacar que de conformidad con los artículos 167 del CGP y 786 y 788 del ET, recaía sobre la demandante la carga de demostrar los hechos que configuran el supuesto de aplicación de la desgravación que alega en su favor. Por ello debía acreditar que, por virtud de los artículos 93 de la Ley 633 de 2000 y 111 de la Ley 788 de 2002, tenía la calidad de integrante del SGSSS y, adicionalmente, que los ingresos obtenidos por la realización de actividades de salud humana correspondían a recursos de la seguridad social destinados a la finalidad del sistema de seguridad social, de conformidad con las precitadas disposiciones y el artículo 48 de la Constitución, de conformidad con lo expuesto en el fundamento jurídico nro. 3.1. En ese contexto, la Sala observa que si bien el objeto social de la demandante indica que prestaba, entre otros, servicios de salud, ninguno de los medios de prueba que obran en el plenario demostraron las circunstancias propias de la desgravación del ICA que la actora buscaba acreditar a fin de lograr la devolución de los impuestos pagados. En especial, omitió aportar la acreditación, dada por la Secretaría de Salud competente, de que contaba con la calidad de IPS adscrita al SGSSS; así como discriminar en su contabilidad cuáles de los ingresos percibidos en los periodos debatidos tenían origen en el SGSSS y remuneraban la prestación de servicios de salud conforme a tal régimen, a la luz de lo establecido en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002, que corresponderían a los ingresos desgravados. Por consiguiente, la Sala considera que la demandante acreditó el supuesto de hecho de la norma de exención, cuya aplicación solicita para sustentar el pago de lo no debido. La anterior razón es suficiente para que prospere el cargo de apelación propuesto por la apelante única y se revoque el fallo del tribunal que accedió a las pretensiones de la demanda.

FUENTE FORMAL: LEY 14 DE 1983 – ARTÍCULO 39 / LEY 50 DE 1984 / DECRETO LEY 1333 DE 1986 / LEY 633 DE 2000 – ARTÍCULO 93 / LEY 788 DE 2002 – ARTÍCULO 111 / LEY 1564 DE 2012 (CGP) - ARTÍCULO 167 / ESTATUTO TRIBUTARIO – ARTÍCULO 786 / ESTATUTO TRIBUTARIO – ARTÍCULO 788

CONDENA EN COSTAS EN SEGUNDA INSTANCIA – Improcedencia por falta de prueba de su causación

Finalmente, debido a que de conformidad con el ordinal 8.º del artículo 365 del Código General del Proceso solo «*habrá lugar a costas cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación*», la Sala se abstendrá de condenar en costas en esta instancia porque en el expediente no existe prueba de su causación.

FUENTE FORMAL: LEY 1564 DE 2012 (CGP) – ARTÍCULO 365 NUMERAL 8

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCION CUARTA

Consejero ponente: JULIO ROBERTO PIZA RODRÍGUEZ

Bogotá D.C., veinticinco (25) de marzo de dos mil veintiuno (2021)

Radicación número: 08001-23-33-000-2015-00063-02(24884)

Actor: LINDE COLOMBIA SA

Demandado: DISTRITO DE BARRANQUILLA

FALLO

La Sala decide el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada contra la sentencia del 29 de marzo de 2019, proferida por el Tribunal Administrativo del Atlántico, que accedió a las pretensiones de la demanda y se abstuvo de condenar en costas (ff. 322 y 323 cp2).

ANTECEDENTES DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA

La parte actora solicitó la devolución del impuesto de industria y comercio (ICA) autoliquidado en las declaraciones de los periodos gravables 2010 y 2011, al considerar que estaban exentos del tributo los servicios de salud prestados (ff. 62 a 78 cp2). La solicitud fue negada por la demandada, mediante la Resolución nro. GGI-RE-RS-00550-13, del 06 de diciembre de 2013 (ff. 37 a 44 cp2), acto administrativo que fue confirmado por la Resolución nro. GGI-DT-RS-00760, del 27 de noviembre de 2014 (ff. 45 a 54 cp2).

ANTECEDENTES PROCESALES

Demanda

En ejercicio del medio de control de nulidad y restablecimiento del derecho previsto en el artículo 138 del CPACA (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, Ley 1437 de 2011), la demandante formuló las siguientes pretensiones (ff. 33 y 34 cp2):

Pretensión primera. Por las razones de hecho y de derecho planteadas en la presente demanda, adicionales a lo manifestado con motivo de la discusión en vía gubernativa, solicito se declare la nulidad de la Resolución No. GGI-RE-RS No. 00550-13 de diciembre 6 de 2013, mediante la cual el Gerente de Gestión de Ingresos de la Secretaría de Hacienda de Barranquilla, negó la devolución por pago de lo no debido del impuesto de industria y comercio de las Declaraciones del Impuesto de Industria y Comercio, Avisos y Tableros correspondientes a las vigencias 2010 y 2011 presentadas por Linde.

Pretensión segunda. Por las razones de hecho y de derecho planteadas en la presente demanda, adicionales a lo manifestado con motivo de la discusión en vía gubernativa, solicito se declare la nulidad de la Resolución No. GGI-DT-RS-00760 del 27 de noviembre de 2014 mediante la cual el Gerente de Gestión de Ingresos de la Secretaría de Hacienda de Barranquilla, resolvió el recuro de reconsideración interpuesto frente a la mencionada resolución confirmándola en todas sus partes.

Pretensión tercera. Como consecuencia de las nulidades que serán declaradas con fundamento en las anteriores Pretensiones Primera y Segunda, solicito se restablezca en su derecho a mi representada

ordenando la devolución de la suma de ochenta y cinco millones novecientos setenta y un pesos (\$85.971.000) correspondientes al pago de lo no debido del impuesto de industria y comercio correspondiente a los ingresos por prestación de servicios de salud, por los periodos gravables 2010 y 2011 presentada por Linde el 27 de septiembre de 2013.

Pretensión cuarta. Como consecuencia de las nulidades que serán declaradas con fundamento en las anteriores pretensiones primera y segunda, solicito se restablezca en su derecho a mi representada ordenando el pago de los intereses legales establecidos en el Código Civil, así como los intereses corrientes y moratorios establecidos en el artículo 863 del Estatuto Tributario Nacional, así:

- Intereses legales: desde la fecha de pago de cada una de las declaraciones hasta la fecha de solicitud de devolución, esto es 27 de septiembre de 2013.

- Intereses corrientes: desde el 11 de diciembre de 2013, fecha en la cual fue notificada Resolución No CGI-RE-RS No. 0050 de diciembre 6 de 2013, hasta la fecha de ejecutoria de la sentencia que declare nulos los actos administrativos demandados.

- Intereses moratorios: desde el 11 de diciembre de 2013, fecha en que se venció el plazo para ordenar la devolución hasta la fecha efectiva del giro del cheque, emisión del título o consignación.

Pretensión sexta [sic]: Condenar al Distrito de Barranquilla a pagar a Linde las costas y las agencias en derecho, relacionadas con el presente proceso.

A los anteriores efectos, invocó como normas vulneradas los artículos 2.º constitucional; 39 de la Ley 14 de 1983; 2.º, 3.º y 42 del CPACA; y 11 y 16 del Decreto 2277 de 2012.

Al sustentar el concepto de la violación de esas disposiciones (ff. 9 a 33 cp2), señaló que los actos demandados contrariaban el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 y el criterio adoptado en la sentencia de esta Sección del 13 de agosto de 2009 (exp. 16569, CP: Martha Teresa Briceño de Valencia), bajo los cuales estaría prohibido gravar con el ICA los servicios de salud prestados por las entidades pertenecientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Alegó que, pese a cumplir con las condiciones para estar amparada por esa prohibición subjetiva, le indujo a error lo dispuesto en el artículo 53 del Acuerdo distrital nro. 022 de 2004. Añadió que, tratándose de un pago de lo no debido, para la procedencia de la solicitud de devolución no se requería corregir la declaración tributaria, de acuerdo con el criterio jurisprudencial existente¹. Pidió que se liquidaran a su favor intereses corrientes, moratorios y legales sobre la suma objeto de devolución con fundamento en el artículo 863 del Estatuto Tributario (ET).

Contestación de la demanda

La demandada se opuso a las pretensiones de la actora (ff. 136 a 153 cp2), para lo cual:

Negó que el Acuerdo nro. 022 de 2004 indujese a error a su contraparte, máxime cuando no estaba en vigor durante los periodos gravables debatidos. Agregó que la solicitud de devolución presentada desatendió la carga probatoria exigible, para demostrar que los ingresos obtenidos estaban exentos del impuesto, porque las pruebas documentales aportadas –i.e. certificado de existencia y representación legal y libros de contabilidad–, afirmaban la sujeción al tributo, dado que la demandante percibía ingresos procedentes de fuentes distintas a la prestación de servicios de salud, sin que la contabilidad individualizara correctamente la procedencia de los ingresos. Sostuvo que la solicitud de devolución debió estar precedida de una corrección de la declaración, como lo exigía, para la disminución de la deuda tributaria, el artículo 192

¹ Citó las sentencias del 16 de julio de 2009 (exp. 16655, CP: Martha Teresa Briceño de Valencia), del 13 de agosto de 2009 (exp. 16569, CP: ibidem), del 27 de agosto de 2009 (exp. 16881, CP: ibidem), del 05 de noviembre de 2009 (exp. 16591, CP: Hugo Fernando Bastidas Bárcenas) y del 11 de noviembre de 2009 (exp. 6567, CP: ibidem).

del Acuerdo nro. 030 de 2008.

Señaló que la solicitud de devolución del ICA correspondiente al periodo 2010 se presentó extemporáneamente, pues se había superado el plazo de dos años contados desde el vencimiento del término para declarar (*i.e.* 28 de febrero de 2011). Finalmente, planteó que no era procedente la solicitud de reconocimiento de intereses, en la medida en que no había lugar a la devolución.

Sentencia apelada

El tribunal accedió a las pretensiones de la demanda (ff. 301 a 323 cp2), a partir de las siguientes consideraciones:

Estimó que a la parte actora, dada su condición de Institución Prestadora de Salud (IPS), integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud, le asistía el derecho a excluir de la base gravable del ICA los ingresos obtenidos por la prestación de servicios de salud, de acuerdo con la letra d) del ordinal 2.º del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, por lo cual tenía derecho a la devolución solicitada; pero se abstuvo de señalar el monto procedente, porque concluyo que las cifras pertinentes no estaban discriminadas en la contabilidad.

Juzgó que las solicitudes de devolución por pago de lo no debido no penden de una previa corrección de la correspondiente declaración tributaria, en razón a que el pago de lo no debido obedecía a la realización de un pago carente de fundamento legal. Finalmente, reconoció el derecho a liquidar a favor de la demandante los intereses corrientes y moratorios conforme a sus reglas de causación. No condenó en costas.

Recurso de apelación

La demandada apeló la sentencia de primera instancia (ff. 329 a 359 vto. cp2), para lo cual alegó que el acervo probatorio suministrado por la demandante no acreditaba que los ingresos percibidos provinieran de la prestación de servicios de salud exentos. También reprochó que el *a quo* no haya tenido en cuenta la extemporaneidad de la solicitud de devolución del pago de lo no debido correspondiente al año 2010; ni la necesidad de corregir la declaración para poder adelantar el trámite de la devolución.

Alegatos de conclusión

La demandante manifestó que probó con suficiencia los ingresos provenientes de la prestación de servicios de salud, hizo el cálculo de los valores solicitados en devolución y señaló que estos no fueron controvertidos por su contraparte. Reiteró que para solicitar la devolución de los montos pagados no era necesaria la corrección de la declaración y recalcó que, para la época de los hechos debatidos, esta Sección sostenía la tesis de que existía una prohibición de gravar a las entidades prestadoras de servicios de salud, independientemente del origen de sus ingresos (sentencia del 07 de febrero de 2008, exp. 15785, CP: María Inés Ortiz Barbosa) y que, si bien esa tesis había cambiado, pidió que se tuviera en cuenta la posición jurisprudencial vigente a la fecha en que se solicitó la devolución (ff. 13 a 24 cp1).

La demandada reiteró los argumentos expuestos en la contestación de la demanda (ff. 52 a 59 vto. cp1). El Ministerio Público no rindió concepto.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

1- Juzga la Sala la legalidad de los actos acusados, atendiendo a los cargos formulados por la parte demandada, en calidad de apelante única, contra la sentencia de primera instancia que accedió a las pretensiones de la demanda y declaró la nulidad de los actos que negaron la devolución del ICA pagado por la actora en los años gravables 2010 y 2011 en el distrito de Barranquilla.

En esencia, se discute si los ingresos provenientes de la actividad de prestación de servicios de salud desarrollada por la actora están desgravados del ICA y en consecuencia correspondía devolver los montos que por ese tributo hubiere pagado en el distrito de Barranquilla durante los periodos 2010 y 2011. Si fuera así, hará falta juzgar si la solicitud de devolución fue presentada oportunamente y si se requería corregir las declaraciones tributarias correspondientes a los años gravables 2010 y 2011.

2- Antes de pronunciarse al respecto, la Sala observa que con el escrito de alegatos de conclusión de segunda instancia la demandante aportó una certificación de revisor fiscal que indica los montos correspondientes a los ingresos «POS» y «no POS» percibidos en los periodos debatidos, que solicitó tener en cuenta en la segunda instancia (ff. 25 a 51 cp1). Sin embargo, como las circunstancias del caso no se subsumen en ninguno de los supuestos taxativamente prescritos en el artículo 212 del CPACA para la práctica de pruebas en segunda instancia, le está vedado a la Sala tener en cuenta el contenido del citado documento.

3- Plantea la actora que los ingresos que percibió con ocasión de la prestación de servicios de salud en Barranquilla estaban excluidos de la base gravable del ICA por cuanto el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 establecía una desgravación del impuesto para las entidades que, como ella, eran prestadoras de servicios de salud pertenecientes al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS); mientras que la apelante única sostiene que la actora no contaba con ese beneficio puesto que recibía ingresos de fuentes ajenas a la prestación de servicios de salud, pese a lo cual su contabilidad no discriminaba los valores correspondientes. Al respecto, el *a quo* avaló la posición de la demandante, pero adoptó una decisión de devolver, en abstracto, porque no tuvo certeza de las cuantías que en su criterio correspondía devolver a la actora.

3.1- Así las cosas, en el presente caso la litis versa sobre el tratamiento tributario dado en el ICA a la prestación de servicios de salud. Al respecto, el legislador ha intervenido en varias oportunidades para regular el alcance de la desgravación a la que aluden las partes, particularmente, en la Ley 14 de 1983, en la Ley 50 de 1984, en el Decreto Ley 1333 de 1986, en la Ley 633 de 2000 y, finalmente, en la Ley 788 de 2002, la cual fue analizada *in extenso* en las sentencias de la Corte Constitucional C-245 de 2002 (MP: Manuel José Cepeda Espinosa) y C-1040 de 2003 (MP: Clara Inés Vargas Hernández).

La aplicación de esas disposiciones ha suscitado por parte de esta Sección diversos criterios de decisión, de los cuales son ejemplo, entre otras, las sentencias invocadas por las partes en sus intervenciones procesales a lo largo del presente contencioso. Con todo, el criterio de decisión actual, recogido en la sentencia del 04 de abril de 2019 (exp. 20204, CP: Julio Roberto Piza), tiene establecido que los ingresos percibidos por las IPS que se encuentran desgravadas porque proceden de recursos pertenecientes al SGSSS –que por mandato constitucional están afectos a una destinación específica–,



son únicamente: (i) los recursos del régimen contributivo y subsidiado del SGSSS; (ii) los recursos del FOSYGA, actualmente la ADRES; (iii) los recursos originados en regímenes especiales de seguridad social en salud; y (iv) los recursos del sistema de seguridad social en riesgos laborales. Por lo mismo, los servicios o planes de salud que no se financian con recursos del SGSSS sino con pagos hechos por el respectivo cotizante (*i.e.* planes voluntarios de salud), para cubrir prestaciones en salud distintas a las contempladas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) o, actualmente, en el plan de beneficios en salud, no se encuentran cubiertos por la desgravación del ICA prevista en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002; razón por la cual, en cada caso, «*la respectiva IPS tiene la carga de demostrar que los ingresos percibidos corresponden a fondos provenientes del régimen contributivo o subsidiado y, por tal razón, remuneran servicios de salud prestados en cumplimiento del POS o del plan de beneficios en salud*»².

3.2- En consecuencia, la juridicidad de los actos acusados debe establecerse a la luz del mencionado criterio, del mismo modo en que se hizo en dos casos que guardan identidad jurídica con el actual, fallados en las sentencias del 16 de julio de 2020 (exp. 24252, CP: Milton Chaves García) y del 13 de agosto de 2020 (exp. 20798, CP: Julio Roberto Piza).

4- Al efecto, se encuentran probados en el plenario los siguientes hechos relevantes:

(i) El certificado de existencia y representación legal indica que el objeto social de la actora comprende la producción y venta de gases industriales y medicinales; la producción, ensamble, importación y venta de dispositivos médicos para uso humano; la prestación de servicios correspondientes a actividades de instituciones prestadoras de servicio de salud o asimiladas; y la producción y venta de elementos de señales de comunicación (ff. 55 a 60 vto. cp2).

(ii) El 27 de diciembre de 2013, la demandante solicitó la devolución por pago de lo no debido, por concepto del ICA declarado en los años 2010 y 2011 en el distrito de Barranquilla (ff. 61 a 78 cp2). Al efecto, suministró dos certificados de contador público, ambos del 12 de mayo de 2016, en los que se acredita que, dentro de los ingresos operacionales de la actora de los periodos 2010 y 2011, se encuentran registrados ingresos por ventas y devoluciones de bienes y servicios derivados de la prestación de servicios de salud a favor de terceros. Asimismo, se da constancia que en las declaraciones del ICA por los periodos 2010 y 2011 no se excluyeron de la base gravable los ingresos correspondientes a prestación de servicios de salud (ff. 239 a 240 y 241 a 242 cp2).

(iii) El 06 de diciembre de 2013, la entidad demandada profirió la Resolución nro. GGI-RE-RS-00550-13, por medio de la cual negó la solicitud de devolución del ICA pagado por la demandante durante los años 2010 y 2011 (ff. 37 a 44 caa). Tal acto administrativo fue confirmado íntegramente por la Resolución nro. GGI-DT-RS-00760 del 27 de noviembre de 2014 (ff. 45 a 54 caa).

5- Visto el expediente, cabe destacar que de conformidad con los artículos 167 del CGP y 786 y 788 del ET, recaía sobre la demandante la carga de demostrar los hechos que configuran el supuesto de aplicación de la desgravación que alega en su favor. Por ello

² Criterio reiterado en las sentencias del 26 de junio del 2019 (exp. 22250, CP: Julio Roberto Piza), del 18 de julio de 2019 (exp. 20726, CP: Jorge Octavio Ramírez), del 08 de agosto de 2019 (exp. 23028, CP: Milton Chaves García), del 12 de septiembre de 2019 (exp. 20690, CP: Jorge Octavio Ramírez), del 16 de julio de 2020 (exp. 24252, CP: Milton Chaves García) y del 13 de agosto de 2020 (exp. 20798, CP: Julio Roberto Piza Rodríguez).



debía acreditar que, por virtud de los artículos 93 de la Ley 633 de 2000 y 111 de la Ley 788 de 2002, tenía la calidad de integrante del SGSSS y, adicionalmente, que los ingresos obtenidos por la realización de actividades de salud humana correspondían a recursos de la seguridad social destinados a la finalidad del sistema de seguridad social, de conformidad con las precitadas disposiciones y el artículo 48 de la Constitución, de conformidad con lo expuesto en el fundamento jurídico nro. 3.1.

En ese contexto, la Sala observa que si bien el objeto social de la demandante indica que prestaba, entre otros, servicios de salud, ninguno de los medios de prueba que obran en el plenario demostraron las circunstancias propias de la desgravación del ICA que la actora buscaba acreditar a fin de lograr la devolución de los impuestos pagados. En especial, omitió aportar la acreditación, dada por la Secretaría de Salud competente, de que contaba con la calidad de IPS adscrita al SGSSS; así como discriminar en su contabilidad cuáles de los ingresos percibidos en los periodos debatidos tenían origen en el SGSSS y remuneraban la prestación de servicios de salud conforme a tal régimen, a la luz de lo establecido en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002, que corresponderían a los ingresos desgravados.

Por consiguiente, la Sala considera que la demandante no acreditó el supuesto de hecho de la norma de exención, cuya aplicación solicita para sustentar el pago de lo no debido. La anterior razón es suficiente para que prospere el cargo de apelación propuesto por la apelante única y se revoque el fallo del tribunal que accedió a las pretensiones de la demanda.

6- Finalmente, debido a que de conformidad con el ordinal 8.º del artículo 365 del Código General del Proceso solo «*habrá lugar a costas cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación*», la Sala se abstendrá de condenar en costas en esta instancia porque en el expediente no existe prueba de su causación.

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

FALLA

1. **Revocar** la sentencia apelada, que declaró la nulidad de los actos demandados. En su lugar:

Primero. Negar las pretensiones de la demanda.

2. Sin condena en costas en esta instancia.

Cópiese, notifíquese, comuníquese. Devuélvase al tribunal de origen. Cúmplase.

La anterior providencia se estudió y aprobó en la sesión de la fecha.

(Firmado electrónicamente)
MILTON CHAVES GARCÍA
Presidente

(Firmado electrónicamente)
STELLA JEANNETTE CARVAJAL BASTO
Aclaro voto



Radicado: 08001-23-33-000-2015-00063-02 (24884)
Demandante: Linde Colombia SA

(Firmado electrónicamente)
MYRIAM STELLA GUTIÉRREZ ARGÜELLO

(Firmado electrónicamente)
JULIO ROBERTO PIZA RODRÍGUEZ



**Consejo de Estado: Sentencia 24252
del 16 de julio de 2020 C.P. Milton
Chaves García**

DOCUMENTO APORTADO EN SEGUNDA INSTANCIA PARA VALORARSE COMO PRUEBA – Improcedencia. Por no subsumirse en los supuestos del artículo 212 del CPACA

La Sala observa que con el escrito de alegatos de conclusión de segunda instancia la demandante aportó una certificación de revisor fiscal que indica los montos correspondientes a los ingresos «POS» y «no POS» percibidos en los periodos debatidos, que solicitó tener en cuenta en la segunda instancia (ff. 25 a 51 cp1). Sin embargo, como las circunstancias del caso no se subsumen en ninguno de los supuestos taxativamente prescritos en el artículo 212 del CPACA para la práctica de pruebas en segunda instancia, le está vedado a la Sala tener en cuenta el contenido del citado documento.

FUENTE FORMAL: LEY 1437 DE 2011 (CPACA) – ARTÍCULO 212

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA – Tratamiento tributario. Desgravación. Reiteración jurisprudencial

3- Plantea la actora que los ingresos que percibió con ocasión de la prestación de servicios de salud en Barranquilla estaban excluidos de la base gravable del ICA por cuanto el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 establecía una desgravación del impuesto para las entidades que, como ella, eran prestadoras de servicios de salud pertenecientes al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS); mientras que la apelante única sostiene que la actora no contaba con ese beneficio puesto que recibía ingresos de fuentes ajenas a la prestación de servicios de salud, pese a lo cual su contabilidad no discriminaba los valores correspondientes. Al respecto, el *a quo* avaló la posición de la demandante, pero adoptó una decisión de devolver, en abstracto, porque no tuvo certeza de las cuantías que en su criterio correspondía devolver a la actora. 3.1- Así las cosas, en el presente caso la litis versa sobre el tratamiento tributario dado en el ICA a la prestación de servicios de salud. Al respecto, el legislador ha intervenido en varias oportunidades para regular el alcance de la desgravación a la que aluden las partes, particularmente, en la Ley 14 de 1983, en la Ley 50 de 1984, en el Decreto Ley 1333 de 1986, en la Ley 633 de 2000 y, finalmente, en la Ley 788 de 2002, la cual fue analizada in extenso en las sentencias de la Corte Constitucional C-245 de 2002 (MP: Manuel José Cepeda Espinosa) y C-1040 de 2003 (MP: Clara Inés Vargas Hernández). La aplicación de esas disposiciones ha suscitado por parte de esta Sección diversos criterios de decisión, de los cuales son ejemplo, entre otras, las sentencias invocadas por las partes en sus intervenciones procesales a lo largo del presente contencioso. Con todo, el criterio de decisión actual, recogido en la sentencia del 04 de abril de 2019 (exp. 20204, CP: Julio Roberto Piza), tiene establecido que los ingresos percibidos por las IPS que se encuentran desgravadas porque proceden de recursos pertenecientes al SGSSS –que por mandato constitucional están afectos a una destinación específica-, son únicamente: (i) los recursos del régimen contributivo y subsidiado del SGSSS; (ii) los recursos del FOSYGA, actualmente la ADRES; (iii) los recursos originados en regímenes especiales de seguridad social en salud; y (iv) los recursos del sistema de seguridad social en riesgos laborales. Por lo mismo, los servicios o planes de salud que no se financian con recursos del SGSSS sino con pagos hechos por el respectivo cotizante (i.e. planes voluntarios de salud), para cubrir prestaciones en salud distintas a las contempladas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) o, actualmente, en el plan de beneficios en salud, no se encuentran cubiertos por la desgravación del ICA prevista en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002; razón por la cual, en cada caso, «la respectiva IPS tiene la carga de



demostrar que los ingresos percibidos corresponden a fondos provenientes del régimen contributivo o subsidiado y, por tal razón, remunerar servicios de salud prestados en cumplimiento del POS o del plan de beneficios en salud».3.2- En consecuencia, la juridicidad de los actos acusados debe establecerse a la luz del mencionado criterio, del mismo modo en que se hizo en dos casos que guardan identidad jurídica con el actual, fallados en las sentencias del 16 de julio de 2020 (exp. 24252, CP: Milton Chaves García) y del 13 de agosto de 2020 (exp. 20798, CP: Julio Roberto Piza). (...) Visto el expediente, cabe destacar que de conformidad con los artículos 167 del CGP y 786 y 788 del ET, recaía sobre la demandante la carga de demostrar los hechos que configuran el supuesto de aplicación de la desgravación que alega en su favor. Por ello debía acreditar que, por virtud de los artículos 93 de la Ley 633 de 2000 y 111 de la Ley 788 de 2002, tenía la calidad de integrante del SGSSS y, adicionalmente, que los ingresos obtenidos por la realización de actividades de salud humana correspondían a recursos de la seguridad social destinados a la finalidad del sistema de seguridad social, de conformidad con las precitadas disposiciones y el artículo 48 de la Constitución, de conformidad con lo expuesto en el fundamento jurídico nro. 3.1. En ese contexto, la Sala observa que si bien el objeto social de la demandante indica que prestaba, entre otros, servicios de salud, ninguno de los medios de prueba que obran en el plenario demostraron las circunstancias propias de la desgravación del ICA que la actora buscaba acreditar a fin de lograr la devolución de los impuestos pagados. En especial, omitió aportar la acreditación, dada por la Secretaría de Salud competente, de que contaba con la calidad de IPS adscrita al SGSSS; así como discriminar en su contabilidad cuáles de los ingresos percibidos en los periodos debatidos tenían origen en el SGSSS y remuneraban la prestación de servicios de salud conforme a tal régimen, a la luz de lo establecido en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002, que corresponderían a los ingresos desgravados. Por consiguiente, la Sala considera que la demandante acreditó el supuesto de hecho de la norma de exención, cuya aplicación solicita para sustentar el pago de lo no debido. La anterior razón es suficiente para que prospere el cargo de apelación propuesto por la apelante única y se revoque el fallo del tribunal que accedió a las pretensiones de la demanda.

FUENTE FORMAL: LEY 14 DE 1983 – ARTÍCULO 39 / LEY 50 DE 1984 / DECRETO LEY 1333 DE 1986 / LEY 633 DE 2000 – ARTÍCULO 93 / LEY 788 DE 2002 – ARTÍCULO 111 / LEY 1564 DE 2012 (CGP) - ARTÍCULO 167 / ESTATUTO TRIBUTARIO – ARTÍCULO 786 / ESTATUTO TRIBUTARIO – ARTÍCULO 788

CONDENA EN COSTAS EN SEGUNDA INSTANCIA – Improcedencia por falta de prueba de su causación

Finalmente, debido a que de conformidad con el ordinal 8.º del artículo 365 del Código General del Proceso solo «*habrá lugar a costas cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación*», la Sala se abstendrá de condenar en costas en esta instancia porque en el expediente no existe prueba de su causación.

FUENTE FORMAL: LEY 1564 DE 2012 (CGP) – ARTÍCULO 365 NUMERAL 8

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCION CUARTA

Consejero ponente: JULIO ROBERTO PIZA RODRÍGUEZ

Bogotá D.C., veinticinco (25) de marzo de dos mil veintiuno (2021)

Radicación número: 08001-23-33-000-2015-00063-02(24884)

Actor: LINDE COLOMBIA SA

Demandado: DISTRITO DE BARRANQUILLA

FALLO

La Sala decide el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada contra la sentencia del 29 de marzo de 2019, proferida por el Tribunal Administrativo del Atlántico, que accedió a las pretensiones de la demanda y se abstuvo de condenar en costas (ff. 322 y 323 cp2).

ANTECEDENTES DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA

La parte actora solicitó la devolución del impuesto de industria y comercio (ICA) autoliquidado en las declaraciones de los periodos gravables 2010 y 2011, al considerar que estaban exentos del tributo los servicios de salud prestados (ff. 62 a 78 cp2). La solicitud fue negada por la demandada, mediante la Resolución nro. GGI-RE-RS-00550-13, del 06 de diciembre de 2013 (ff. 37 a 44 cp2), acto administrativo que fue confirmado por la Resolución nro. GGI-DT-RS-00760, del 27 de noviembre de 2014 (ff. 45 a 54 cp2).

ANTECEDENTES PROCESALES

Demanda

En ejercicio del medio de control de nulidad y restablecimiento del derecho previsto en el artículo 138 del CPACA (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, Ley 1437 de 2011), la demandante formuló las siguientes pretensiones (ff. 33 y 34 cp2):

Pretensión primera. Por las razones de hecho y de derecho planteadas en la presente demanda, adicionales a lo manifestado con motivo de la discusión en vía gubernativa, solicito se declare la nulidad de la Resolución No. GGI-RE-RS No. 00550-13 de diciembre 6 de 2013, mediante la cual el Gerente de Gestión de Ingresos de la Secretaría de Hacienda de Barranquilla, negó la devolución por pago de lo no debido del impuesto de industria y comercio de las Declaraciones del Impuesto de Industria y Comercio, Avisos y Tableros correspondientes a las vigencias 2010 y 2011 presentadas por Linde.

Pretensión segunda. Por las razones de hecho y de derecho planteadas en la presente demanda, adicionales a lo manifestado con motivo de la discusión en vía gubernativa, solicito se declare la nulidad de la Resolución No. GGI-DT-RS-00760 del 27 de noviembre de 2014 mediante la cual el Gerente de Gestión de Ingresos de la Secretaría de Hacienda de Barranquilla, resolvió el recuro de reconsideración interpuesto frente a la mencionada resolución confirmándola en todas sus partes.

Pretensión tercera. Como consecuencia de las nulidades que serán declaradas con fundamento en las anteriores Pretensiones Primera y Segunda, solicito se restablezca en su derecho a mi representada

ordenando la devolución de la suma de ochenta y cinco millones novecientos setenta y un pesos (\$85.971.000) correspondientes al pago de lo no debido del impuesto de industria y comercio correspondiente a los ingresos por prestación de servicios de salud, por los periodos gravables 2010 y 2011 presentada por Linde el 27 de septiembre de 2013.

Pretensión cuarta. Como consecuencia de las nulidades que serán declaradas con fundamento en las anteriores pretensiones primera y segunda, solicito se restablezca en su derecho a mi representada ordenando el pago de los intereses legales establecidos en el Código Civil, así como los intereses corrientes y moratorios establecidos en el artículo 863 del Estatuto Tributario Nacional, así:

- Intereses legales: desde la fecha de pago de cada una de las declaraciones hasta la fecha de solicitud de devolución, esto es 27 de septiembre de 2013.

- Intereses corrientes: desde el 11 de diciembre de 2013, fecha en la cual fue notificada Resolución No CGI-RE-RS No. 0050 de diciembre 6 de 2013, hasta la fecha de ejecutoria de la sentencia que declare nulos los actos administrativos demandados.

- Intereses moratorios: desde el 11 de diciembre de 2013, fecha en que se venció el plazo para ordenar la devolución hasta la fecha efectiva del giro del cheque, emisión del título o consignación.

Pretensión sexta [sic]: Condenar al Distrito de Barranquilla a pagar a Linde las costas y las agencias en derecho, relacionadas con el presente proceso.

A los anteriores efectos, invocó como normas vulneradas los artículos 2.º constitucional; 39 de la Ley 14 de 1983; 2.º, 3.º y 42 del CPACA; y 11 y 16 del Decreto 2277 de 2012.

Al sustentar el concepto de la violación de esas disposiciones (ff. 9 a 33 cp2), señaló que los actos demandados contrariaban el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 y el criterio adoptado en la sentencia de esta Sección del 13 de agosto de 2009 (exp. 16569, CP: Martha Teresa Briceño de Valencia), bajo los cuales estaría prohibido gravar con el ICA los servicios de salud prestados por las entidades pertenecientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Alegó que, pese a cumplir con las condiciones para estar amparada por esa prohibición subjetiva, le indujo a error lo dispuesto en el artículo 53 del Acuerdo distrital nro. 022 de 2004. Añadió que, tratándose de un pago de lo no debido, para la procedencia de la solicitud de devolución no se requería corregir la declaración tributaria, de acuerdo con el criterio jurisprudencial existente¹. Pidió que se liquidaran a su favor intereses corrientes, moratorios y legales sobre la suma objeto de devolución con fundamento en el artículo 863 del Estatuto Tributario (ET).

Contestación de la demanda

La demandada se opuso a las pretensiones de la actora (ff. 136 a 153 cp2), para lo cual:

Negó que el Acuerdo nro. 022 de 2004 indujese a error a su contraparte, máxime cuando no estaba en vigor durante los periodos gravables debatidos. Agregó que la solicitud de devolución presentada desatendió la carga probatoria exigible, para demostrar que los ingresos obtenidos estaban exentos del impuesto, porque las pruebas documentales aportadas –i.e. certificado de existencia y representación legal y libros de contabilidad–, afirmaban la sujeción al tributo, dado que la demandante percibía ingresos procedentes de fuentes distintas a la prestación de servicios de salud, sin que la contabilidad individualizara correctamente la procedencia de los ingresos. Sostuvo que la solicitud de devolución debió estar precedida de una corrección de la declaración, como lo exigía, para la disminución de la deuda tributaria, el artículo 192

¹ Citó las sentencias del 16 de julio de 2009 (exp. 16655, CP: Martha Teresa Briceño de Valencia), del 13 de agosto de 2009 (exp. 16569, CP: ibidem), del 27 de agosto de 2009 (exp. 16881, CP: ibidem), del 05 de noviembre de 2009 (exp. 16591, CP: Hugo Fernando Bastidas Bárcenas) y del 11 de noviembre de 2009 (exp. 6567, CP: ibidem).



del Acuerdo nro. 030 de 2008.

Señaló que la solicitud de devolución del ICA correspondiente al periodo 2010 se presentó extemporáneamente, pues se había superado el plazo de dos años contados desde el vencimiento del término para declarar (*i.e.* 28 de febrero de 2011). Finalmente, planteó que no era procedente la solicitud de reconocimiento de intereses, en la medida en que no había lugar a la devolución.

Sentencia apelada

El tribunal accedió a las pretensiones de la demanda (ff. 301 a 323 cp2), a partir de las siguientes consideraciones:

Estimó que a la parte actora, dada su condición de Institución Prestadora de Salud (IPS), integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud, le asistía el derecho a excluir de la base gravable del ICA los ingresos obtenidos por la prestación de servicios de salud, de acuerdo con la letra d) del ordinal 2.º del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, por lo cual tenía derecho a la devolución solicitada; pero se abstuvo de señalar el monto procedente, porque concluyo que las cifras pertinentes no estaban discriminadas en la contabilidad.

Juzgó que las solicitudes de devolución por pago de lo no debido no penden de una previa corrección de la correspondiente declaración tributaria, en razón a que el pago de lo no debido obedecía a la realización de un pago carente de fundamento legal. Finalmente, reconoció el derecho a liquidar a favor de la demandante los intereses corrientes y moratorios conforme a sus reglas de causación. No condenó en costas.

Recurso de apelación

La demandada apeló la sentencia de primera instancia (ff. 329 a 359 vto. cp2), para lo cual alegó que el acervo probatorio suministrado por la demandante no acreditaba que los ingresos percibidos provinieran de la prestación de servicios de salud exentos. También reprochó que el *a quo* no haya tenido en cuenta la extemporaneidad de la solicitud de devolución del pago de lo no debido correspondiente al año 2010; ni la necesidad de corregir la declaración para poder adelantar el trámite de la devolución.

Alegatos de conclusión

La demandante manifestó que probó con suficiencia los ingresos provenientes de la prestación de servicios de salud, hizo el cálculo de los valores solicitados en devolución y señaló que estos no fueron controvertidos por su contraparte. Reiteró que para solicitar la devolución de los montos pagados no era necesaria la corrección de la declaración y recalcó que, para la época de los hechos debatidos, esta Sección sostenía la tesis de que existía una prohibición de gravar a las entidades prestadoras de servicios de salud, independientemente del origen de sus ingresos (sentencia del 07 de febrero de 2008, exp. 15785, CP: María Inés Ortiz Barbosa) y que, si bien esa tesis había cambiado, pidió que se tuviera en cuenta la posición jurisprudencial vigente a la fecha en que se solicitó la devolución (ff. 13 a 24 cp1).

La demandada reiteró los argumentos expuestos en la contestación de la demanda (ff. 52 a 59 vto. cp1). El Ministerio Público no rindió concepto.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

1- Juzga la Sala la legalidad de los actos acusados, atendiendo a los cargos formulados por la parte demandada, en calidad de apelante única, contra la sentencia de primera instancia que accedió a las pretensiones de la demanda y declaró la nulidad de los actos que negaron la devolución del ICA pagado por la actora en los años gravables 2010 y 2011 en el distrito de Barranquilla.

En esencia, se discute si los ingresos provenientes de la actividad de prestación de servicios de salud desarrollada por la actora están desgravados del ICA y en consecuencia correspondía devolver los montos que por ese tributo hubiere pagado en el distrito de Barranquilla durante los periodos 2010 y 2011. Si fuera así, hará falta juzgar si la solicitud de devolución fue presentada oportunamente y si se requería corregir las declaraciones tributarias correspondientes a los años gravables 2010 y 2011.

2- Antes de pronunciarse al respecto, la Sala observa que con el escrito de alegatos de conclusión de segunda instancia la demandante aportó una certificación de revisor fiscal que indica los montos correspondientes a los ingresos «POS» y «no POS» percibidos en los periodos debatidos, que solicitó tener en cuenta en la segunda instancia (ff. 25 a 51 cp1). Sin embargo, como las circunstancias del caso no se subsumen en ninguno de los supuestos taxativamente prescritos en el artículo 212 del CPACA para la práctica de pruebas en segunda instancia, le está vedado a la Sala tener en cuenta el contenido del citado documento.

3- Plantea la actora que los ingresos que percibió con ocasión de la prestación de servicios de salud en Barranquilla estaban excluidos de la base gravable del ICA por cuanto el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 establecía una desgravación del impuesto para las entidades que, como ella, eran prestadoras de servicios de salud pertenecientes al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS); mientras que la apelante única sostiene que la actora no contaba con ese beneficio puesto que recibía ingresos de fuentes ajenas a la prestación de servicios de salud, pese a lo cual su contabilidad no discriminaba los valores correspondientes. Al respecto, el *a quo* avaló la posición de la demandante, pero adoptó una decisión de devolver, en abstracto, porque no tuvo certeza de las cuantías que en su criterio correspondía devolver a la actora.

3.1- Así las cosas, en el presente caso la litis versa sobre el tratamiento tributario dado en el ICA a la prestación de servicios de salud. Al respecto, el legislador ha intervenido en varias oportunidades para regular el alcance de la desgravación a la que aluden las partes, particularmente, en la Ley 14 de 1983, en la Ley 50 de 1984, en el Decreto Ley 1333 de 1986, en la Ley 633 de 2000 y, finalmente, en la Ley 788 de 2002, la cual fue analizada *in extenso* en las sentencias de la Corte Constitucional C-245 de 2002 (MP: Manuel José Cepeda Espinosa) y C-1040 de 2003 (MP: Clara Inés Vargas Hernández).

La aplicación de esas disposiciones ha suscitado por parte de esta Sección diversos criterios de decisión, de los cuales son ejemplo, entre otras, las sentencias invocadas por las partes en sus intervenciones procesales a lo largo del presente contencioso. Con todo, el criterio de decisión actual, recogido en la sentencia del 04 de abril de 2019 (exp. 20204, CP: Julio Roberto Piza), tiene establecido que los ingresos percibidos por las IPS que se encuentran desgravadas porque proceden de recursos pertenecientes al SGSSS –que por mandato constitucional están afectos a una destinación específica–,

son únicamente: (i) los recursos del régimen contributivo y subsidiado del SGSSS; (ii) los recursos del FOSYGA, actualmente la ADRES; (iii) los recursos originados en regímenes especiales de seguridad social en salud; y (iv) los recursos del sistema de seguridad social en riesgos laborales. Por lo mismo, los servicios o planes de salud que no se financian con recursos del SGSSS sino con pagos hechos por el respectivo cotizante (*i.e.* planes voluntarios de salud), para cubrir prestaciones en salud distintas a las contempladas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) o, actualmente, en el plan de beneficios en salud, no se encuentran cubiertos por la desgravación del ICA prevista en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002; razón por la cual, en cada caso, «*la respectiva IPS tiene la carga de demostrar que los ingresos percibidos corresponden a fondos provenientes del régimen contributivo o subsidiado y, por tal razón, remuneran servicios de salud prestados en cumplimiento del POS o del plan de beneficios en salud*»².

3.2- En consecuencia, la juridicidad de los actos acusados debe establecerse a la luz del mencionado criterio, del mismo modo en que se hizo en dos casos que guardan identidad jurídica con el actual, fallados en las sentencias del 16 de julio de 2020 (exp. 24252, CP: Milton Chaves García) y del 13 de agosto de 2020 (exp. 20798, CP: Julio Roberto Piza).

4- Al efecto, se encuentran probados en el plenario los siguientes hechos relevantes:

(i) El certificado de existencia y representación legal indica que el objeto social de la actora comprende la producción y venta de gases industriales y medicinales; la producción, ensamble, importación y venta de dispositivos médicos para uso humano; la prestación de servicios correspondientes a actividades de instituciones prestadoras de servicio de salud o asimiladas; y la producción y venta de elementos de señales de comunicación (ff. 55 a 60 vto. cp2).

(ii) El 27 de diciembre de 2013, la demandante solicitó la devolución por pago de lo no debido, por concepto del ICA declarado en los años 2010 y 2011 en el distrito de Barranquilla (ff. 61 a 78 cp2). Al efecto, suministró dos certificados de contador público, ambos del 12 de mayo de 2016, en los que se acredita que, dentro de los ingresos operacionales de la actora de los periodos 2010 y 2011, se encuentran registrados ingresos por ventas y devoluciones de bienes y servicios derivados de la prestación de servicios de salud a favor de terceros. Asimismo, se da constancia que en las declaraciones del ICA por los periodos 2010 y 2011 no se excluyeron de la base gravable los ingresos correspondientes a prestación de servicios de salud (ff. 239 a 240 y 241 a 242 cp2).

(iii) El 06 de diciembre de 2013, la entidad demandada profirió la Resolución nro. GGI-RE-RS-00550-13, por medio de la cual negó la solicitud de devolución del ICA pagado por la demandante durante los años 2010 y 2011 (ff. 37 a 44 caa). Tal acto administrativo fue confirmado íntegramente por la Resolución nro. GGI-DT-RS-00760 del 27 de noviembre de 2014 (ff. 45 a 54 caa).

5- Visto el expediente, cabe destacar que de conformidad con los artículos 167 del CGP y 786 y 788 del ET, recaía sobre la demandante la carga de demostrar los hechos que configuran el supuesto de aplicación de la desgravación que alega en su favor. Por ello

² Criterio reiterado en las sentencias del 26 de junio del 2019 (exp. 22250, CP: Julio Roberto Piza), del 18 de julio de 2019 (exp. 20726, CP: Jorge Octavio Ramírez), del 08 de agosto de 2019 (exp. 23028, CP: Milton Chaves García), del 12 de septiembre de 2019 (exp. 20690, CP: Jorge Octavio Ramírez), del 16 de julio de 2020 (exp. 24252, CP: Milton Chaves García) y del 13 de agosto de 2020 (exp. 20798, CP: Julio Roberto Piza Rodríguez).



debía acreditar que, por virtud de los artículos 93 de la Ley 633 de 2000 y 111 de la Ley 788 de 2002, tenía la calidad de integrante del SGSSS y, adicionalmente, que los ingresos obtenidos por la realización de actividades de salud humana correspondían a recursos de la seguridad social destinados a la finalidad del sistema de seguridad social, de conformidad con las precitadas disposiciones y el artículo 48 de la Constitución, de conformidad con lo expuesto en el fundamento jurídico nro. 3.1.

En ese contexto, la Sala observa que si bien el objeto social de la demandante indica que prestaba, entre otros, servicios de salud, ninguno de los medios de prueba que obran en el plenario demostraron las circunstancias propias de la desgravación del ICA que la actora buscaba acreditar a fin de lograr la devolución de los impuestos pagados. En especial, omitió aportar la acreditación, dada por la Secretaría de Salud competente, de que contaba con la calidad de IPS adscrita al SGSSS; así como discriminar en su contabilidad cuáles de los ingresos percibidos en los periodos debatidos tenían origen en el SGSSS y remuneraban la prestación de servicios de salud conforme a tal régimen, a la luz de lo establecido en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002, que corresponderían a los ingresos desgravados.

Por consiguiente, la Sala considera que la demandante no acreditó el supuesto de hecho de la norma de exención, cuya aplicación solicita para sustentar el pago de lo no debido. La anterior razón es suficiente para que prospere el cargo de apelación propuesto por la apelante única y se revoque el fallo del tribunal que accedió a las pretensiones de la demanda.

6- Finalmente, debido a que de conformidad con el ordinal 8.º del artículo 365 del Código General del Proceso solo «*habrá lugar a costas cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación*», la Sala se abstendrá de condenar en costas en esta instancia porque en el expediente no existe prueba de su causación.

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

FALLA

1. **Revocar** la sentencia apelada, que declaró la nulidad de los actos demandados. En su lugar:

Primero. Negar las pretensiones de la demanda.

2. Sin condena en costas en esta instancia.

Cópiese, notifíquese, comuníquese. Devuélvase al tribunal de origen. Cúmplase.

La anterior providencia se estudió y aprobó en la sesión de la fecha.

(Firmado electrónicamente)
MILTON CHAVES GARCÍA
Presidente

(Firmado electrónicamente)
STELLA JEANNETTE CARVAJAL BASTO
Aclaro voto



Radicado: 08001-23-33-000-2015-00063-02 (24884)
Demandante: Linde Colombia SA

(Firmado electrónicamente)
MYRIAM STELLA GUTIÉRREZ ARGÜELLO

(Firmado electrónicamente)
JULIO ROBERTO PIZA RODRÍGUEZ



**Consejo de Estado: Sentencia 21163
del 22 de abril de 2021 C.P. Milton
Chaves García**

REQUERIMIENTO ESPECIAL - Naturaleza jurídica. Es acto de trámite no susceptible de control judicial

La Sala confirmará el ordinal primero de la sentencia de primera instancia, mediante el cual el Tribunal se inhibió de pronunciarse respecto de la Resolución 23940 del 16 de noviembre de 2011, contentiva del requerimiento especial previo a la liquidación oficial del impuesto, pues como se indicó en la providencia, sin que fuese objeto de apelación, es una actuación de trámite que no incluye una decisión definitiva que cree, modifique o extinga una situación jurídica y por tanto no es objeto de control judicial.

DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA PARA LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD IPS – Reiteración de jurisprudencia / DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS DERIVADOS DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA - Aplicación de la Ley 788 de 2002 a nivel nacional / INGRESOS DE IPS PROVENIENTES DE SERVICIOS DE SALUD EXENTOS DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA - Recursos del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS / DESGRAVACIÓN EN EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ICA DE INGRESOS DE IPS PROVENIENTES DE SERVICIOS DE SALUD PAGADOS CON RECURSOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SGSSS - Carga de la prueba

En la sentencia del 4 de abril de 2019, la Sección Cuarta de esta Corporación precisó que *“la desgravación en ICA de los ingresos derivados de actividades relacionadas con la salud humana es la que está contemplada en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 (ajustada en los términos decididos por la Corte Constitucional en la sentencia C-1040 de 2003), exclusivamente, y no la consagrada en la letra d) del ordinal 2.º, del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 (incorporada en el artículo 259 del Decreto 1333 de 1986), la cual quedó desprovista de eficacia normativa”*. A su vez, dijo que *“la desgravación de ingresos con fundamento en lo dispuesto en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 opera en todo el territorio nacional, incluso si ese mandato no ha sido incorporado en la normativa municipal, porque obedece a una disposición constitucional, derivada del inciso 5.º del artículo 48 superior, tal como lo identificó la Corte Constitucional en la sentencia C-1040 de 2003. Consecuentemente, ninguna autoridad municipal podrá obviar el alcance de esa desgravación”*. De otra parte, la Sala señaló que los ingresos percibidos por las IPS que proceden de recursos pertenecientes al SGSSS no se encuentran gravados por mandato constitucional, ya que están afectos a una destinación específica. Corresponden a estos conceptos: (i) los recursos del régimen contributivo y subsidiado del SGSSS; (ii) los recursos del FOSYGA, actualmente la ADRES; (iii) los recursos originados en regímenes especiales de seguridad social en salud; y (iv) los recursos del sistema de seguridad social en riesgos laborales. La Sala precisó que solo están exentos del hecho generador del ICA, los ingresos por servicios de salud **que realice una IPS en cumplimiento de las prestaciones de salud contempladas en el POS o en el plan de beneficios en salud**, siempre y cuando dichas actividades sean remuneradas a favor de las IPS con recursos del SGSSS. De manera que para aplicar la desgravación contemplada en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002, la respectiva IPS tiene la carga de demostrar que los ingresos percibidos corresponden

a fondos provenientes del régimen contributivo o subsidiado y, por tal razón, remuneran servicios de salud prestados en cumplimiento del POS o del plan de beneficios en salud. Agregó que **solamente procede la desgravación de ingresos por servicios de salud prestados por las IPS, no previstos en el plan de beneficios en salud, cuando:** “(i) sean ordenados por sentencias judiciales, como sucede en el caso de cobros y recobros; y (ii) el servicio de salud ordenado en virtud del fallo judicial esté remunerado con recursos que por disposición legal pertenecen al régimen contributivo o subsidiado, circunstancias que debe acreditar la IPS, de conformidad con el mencionado artículo 788 del ET”. Finalmente, en dicha sentencia se dijo que los servicios o planes de salud previstos en la normativa de seguridad social que no se financian con recursos del SGSSS sino con pagos hechos por el respectivo cotizante, para cubrir prestaciones en salud distintas a las contempladas en el POS o, actualmente, en el plan de beneficios en salud, no se encuentran cubiertos por la desgravación del ICA. No basta simplemente con que se demuestre la calidad de prestadoras de servicios de salud, sino que debe demostrarse el origen de los recursos que se pretende que no sean gravados con el ICA. (...) [E]s claro para la Sala que sí están sometidos al ICA los ingresos percibidos por concepto de la prestación de planes voluntarios de salud (NO POS), pues, al tratarse de recursos que no provienen del SGSS, no están incluidos en la desgravación del artículo 111 de la Ley 788 de 2002, ni sometidos a la protección del artículo 48 de la Constitución.

FUENTE FORMAL: LEY 788 DE 2002 - ARTÍCULO 111 / CONSTITUCIÓN POLÍTICA - ARTÍCULO 48, INCISO 5

NOTA DE RELATORÍA: Sobre el impuesto de industria y comercio para actividades relacionadas con la salud humana consultar sentencia del Consejo de Estado, Sección Cuarta, del 4 de abril de 2019, Exp. 05001-23-31-000-2008-00671-01(20204), C.P. Julio Roberto Piza Rodríguez; reiterada en sentencia del Consejo de Estado, Sección Cuarta, del 16 de julio de 2020, Exp. 25000-23-37-000-2015-00025-01(24252), C.P. Milton Chaves García; sentencia del Consejo de Estado, Sección Cuarta, del 13 de agosto de 2020, Exp. 25000-23-27-000-2012-00593-01(20798), C.P. Julio Roberto Piza Rodríguez.

NOTA DE RELATORÍA: Sobre la desgravación de recursos pertenecientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud en todo el territorio nacional consultar sentencia de la Corte Constitucional C - 1040 del 5 de noviembre de 2003, Exp. D-4620 M.P. Clara Inés Vargas Hernández

SANCIÓN POR INEXACTITUD - Conductas sancionables / IMPROCEDENCIA DE LA SANCIÓN POR INEXACTITUD - Configuración. Por existir diferencia razonada de criterios / LEVANTAMIENTO DE LA SANCIÓN POR INEXACTITUD POR DIFERENCIA DE CRITERIOS RESPECTO DE LA APLICACIÓN DEL DERECHO - Configuración

[L]a demandante incluyó en la declaración del ICA en el año 2010, una desgravación impropia, lo que, en principio, se adecúa a la conducta tipificada en el artículo 647 del Estatuto Tributario, en concordancia con el artículo 198 del Acuerdo municipal 067 de 2008. Sin embargo, como se estableció en la sentencia que se reitera, la liquidación inadecuada proviene de normas y diversas interpretaciones jurisprudenciales que han afectado la materia y que llevaron a la actora a considerar

que sus circunstancias se encontraban amparado en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983. En esas circunstancias, resulta razonable la diferencia de criterios entre la demandante y la Administración municipal. En consecuencia, la Sala estima procedente levantar la sanción por inexactitud impuesta en el acto demandado.

FUENTE FORMAL: ESTATUTO TRIBUTARIO – ARTÍCULO 647 / ACUERDO 067 DE 2008 (MUNICIPIO DE MEDELLIN) - ARTÍCULO 198 / LEY 14 DE 1983 - ARTÍCULO 39

CONDENA EN COSTAS – Reglas / CONDENA EN COSTAS EN PRIMERA Y SEGUNDA INSTANCIA - Imprudencia por falta de prueba en su causación

Se advierte que conforme con el artículo 188 del CPACA, cuando el juez disponga sobre la condena en costas, tendrá que consultar las reglas previstas el Código de Procedimiento Civil, actual Código General del Proceso, es decir, el artículo 365, dentro de las que se encuentra la que prevé que *“solo habrá lugar a costas cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación”* [numeral 8], requisito que se echa de menos en el presente asunto, motivo por el cual, no procede la condena en costas en la primera y segunda instancia.

FUENTE FORMAL: LEY 1437 DE 2011 (CPACA) – ARTÍCULO 188 / LEY 1564 DE 2012 (CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO) - ARTÍCULO 365, NUMERAL 8

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCIÓN CUARTA

Consejero ponente: MILTON CHAVES GARCÍA

Bogotá D.C., veintidós (22) de abril de dos mil veintiuno (2021)

Radicación número: 05001-23-33-000-2013-00181-01(21163)

Actor: CLÍNICA MÉDICA ODONTOLÓGICA PROMTA S.A.

Demandado: MUNICIPIO DE MEDELLÍN

FALLO

La Sala decide el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada contra la sentencia del 2 de mayo de 2014, proferida por el Tribunal Administrativo de Antioquia, Sala Primera de Oralidad, que accedió a las pretensiones de la demanda y condenó en costas a la parte demandada¹.

La parte resolutive de la sentencia apelada dispuso lo siguiente:

¹ Folios 379 a 386 c. p.

“PRIMERO: INHIBIRSE PARA EMITIR PRONUNCIAMIENTO DE FONDO respecto de la pretensión de nulidad de la Resolución No. 23940 del 16 de noviembre de 2011, por las razones expuestas en la parte motiva de la presente providencia.

SEGUNDO: DECLARAR la nulidad de la Resolución No. 91997 del 24 de agosto de 2012 “Por medio de la cual se practica una Liquidación de Revisión”, proferida por la Subsecretaría de Rentas Municipales de Medellín, por las razones expuestas en la parte motiva de la presente providencia.

TERCERO: Como consecuencia de la anterior declaración, se **RESTABLECE EL DERECHO** en el sentido de **DECLARAR** en firme la Declaración y Liquidación Privada del Impuesto de Industria y Comercio, Avisos y Tableros del periodo gravable 2010, presentada el día 27 de abril de 2011 bajo Radicado No. 0000010003739, por la **CLÍNICA MÉDICO ODONTOLÓGICA PROMTA S.A.**; asimismo se **ORDENA** la devolución, si fuera pertinente, de las sumas que la demandante haya cancelado en virtud del acto anulado, en forma indexada, según lo expuesto en la parte motiva.

CUARTO: Condenar en costas a la parte demandada. Líquidense por Secretaría. Se fijan las agencias en derecho, en primera instancia, en **DOS MILLONES DE PESOS (\$2.000.000,00)**.

QUINTO: Se dará cumplimiento a esta sentencia en los términos del artículo 192 del CPACA.

[...].”

ANTECEDENTES

El 27 de abril de 2011, la Clínica Médica Odontológica Prompta S.A. presentó la declaración del impuesto de industria, comercio, avisos y tableros – ICA correspondiente al período gravable 2010, en la que determinó un valor a pagar de \$2.025.000².

Mediante la Resolución No. 23940 del 16 de noviembre de 2011³, el municipio de Medellín profirió el requerimiento especial por medio del cual propuso la modificación de la declaración privada, en el sentido de liquidar el impuesto a cargo en la suma de \$37.935.721 y una sanción por inexactitud de \$21.546.433.

El 16 de febrero de 2012, la demandante dio respuesta al requerimiento especial, manifestando que en su calidad de IPS perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, no se encuentra sujeta al tributo por los ingresos que percibe por la prestación de los servicios de salud, por expresa prohibición legal contenida en el literal d) numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983.

Por Liquidación oficial de Revisión No. 91997 del 24 de agosto de 2012⁴, el municipio de Medellín modificó la liquidación privada del impuesto y liquidó el impuesto a cargo en la suma de \$37.779.901 y estableció una sanción por inexactitud de \$21.452.940.

² Folio 28

³ Folios 34 a 37

⁴ Folios 39 a 45

La actora acudió directamente a la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo para interponer demanda per saltum con fundamento en el artículo 720 del Estatuto Tributario.

DEMANDA

CLÍNICA MÉDICA ODONTOLÓGICA PROMTA S.A. en ejercicio del medio de control de nulidad y restablecimiento del derecho previsto en el artículo 138 del C.P.A.C.A., formuló las siguientes pretensiones⁵:

“Se anule la actuación administrativa, representada en el acto administrativo complejo contenido en la resolución 91997 del 24 de agosto de 2012, proferida por la Secretaría (sic) de Hacienda del municipio de Medellín, mediante la cual se practica liquidación de revisión a la declaración del impuesto de industria y comercio, avisos y tableros presentada por la CLÍNICA MÉDICO ODONTOLÓGICA PROMTA S.A., por el periodo gravable 2010.

Dicha nulidad deberá declararse desde el requerimiento especial (Resolución No. 23940 del 16 de noviembre de 2011), por falsa motivación del mismo, como antecedente de la actuación acusada.

A título de restablecimiento del derecho, se declare en firme la declaración del impuesto de industria y comercio presentada por la actora, en la cual estableció una base gravable de \$220.107.000 y un impuesto de industria y comercio de \$1.761.000 y \$264.000 de avisos y tableros”.

La demandante invocó como normas violadas los artículos 13, 48, 84 y 363 de la Constitución Política de Colombia, 39 numeral 2, literal d) de la Ley 14 de 1983, 2 del Decreto 0924 de 2009 y, 115 de la Ley 1395 de 2010.

Como concepto de la violación, expuso, en síntesis, lo siguiente:

Los actos administrativos demandados desconocen que la Clínica Médica Odontológica en su calidad de IPS como entidad perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), no se encuentra sujeta al impuesto de industria y comercio, por expresa prohibición legal del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, la cual fue acogida en el municipio de Medellín a través del artículo 164 numeral 7 del Acuerdo 67 de 2008.

De acuerdo con la jurisprudencia del Consejo de Estado, no son sujetos del impuesto de industria y comercio, las entidades prestadoras del servicio de salud, sean hospitales o clínicas, públicas o privadas, siempre que pertenezcan al SGSSS (Sistema Nacional de Salud antes regulado en la Ley 10 de 1990 y con la reorganización del Sistema de Seguridad Social en Salud de la Ley 100 de 1993)⁶.

Sostuvo que el Sistema Nacional de Salud, hoy Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), debe ser apreciado en su alcance bajo las consideraciones de la Ley 14 de 1983, que es la fuente de la cual surge el beneficio fiscal para las entidades públicas y privadas del sector salud.

⁵ Folio 26

⁶ Sentencia del 10 de abril de 2008, Exp. 16640, C.P. María Inés Ortiz Barbosa.

Indicó que los ingresos que perciben las entidades pertenecientes al SGSSS, como la actora, provenientes de la prestación de servicios de salud, incluidos en el POS como fuera de este, no constituyen base gravable para el impuesto de industria y comercio. Dicha no sujeción está soportada en los registros de los libros oficiales y el certificado del revisor fiscal, aportados con ocasión del requerimiento especial.

Afirmó que la Administración modificó la declaración privada incrementando la base gravable en \$3.109.122.872, que corresponde a ingresos provenientes de servicios de salud no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (POS), con fundamento en una interpretación equivocada de la sentencia C-1040 de 2003.

Finalmente, manifestó que no procede la sanción por inexactitud, pues no existe fundamento legal para imponerla, toda vez que los ingresos provenientes de la prestación de los servicios de salud no están gravados con el impuesto de industria y comercio. Además, se presenta una diferencia de criterios en cuanto al derecho aplicable.

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

El **municipio de Medellín** se opuso a las pretensiones de la demanda en los siguientes términos⁷:

Indicó que la expresión “*y los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud*” del literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 perdió vigencia y es una extralimitación pensar que subsiste la prohibición de gravar con el impuesto de industria y comercio la prestación de servicios de la parte subrayada de esta disposición, por cuanto el Sistema Nacional de Salud desapareció a partir de la Ley 100 de 1993, que creó la nueva estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Sostuvo que los ingresos que obtienen las IPS para pagos de gastos de administración, rendimientos financieros, arrendamientos, distribución de utilidades, los excedentes provenientes del pago del POS, los que perciben por concepto de medicina prepagada, planes complementarios, pólizas de salud y los de servicios prestados directamente a los particulares, no tienen como destinación específica el sistema de salud y, en consecuencia, se encuentran gravados con ICA.

Explicó que a la sociedad demandante solo se le gravó con ICA por los ingresos provenientes de los servicios NO POS, ya que estos no hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Agregó que no es de recibo el argumento de la existencia de una diferencia de criterios, pues lo que se presentó en la declaración privada del año 2010 fue una inexactitud sancionable.

SENTENCIA APELADA

⁷ Folios 69 a 79

El Tribunal Administrativo de Antioquia, Sala Primera de Oralidad, mediante sentencia del 2 de mayo de 2014⁸, resolvió (i) inhibirse para hacer un pronunciamiento de fondo respecto a la pretensión de nulidad del requerimiento especial; (ii) declarar la nulidad de la liquidación oficial de revisión; (iii) declarar en firme la declaración del ICA por el año 2010 y (iv) condenar en costas a la parte demandada. Las razones fueron las siguientes:

Como asunto previo, el Tribunal advirtió que el requerimiento especial no es susceptible de control de legalidad ante la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, por cuanto se trata de un acto de trámite que no puso fin a una actuación administrativa ni definió la situación jurídica cuestionada por la sociedad actora.

Sostuvo que la demandante en su calidad de IPS hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De conformidad con la jurisprudencia del Consejo de Estado⁹ y en virtud de lo dispuesto en el artículo 39, numeral 2, literal d) de la Ley 14 de 1983, los municipios no pueden gravar con ICA a los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud, a las entidades promotoras de salud (EPS) e instituciones prestadoras de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas, que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

No pueden incluirse dentro de la base gravable del impuesto de industria y comercio, los ingresos provenientes de la prestación de los servicios de salud calificados como NO POS. En consecuencia, concedió las pretensiones de la demanda.

Finalmente, condenó en costas a la parte demandada en virtud de lo dispuesto en el artículo 188 del CPACA y fijó como agencias en derecho la suma de \$2.000.000, teniendo en cuenta la naturaleza del proceso, su duración y las actuaciones desplegadas por el apoderado del municipio de Medellín.

RECURSO DE APELACIÓN

La **parte demandada** presentó recurso de apelación contra la anterior decisión con fundamento en los siguientes argumentos¹⁰:

Reiteró la tesis de que los únicos recursos que no están gravados con ICA son los provenientes del POS y del SISBEN, por lo tanto, los recursos que no hacen parte del POS sí deben tributar.

Expuso que el criterio para gravar a las entidades que prestan servicios de salud con el impuesto de industria y comercio, atiende a la naturaleza de los recursos obtenidos, y no a la naturaleza de las funciones que desempeñan.

Precisó que la no sujeción del ICA para las entidades prestadoras de los servicios de salud, deben interpretarse solo con relación a los recursos que comprometan el POS. En esa medida, todo aquello que no hace parte del POS se encuentra gravado con el

⁸ Folios 379 a 386

⁹ Sentencia del 28 de febrero de 2013, Exp. 18736, C.P. Martha Teresa Briceño de Valencia.

¹⁰ Folios 391 a 394

impuesto de industria y comercio por las actividades que se realicen en la jurisdicción del municipio de Medellín.

Indicó que a través de las sentencias C-577 de 1997, C-828 de 2001, C-915 de 2002, la Corte Constitucional ha diferenciado entre los recursos del sistema de seguridad social y aquellos que generan renta para entidades que hacen parte del sistema, siendo estos últimos los que pueden ser gravados por cuanto no están afectados a la destinación específica del SGSSS.

Manifestó que la calidad de sujeto pasivo recae en la persona, ya sea natural o jurídica que realice actividades contempladas en la ley como gravadas y, que por tanto, el hecho mismo de ser reconocida como entidad prestadora del servicio de salud, no la excluye de la posibilidad de ser calificada como sujeto pasivo, pues tal connotación no le impide llevar a cabo actividades que generen ingresos gravados.

Finalmente, señaló que procede la sanción por inexactitud impuesta a la actora en el acto demandado y, además, precisó que la condena en costas impuesta por el *a quo* es improcedente, toda vez que se ventila un interés público, ni se encuentra probado que se causaron dentro del proceso.

ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

La **parte demandante** insistió en los argumentos expuestos en la demanda¹¹.

La **parte demandada** no presentó alegatos de conclusión.

El **Ministerio Público** no allegó concepto.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

Problema jurídico

En los términos del recurso de apelación interpuesto por la parte demandada, la Sala decide sobre la legalidad de la Resolución No. 91997 del 24 de agosto de 2012, proferida por la Subsecretaría de Rentas Municipales de Medellín.

En concreto, precisar (i) si las instituciones prestadoras de salud no están sujetas al impuesto de industria y comercio como concluyó el a-quo o, si, como alega la apelante, deben tributar por los ingresos que no provengan del plan obligatorio de salud POS; (ii) si procede la sanción por inexactitud; y (iii) si procede la condena en costas impuesta a la parte demandada.

La Sala confirmará el ordinal primero de la sentencia de primera instancia, mediante el cual el Tribunal se inhibió de pronunciarse respecto de la Resolución 23940 del 16 de noviembre de 2011, contentiva del requerimiento especial previo a la liquidación oficial del impuesto, pues como se indicó en la providencia, sin que fuese objeto de apelación, es una actuación de trámite que no incluye una decisión definitiva que cree, modifique o extinga una situación jurídica y por tanto no es objeto de control judicial.

¹¹ Folios 405 a 409

Se deja constancia que la Sala negó la ponencia que presentó la Consejera de Estado Stella Jeannette Carvajal Basto, por lo que pasó el asunto al Magistrado que sigue en turno.

Para resolver el asunto de fondo, se hará el análisis en el siguiente orden:

Desgravación del impuesto de industria y comercio para las Instituciones Prestadoras de Salud - IPS. Reiteración jurisprudencial¹².

En la sentencia del 4 de abril de 2019¹³, la Sección Cuarta de esta Corporación precisó que *“la desgravación en ICA de los ingresos derivados de actividades relacionadas con la salud humana es la que está contemplada en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 (ajustada en los términos decididos por la Corte Constitucional en la sentencia C-1040 de 2003), exclusivamente, y no la consagrada en la letra d) del ordinal 2.º, del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 (incorporada en el artículo 259 del Decreto 1333 de 1986), la cual quedó desprovista de eficacia normativa”*.

A su vez, dijo que *“la desgravación de ingresos con fundamento en lo dispuesto en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 opera en todo el territorio nacional, incluso si ese mandato no ha sido incorporado en la normativa municipal, porque obedece a una disposición constitucional, derivada del inciso 5.º del artículo 48 superior, tal como lo identificó la Corte Constitucional en la sentencia C-1040 de 2003. Consecuentemente, ninguna autoridad municipal podrá obviar el alcance de esa desgravación”*.

De otra parte, la Sala señaló que los ingresos percibidos por las IPS que proceden de recursos pertenecientes al SGSSS no se encuentran gravados por mandato constitucional, ya que están afectos a una destinación específica. Corresponden a estos conceptos: (i) los recursos del régimen contributivo y subsidiado del SGSSS; (ii) los recursos del FOSYGA, actualmente la ADRES; (iii) los recursos originados en regímenes especiales de seguridad social en salud; y (iv) los recursos del sistema de seguridad social en riesgos laborales.

La Sala precisó que¹⁴ solo están exentos del hecho generador del ICA, los ingresos por servicios de salud **que realice una IPS en cumplimiento de las prestaciones de salud contempladas en el POS o en el plan de beneficios en salud**, siempre y cuando dichas actividades sean remuneradas a favor de las IPS con recursos del SGSSS. De manera que para aplicar la desgravación contemplada en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002, la respectiva IPS tiene la carga de demostrar que los ingresos percibidos corresponden a fondos provenientes del régimen contributivo o subsidiado y, por tal razón, **remuneran servicios de salud prestados en cumplimiento del POS o del plan de beneficios en salud**.

Agregó que **solamente procede la desgravación de ingresos por servicios de salud prestados por las IPS, no previstos en el plan de beneficios en salud, cuando:** “(i) sean ordenados por sentencias judiciales, como sucede en el caso de

¹² Sentencia del 4 de abril de 2019, Exp. 20204, C.P. Julio Roberto Piza Rodríguez. Reiterada en sentencias del 16 de julio de 2020, Exp. 24252, C.P. Milton Chaves García y del 13 de agosto de 2020, Exp. 20798, C.P. Julio Roberto Piza Rodríguez.

¹³ Exp. 20204, C.P. Julio Roberto Piza Rodríguez.

¹⁴ Sentencia del 4 de abril de 2019, Exp. 20204, C.P. Julio Roberto Piza Rodríguez.

cobros y recobros; y (ii) el servicio de salud ordenado en virtud del fallo judicial esté remunerado con recursos que por disposición legal pertenecen al régimen contributivo o subsidiado, circunstancias que debe acreditar la IPS, de conformidad con el mencionado artículo 788 del ET”.

Finalmente, en dicha sentencia se dijo que los servicios o planes de salud previstos en la normativa de seguridad social que no se financian con recursos del SGSSS sino con pagos hechos por el respectivo cotizante, para cubrir prestaciones en salud distintas a las contempladas en el POS o, actualmente, en el plan de beneficios en salud, no se encuentran cubiertos por la desgravación del ICA.

No basta simplemente con que se demuestre la calidad de prestadoras de servicios de salud, sino que debe demostrarse el origen de los recursos que se pretende que no sean gravados con el ICA¹⁵.

Caso concreto

En el caso en estudio, se observa que dentro del objeto social de la Clínica Médica Odontológica Promta S.A., figura, entre otras actividades, la prestación de servicios profesionales de medicina general, servicios de especialistas en áreas de salud, servicios de tratamiento odontológico, servicios de laboratorio y rayos X, cirugías en cada una de las especializaciones de la medicina y la odontología, distribución y venta de productos médicos y odontológicos y todo el área de la salud a instituciones públicas o privadas dentro del territorio nacional o fuera de éste¹⁶.

También, que está inscrita en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, como una Institución Prestadora de Servicios de Salud -IPS¹⁷, entidad que integra el Sistema General de Seguridad Social en Salud (artículo 155 de la Ley 100 de 1993¹⁸).

El 27 de abril de 2011, la Clínica Médica Odontológica Promta S.A. presentó la declaración del impuesto de industria, comercio, avisos y tableros – ICA correspondiente al período gravable 2010, en la que determinó un valor a pagar de \$2.025.000¹⁹.

El 16 de noviembre de 2011, el municipio de Medellín profirió el Requerimiento Especial No. 23940²⁰, en el que propuso modificar la base gravable del impuesto de industria y comercio a la cuantía de \$37.935.721 e imponer una sanción por inexactitud de \$21.546.721. En lo que interesa, el requerimiento especial señaló:

“En lo que respecta a los servicios complementarios de salud previstos en el artículo 169 de la Ley 100 de 1993, como por ejemplo: los ingresos provenientes de los planes de Medicina Prepagada, seguros de hospitalización, cirugía y los gastos directamente pagados por el usuario de manera deliberada o por no

¹⁵ Sentencia de 21 de febrero de 2019, Exp. 05001-23-33-000-2013-00405-01 [21551], M.P. Jorge Octavio Ramírez Ramírez.

¹⁶ Certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá. Fls. 3 a 9 c.p.

¹⁷ Folio 265

¹⁸ **ARTÍCULO 155. INTEGRANTES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud está integrado por: [...] 3. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, mixtas o privadas.

¹⁹ Folio 28

²⁰ Folios 34 a 37

pertenecer al sistema; estos si son pasibles del Impuesto de Industria y Comercio.

De acuerdo a lo explicado hasta ahora, cualquier ítem que se detecte luego de labor previa de auditoría y que se encuentre por fuera del POS, de conformidad con lo definido por la doctrina de la Corte en la Sentencia C-1040 de 2003 y que viene siendo señalado por la jurisprudencia de la Sección Cuarta del Consejo de Estado, se grava con el impuesto de Industria y Comercio, porque ya estos no hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sino que se trata de actividades comerciales o de servicios realizadas por las entidades en función de su actividad”.

El 24 de agosto de 2012, el municipio de Medellín profirió la Liquidación Oficial de Revisión No. 91997²¹, que modificó la declaración privada y liquidó el impuesto a cargo en la suma de \$37.779.901 y estableció una sanción por inexactitud de \$21.452.940. En el acto, se estableció lo siguiente:

“De acuerdo con el pronunciamiento de la Corte Constitucional, los recursos que captan las EPS y las IPS por concepto de primas de sobre-aseguramiento o planes complementarios por fuera de los previsto en el POS y todos los demás que excedan los recursos exclusivos para la prestación del POS, estarán gravados con el impuesto de industria y comercio”

(...)

“Con respecto a los tres primeros pronunciamientos por parte del contribuyente, la Subsecretaría de Rentas Municipales, acoge la jurisprudencia de la Corte Constitucional, Sentencia C-1040 de 2003, respecto a gravar los ingresos NO POS, con el impuesto de industria y comercio”.

La Liquidación oficial de revisión es el acto demandado en este caso.

Debe insistirse en que, como se precisó, no basta con demostrar la calidad de entidad prestadora de servicios de salud, pues debe probarse que los ingresos incluidos en la base gravable del ICA fueron efectivamente obtenidos por la prestación de servicios de salud y que no están gravados con el tributo, esto es, que provengan de fondos del SGSSS, del Fosyga, del SGSSRL o de un régimen exceptuado, en los términos precisados en la sentencia de la Sala 4 de abril de 2019²².

En este caso, está demostrado que la Clínica Médica Odontológica Promta S.A. está inscrita en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud como IPS y que está habilitada para prestar varios servicios de salud.

Teniendo en cuenta el criterio jurisprudencial que se reitera y, las pruebas allegadas al proceso, prospera el recurso de apelación interpuesto, pues no se cumplen con los presupuestos para la desgravación, debido a que de conformidad con el artículo 111 de la Ley 788 de 2002, la actora debe demostrar que se trata de prestación de servicios de salud en cumplimiento del POS o del plan de beneficios en salud.

²¹ Folios 39 a 45

²² Sentencia del 4 de abril de 2019, Exp. 20204, C.P. Julio Roberto Piza Rodríguez.

En efecto, en la sentencia C- 1040 de 2003²³, en la cual la Corte Constitucional determinó que eran inconstitucionales las referencias que hacía la disposición a la UPC, señaló en lo que nos interesa, lo siguiente:

“(…) la actividad comercial o de servicios de la EPS no puede dar lugar al hecho generador del impuesto de industria y comercio cuando quiera que las mismas comprometen recursos de la Unidad de Pago por Capitación, pues según se explicó, en razón de su carácter parafiscal no constituyen ingresos propios de las EPS, quedando, en consecuencia, excluidos de todo gravamen. Por tanto, solamente habría lugar a aplicar el aludido impuesto sobre la actividad comercial y de servicios de las EPS que compromete recursos que excedan los destinados exclusivamente para prestación del POS, pues son ingresos propios de las EPS sobre los cuales puede recaer el citado gravamen impositivo, sin que se esté vulnerando el artículo 48 Superior.

Las anteriores consideraciones deben hacerse extensivas a las Instituciones Prestadoras de Salud -IPS-, pues en su condición de integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, están encargadas de la prestación de los servicios de salud a los afiliados con base en los recursos del POS que reciben de las EPS. En consecuencia, dichas entidades tampoco están obligadas a cancelar el impuesto de industria y comercio sobre las actividades comerciales y de servicios que comprometan recursos del POS, por tratarse de rentas parafiscales, y solamente lo harán sobre los recursos que no están destinados al POS.”

En esas condiciones, es claro para la Sala que sí están sometidos al ICA los ingresos percibidos por concepto de la prestación de planes voluntarios de salud (NO POS), pues, al tratarse de recursos que no provienen del SGSS, no están incluidos en la desgravación del artículo 111 de la Ley 788 de 2002, ni sometidos a la protección del artículo 48 de la Constitución.

Por lo anterior, propea el recurso de apelación y, en consecuencia, se revocarán los ordinales segundo y siguientes de la sentencia de primera instancia, para, en su lugar, negar las pretensiones de la demanda.

Sanción por inexactitud

Como se precisó en el punto anterior, la demandante incluyó en la declaración del ICA en el año 2010, una desgravación improcedente, lo que, en principio, se adecúa a la conducta tipificada en el artículo 647 del Estatuto Tributario, en concordancia con el artículo 198 del Acuerdo municipal 067 de 2008. Sin embargo, como se estableció en la sentencia que se reitera²⁴, la liquidación inadecuada proviene de normas y diversas interpretaciones jurisprudenciales que han afectado la materia y que llevaron a la actora a considerar que sus circunstancias se encontraban amparadas en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983. En esas circunstancias, resulta razonable la diferencia de criterios entre la demandante y la Administración municipal.

En consecuencia, la Sala estima procedente levantar la sanción por inexactitud impuesta en el acto demandado.

²³ Sentencia del 5 de noviembre de 2003, M.P. Clara Inés Vargas Hernández.

²⁴ Sentencia del 21 de febrero de 2019, Exp. 20204, C.P. Julio Roberto Piza Rodríguez.

Condena en costas

Se advierte que conforme con el artículo 188 del CPACA, cuando el juez disponga sobre la condena en costas, tendrá que consultar las reglas previstas el Código de Procedimiento Civil, actual Código General del Proceso, es decir, el artículo 365, dentro de las que se encuentra la que prevé que “*solo habrá lugar a costas cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación*” [numeral 8], requisito que se echa de menos en el presente asunto, motivo por el cual, no procede la condena en costas en la primera y segunda instancia.

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

FALLA

PRIMERO: CONFIRMAR el ordinal primero de la sentencia apelada.

SEGUNDO: REVOCAR los ordinales segundo y siguientes de la sentencia apelada. En su lugar, quedarán así:

“Segundo. Declarar la nulidad parcial de la Liquidación oficial de Revisión No. 91997 del 24 de agosto de 2012, proferida por la Subsecretaría de Rentas Municipales de Medellín, en lo relativo a la sanción por inexactitud.

Tercero. Declarar que el demandante no está obligado al pago de la sanción por inexactitud impuesta en el acto demandado.

Cuarto. Negar las demás súplicas de la demanda”.

TERCERO: SIN COSTAS en ambas instancias.

Cópiese, notifíquese, devuélvase el expediente al Tribunal de origen y cúmplase.

La anterior providencia se estudió y aprobó en sesión de la fecha.

(Con firma electrónica)
MILTON CHAVES GARCÍA
Presidente de la Sección

(Con firma electrónica)
STELLA JEANNETTE CARVAJAL BASTO
Salvo voto

(Con firma electrónica)
MYRIAM STELLA GUTIÉRREZ ARGÜELLO

(Con firma electrónica)
JULIO ROBERTO PIZA RODRÍGUEZ



Radicado: 05001-23-33-000-2013-00181-01 (21163)
Demandante: Clínica Médica Odontológica Promta S.A.
FALLO



9.3. Pronunciamientos que a reconoce la existencia del Sistema de Salud y reivindica la vigencia y aplicabilidad de la exclusión regulada en la disposición acusada.

**Consejo de Estado: Sentencia 10888 del
2 de marzo de 2001. C.P. Juan
Angel Palacio Hincapié**

ACTIVIDAD NO SUJETA AL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO - Lo es el servicio de salud prestado por hospitales pertenecientes al Sistema Nacional de Salud / SERVICIO DE SALUD PRESTADO POR HOSPITALES - Se considera actividad no sujeta a industria y comercio / SISTEMA NACIONAL DE SALUD - Pertenecen las entidades privadas por el hecho de prestar servicios de salud

De acuerdo con las normas legales referenciadas, son actividades no sujetas al impuesto de industria y comercio los servicios de salud prestados a través de las entidades hospitalarias adscritas o vinculadas al sistema nacional de salud, entendiéndose que a dicho sistema pertenecen todas las entidades que según la normatividad aplicable, integran el sistema nacional de salud. Al respecto el Decreto 356 de 1975 “por el cual se establece el régimen de adscripción y vinculación de las entidades que prestan servicio de salud”, disponía en su artículo 9º: “Las entidades de derecho privado que presten servicios de salud a la comunidad, por el solo hecho de prestar estos servicios, se entienden vinculadas al sistema nacional de salud”. Si bien la Ley 10 de 1990, “Por la cual se reorganiza el sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones”, derogó expresamente en su artículo 52 el anterior Decreto, no excluyó del sistema nacional de salud a las entidades de derecho privado, sino que por el contrario, las incluyó de manera expresa en su artículo 5º.

ENTIDAD PRIVADA DE SALUD - No sujeta al Impuesto de Industria y Comercio / SERVICIO DE SALUD PRESTADO POR ENTIDADES PRIVADAS - Se considera actividad no sujeta al Impuesto de Industria y Comercio / CORRECCION DE DECLARACION QUE DISMINUYE VALOR A PAGAR - es procedente por no ser contribuyente de Industria y Comercio / IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO - Floridablanca

Teniendo en cuenta que la normatividad fiscal referenciada en acápites anteriores, no hace distinción alguna cuando consagra la no sujeción del impuesto de industria y comercio para las actividad de servicios de salud hospitalaria, tratándose de entidades adscritas o vinculadas al sistema nacional de salud; estando demostrado que el subsector privado integra con el subsector oficial dicho sistema; que del primero de ellos hace parte la Fundación actora, cumpliendo al efecto con los requisitos que la ley consagra, hecho que corrobora la autorización que le fuera otorgada por el Ministerio de Salud y la entidad territorial delegada, debe necesariamente concluirse que la actividad de servicios de salud desarrollada por dicha fundación, no está sujeta al impuesto de industria y comercio. Siendo ello así, los actos acusados, en cuanto niegan a la actora el derecho a corregir su declaración con el fin de acceder al beneficio de la no sujeción al gravamen, resultan violatorios de las normas legales a que se ha hecho referencia, por lo que habrá de decretarse la nulidad de los mismos.

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCION CUARTA

Consejero ponente: JUAN ANGEL PALACIO HINCAPIE

Bogotá, D.C., Dos (2) de marzo de dos mil uno (2001).

Radicación número: 68001-23-15-000-1998-0408-01(10888)

Actor: FUNDACION CARDIOVASCULAR DEL ORIENTE COLOMBIANO

Demandado: MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA - SANTANDER

Referencia: APELACION SENTENCIA

Se decide el recurso de apelación interpuesto por el apoderado de la parte actora contra la sentencia de junio 6 de 2000 del Tribunal Administrativo de Santander, desestimatoria de las súplicas de la demanda en el contencioso de nulidad y restablecimiento del derecho incoado contra los actos administrativos que negaron la solicitud de corrección de la declaración del impuesto de industria y comercio correspondiente a la vigencia fiscal de 1995.

ANTECEDENTES.

La FUNDACION CARDIOVASCULAR DEL ORIENTE COLOMBIANO presentó el 29 de marzo de 1996 declaración de industria, comercio, servicios y avisos correspondiente al año gravable 1995, determinándose un impuesto a cargo de \$9.307.397.

El 26 de noviembre de 1996 solicitó ante la Secretaría de Hacienda de Floridablanca-Division de Impuestos Municipales, se practicara liquidación de corrección a la citada declaración privada anexando proyecto de corrección en el cual se liquidaba un impuesto a cargo de \$1.982, argumentando que su actividad de servicios médicos quirúrgicos en la especialidad cardiovascular no estaba sujeta al impuesto de industria y comercio por mandato del artículo 105 num. 3 del

Decreto Municipal 230 de 1993, y lo dispuesto en los artículos 39 num. 2 literal d) de la Ley 14 de 1983, y 11 de la Ley 50 de 1984.

Mediante resolución 014 de mayo 21 de 1997 la entidad fiscal negó la solicitud de corrección, argumentando que las citadas disposiciones no eximían del gravamen a las fundaciones sin ánimo de lucro; que las excepciones correspondían a una función del cabildo local; y que la referencia a los hospitales públicos no incluía a las clínicas privadas.

Interpuestos los recursos de reposición y subsidiario de apelación contra la anterior resolución, fueron resueltos desfavorablemente por medio de las resoluciones 0015 de agosto 11 y 0101 de octubre 9, ambas de 1997.

DEMANDA.

Los cargos de la demanda se resumen así:

- Violación de los artículos 39 núm. 2 literal d) de la Ley 14 de 1983; 11 de la Ley 50 de 1984; 104 inciso final y 105 núm. 3 del Decreto 230 de 1993, por cuanto tales disposiciones prohíben gravar con el impuesto de Industria y Comercio a las entidades hospitalarias sin ánimo de lucro, señalando además que serán sujetas del impuesto cuando realicen actividades industriales y comerciales. Es decir que los ingresos provenientes de los servicios prestados se encuentran excluidos del impuesto.

- Violación del artículo 29 de la Constitución Política, por haberse desconocido las pruebas allegadas, así como la falta de controversia respecto de las razones de hecho y de derecho alegadas por la demandante.

OPOSICION.

La apoderada de la entidad demandada se opuso a la prosperidad de las pretensiones de la demanda, argumentando que el artículo 32 de la Ley 14 al determinar el hecho gravado en el impuesto de industria y comercio, no hizo distinción alguna entre personas jurídicas con y sin ánimo de lucro; y que por otra parte, el Código de Rentas del Municipio de Floridablanca en sus artículos 104 y 105 era expreso al determinar qué entidades estaban exentas del impuesto, haciendo la salvedad “excepto en lo concerniente a aquellas actividades comerciales e industriales que ejerzan”.

Señaló que a la Fundación Cardiovascular del Oriente Colombiano se le solicitó en forma comedida allegara el Presupuesto anual de rentas y gastos, a lo cual se opuso, y que por ello el Municipio decidió liquidar el impuesto con base en la declaración inicialmente presentada.

EL FALLO APELADO.

El Tribunal Administrativo de Santander mediante la sentencia apelada denegó las pretensiones de la demanda, y al efecto expuso en resumen lo siguiente:

La Constitución Política de 1991 introdujo el concepto de autonomía de las entidades territoriales y los principios rectores del régimen tributario, así como el principio de legalidad (arts. 313-4 y 338), de donde se colige que en materia tributaria las entidades territoriales tienen una libertad limitada en cuanto al establecimiento de los gravámenes, aspecto sobre el cual se pronunció la Corte

Constitucional en sentencia C-0894 de mayo 16 de 1996, M.P. Dr. Alejandro Martínez Caballero.

La ley 14 de 1993 en su artículo 32 prevé que la materia imponible del gravamen son todas las actividades comerciales, industriales y de servicios que se ejerzan o realicen en las respectivas jurisdicciones municipales; y el artículo 36 ib., reemplazado por el artículo 199 del Decreto 1333 de 1986, define qué son actividades de servicios.

La Corte Constitucional mediante sentencia C-220 de mayo 20 de 1996 M.P. Dr. Carlos Gaviria Díaz declaró exequible la expresión “o análogas” contenida en el artículo 36 de la Ley 14 de 1983, por considerar que ella no viola el principio de legalidad tributaria.

El numeral 2 del artículo 39 ib., prescribe que no obstante lo dispuesto en el artículo anterior, es decir la facultad otorgada a los Concejos Municipales para otorgar exenciones de sus impuestos por un plazo no superior a diez años, continúan vigentes varias prohibiciones, entre ellas la de gravar con el impuesto de industria y comercio “...las asociaciones de profesionales y gremiales sin ánimo de lucro, los partidos políticos y los hospitales adscritos y vinculados al Sistema Nacional de Salud.”

El artículo 11 de la Ley 50 de 1984 dispone que cuando las entidades señaladas en el citado artículo 39 realicen actividades industriales y comerciales serán sujetos del impuesto en lo relativo a tales actividades.

Sobre el primer cargo de la demanda se considera: la Fundación Cardiovascular del Oriente Colombiano es una entidad sin ánimo de lucro dedicada a actividades relacionadas con la salud humana.

Una interpretación armónica de los artículos 102, 104, 105, 106, 118 y 119 del Decreto 230 de 1993, con las normas constitucionales y legales antes citadas permite concluir que la prestación del servicio de salud a cargo de entidades o personas privadas está gravado con el impuesto de industria y comercio, no operando la sujeción de dicho gravamen respecto de las entidades públicas que presten servicios de salud y específicamente las señaladas en el artículo 5º de la Ley 10 de 1990.

Si bien en relación con esta última exención el artículo 39 núm., literal d) de la Ley 14 concordante con el artículo 105, del Decreto 230 de 1993 se refiere a los “hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud”, dichas disposiciones deben ser analizadas en armonía con los artículos 52 y 5º de la Ley 10 de 1990, el primero de los cuales derogó expresamente el Decreto 356 de 1975 que establecía el régimen de adscripción y vinculación al Sistema Nacional de Salud.

No resulta aplicable a la actora el artículo 11 de la Ley 50 de 1984 toda vez que el hecho generador del impuesto lo constituye para el caso concreto la actividad de servicio que ella realiza, a la cual corresponde la tarifa de 4.0 por mil que fue la aplicada por la administración, atendiendo al criterio jurisprudencial del Consejo de Estado (sentencia de marzo 6 de 1998 Exp.8707, C.P. Dr. Delio Gómez Leyva), así como lo expuesto en la sentencia de marzo 19 de 1999 por la misma Corporación al desatar el problema de si la educación privada es o no una actividad gravada.

Las razones que se aducen respecto de la violación al debido proceso, no evidencian por si mismas la transgresión de tal derecho, en virtud de la facultad de valoración de las pruebas y además porque los motivos aducidos por la actora fueron suficientemente controvertidos y decididos en los actos acusados.

APELACION.

El apoderado de la parte actora sustentó el recurso de apelación en los siguientes términos:

Considerando que existen personas jurídicas sin ánimo de lucro que atienden necesidades públicas que el Estado no puede prestar, o complementar la acción oficial con mayor eficiencia y economía de recursos, el legislador ha mantenido en “tratamiento especial” tanto en el impuesto de renta como en el de industria y comercio para tales entidades, y producto de ello son los artículos 19, 23, 356 y 357 del Estatuto Tributario, en materia de renta; y 39 num. 2 literal d) de la Ley 14 de 1983 y 11 de la Ley 50 de 1984 en lo referente al impuesto de industria y comercio, normas estas últimas avaladas por el Municipio de Floridablanca, quien insertó la previsión de no gravar con el referido tributo a las entidades hospitalarias sin ánimo de lucro en los artículos 104 inciso final y 105 numeral 3 del Decreto 230 de 1993.

El Tribunal omitió entrar a considerar que las normas tributarias de carácter especial tienen preferencia sobre las de carácter general, tal como lo dispone el artículo 5º de la Ley 57 de 1887, y concretamente las relacionadas con los

artículos 39 num. 2 literal d) de la Ley 14 de 1983, 11 de la Ley 50 de 1984, 104 inciso final y 105 numeral 3 del Decreto 230 de 1993, prevalecen sobre lo dispuesto en los artículos 102, 104, 106, 118 y 119 del mismo Decreto.

ALEGATOS DE CONCLUSION.

La **parte actora** reiteró lo argumentado en la apelación respecto de la prevalencia de las normas especiales sobre las generales, y agregó que el Tribunal incurrió en error al considerar que lo discutido era una “supuesta exención del gravamen”, sin hacer comentario alguno sobre la “prohibición” que hizo la Ley a los municipios de gravar con el impuesto de industria y comercio a los centros hospitalarios sin ánimo de lucro vinculados al sistema nacional de salud.

Insistió en que lo argumentado en favor de la demandante no es una exención sino una exclusión, que son distintas, ya que la primera parte del supuesto de que en principio la actividad está gravada, para posteriormente concederle la exoneración, y la segunda no permite desde el comienzo el nacimiento del gravamen para la actividad hospitalaria desarrollada por entidades sin ánimo de lucro.

Señaló que en lo que tiene que ver con la Ley 10 de 1990, esta reorganizó el “sistema nacional de salud”, pero no eliminó la prohibición contenida en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, por lo que a su juicio está vigente y es aplicable por las siguientes razones: la Fundación Cardiovascular del Oriente Colombiano es una entidad hospitalaria y según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, “los hospitales” son “establecimientos en que se curan a los enfermos”;

la Fundación continúa adscrita al sistema nacional de salud, puesto que según el mismo Diccionario, “adscrito” es “agregar una persona al servicio de un cuerpo o destino”; Los artículos 4º y 5º de la Ley 10 de 1990 establecen que pertenecen al sistema de salud, entre otras, las Fundaciones o instituciones de utilidad común prestatarias de los servicios de salud.

La **parte demandada** no registró actuación en esta oportunidad.

MINISTERIO PÚBLICO.

No rindió concepto.

CONSIDERACIONES DE LA SALA.

Se decide en la instancia sobre la legalidad de los actos administrativos mediante los cuales la Secretaría de Hacienda del Municipio de Floridablanca- Santander negó la solicitud de liquidación de corrección de la declaración del impuesto de industria y comercio presentada por la Fundación Cardiovascular del Oriente Colombiano por la vigencia fiscal de 1995.

La controversia planteada se concreta en determinar si la actividad de servicios médicos quirúrgicos en el área cardiovascular, desarrollada por la actora se encuentra sujeta o no al gravamen, atendiendo al efecto las disposiciones legales generales aplicables, así como las previstas de manera específica para el Municipio de Floridablanca.

Según el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, “No obstante lo dispuesto en el artículo anterior (esto es la facultad de los Municipios de otorgar exenciones de impuestos municipales), continuaran vigentes:

“2. Las prohibiciones que consagra la Ley 26 de 1904, además subsisten para los Departamentos y Municipios las siguientes prohibiciones:

(...)

- d) La de gravar con el impuesto de Industria y Comercio, los establecimientos educativos públicos, las entidades de beneficencia, las culturales y deportivas, los sindicatos, las asociaciones de profesionales y gremiales sin ánimo de lucro, los partidos políticos y los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud.”

Conforme el artículo 6º del Decreto 3070 de 1983, “Para que las entidades sin ánimo de lucro previstas en el literal d) numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 puedan gozar del beneficio a que el mismo se refiere, presentaran a las autoridades locales la respectiva certificación con copia autentica de sus estatutos”.

En desarrollo de las citadas normas legales, se expidió el Decreto Municipal 230 de 1993, donde se consagraron como actividades no sujetas al Impuesto de Industria y Comercio, las siguientes:

“Artículos 105. Actividades no sujetas. Continúan vigentes como actividades no sujetas del Impuesto de Industria y Comercio, aquellas derivadas de obligaciones contraídas por el Gobierno Nacional, en virtud de tratados o convenios internacionales que hayan celebrado el Gobierno Nacional, y además:

(...)

3. Los establecimientos educativos públicos, las entidades de beneficencia, las entidades culturales y deportivas, los sindicatos, las asociaciones de profesionales y gremiales sin ánimo de lucro, los partidos políticos y los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud”.

De acuerdo con las normas legales referenciadas, son actividades no sujetas al impuesto de industria y comercio los servicios de salud prestados a través de las entidades hospitalarias adscritas o vinculadas al sistema nacional de salud,

entendiéndose que a dicho sistema pertenecen todas las entidades que según la normatividad aplicable, integran el sistema nacional de salud.

Al respecto el Decreto 356 de 1975 “por el cual se establece el régimen de adscripción y vinculación de las entidades que prestan servicio de salud”, disponía en su artículo 9º: *“Las entidades de derecho privado que presten servicios de salud a la comunidad, por el solo hecho de prestar estos servicios, se entienden vinculadas al sistema nacional de salud”*.

Si bien la Ley 10 de 1990, “Por la cual se reorganiza el sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones”, derogó expresamente en su artículo 52 el anterior Decreto, no excluyó del sistema nacional de salud a las entidades de derecho privado, sino que por el contrario, las incluyó de manera expresa en su artículo 5º así:

“ARTICULO 5º.- **Sector Salud.** El sector salud esta integrado por:

1. El subsector oficial, al cual pertenecen todas las entidades públicas que dirijan o presten servicios de salud, y específicamente:
 - a)...
2. El subsector privado, conformado por todas las entidades o personas privadas que presten servicio de salud y, específicamente, por:
 - a) Entidades o instituciones privadas de seguridad social y cajas de compensación familiar, en los pertinente a la prestación de servicios de salud;
 - b) Fundaciones o instituciones de utilidad común;
 - c) Corporaciones y **asociaciones sin ánimo de lucro**;
 - d) Personas privadas naturales o jurídicas”.

En relación con las entidades privadas, dispone el artículo 7º de la misma Ley:

“Artículo 7º.- Prestación de servicios de salud por entidades privadas, las Fundaciones o instituciones de utilidad común, las asociaciones y corporaciones, sin ánimo de lucro, y en general, las personas privadas jurídicas, podrán prestar servicios de salud en los niveles de atención y grados de complejidad que autorice el Ministerio de Salud o la entidad territorial delegatoria”.

Obran en el proceso (fls. 137 a 146), los estatutos de la Fundación Cardiovascular del Oriente Colombiano, según los cuales “La entidad es una Fundación de carácter privado, sin ánimo de lucro, con personería jurídica propia..”, cuyo objeto es “la prestación de servicios medico-quirurgicos en el área cardiovascular que estén relacionados con la prevención, diagnóstico , tratamiento rehabilitación de enfermedades cardiovasculares...”

Consta igualmente en el plenario (fl.151 anverso) la certificación expedida por el Ministerio de Salud, según la cual, “mediante resolución 8772 de julio 6 de 1990, emanada del Ministerio se reconoció Personería Jurídica a la entidad denominada FUNDACION CARDIOVASCULAR DEL ORIENTE COLOMBIANO, con domicilio en Bucaramanga (Santander) como entidad sin ánimo de lucro”.

Todo lo anterior permite concluir que, contrario a lo estimado por el Tribunal, la prestación de servicios de salud por parte de entidades privadas, tales como las asociaciones y corporaciones sin ánimo de lucro, hacen parte del sistema nacional de salud, y que, concretamente en el caso de la actora, se cumplen los presupuestos que la ley consagra para que se le reconozca su actividad de servicios de salud adscrita o vinculada al sistema nacional de salud, y concretamente en lo que hace a la autorización del Ministerio de Salud y la entidad territorial delegada.

Así las cosas, y teniendo en cuenta que la normatividad fiscal referenciada en acápite anteriores, no hace distinción alguna cuando consagra la no sujeción del impuesto de industria y comercio para las actividad de servicios de salud hospitalaria, tratándose de entidades adscritas o vinculadas al sistema nacional de salud; estando demostrado que el subsector privado integra con el subsector oficial dicho sistema; que del primero de ellos hace parte la Fundación actora, cumpliendo al efecto con los requisitos que la ley consagra, hecho que corrobora

la autorización que le fuera otorgada por el Ministerio de Salud y la entidad territorial delegada, debe necesariamente concluirse que la actividad de servicios de salud desarrollada por dicha fundación, no está sujeta al impuesto de industria y comercio. Siendo ello así, los actos acusados, en cuanto niegan a la actora el derecho a corregir su declaración con el fin de acceder al beneficio de la no sujeción al gravamen, resultan violatorios de las normas legales a que se ha hecho referencia, por lo que habrá de decretarse la nulidad de los mismos.

Al margen de lo anterior debe precisarse que la no aplicación del artículo 11 de la Ley 50 de 1984, que versa sobre la sujeción al impuesto de las actividades industriales y comerciales realizadas por las entidades a que se refiere el num. 2 literal d) de la Ley 14 de 1983; así como la definición de actividades de servicios “análogas” que contiene el artículo 199 del Decreto 1333 de 1986, de donde deduce el aquo que los servicios de salud prestados por la actora están sujetos al gravamen y se entienden incluidos en dicha definición, son argumentos que resultan irrelevantes tratándose de definir la legalidad de los actos demandados, pues de una parte no es ni ha sido objeto de controversia entre las partes la sujeción o no al impuesto de las actividades industriales y comerciales que puedan llegar a ejercer las entidades adscritas al sistema nacional de salud; y por otra, porque es evidente que no cabe similitud alguna entre prestación de servicios de salud y los conceptos que según la norma se definen como actividad de servicios para efectos del impuesto de industria y comercio así:

“Expendio de bebidas y comidas; Servicio de restaurantes, cafés, hoteles, casas de huéspedes, moteles, amoblados, transporte y aparcaderos, formas de intermediación comercial, tales como corretaje, la comisión, los mandatos y urbanización, radio y televisión, clubes sociales sitios de recreación, salones de belleza, peluquerías, portería servicios funerarios, talleres de reparaciones eléctricas mecánicas, automoviliarias y afines, lavado, limpieza y teñido, salas de cine y arrendamiento de películas y de todo tipo de reproducciones que contenga audio y video, negocios de

montepíos y servicios de consultoría profesional prestados a través de sociedades regulares o de hecho”.

Máxime cuando existe prohibición expresa de gravar con tal gravamen dicha actividad.

Conforme las precedentes consideraciones encuentra la Sala configurados los cargos de la demanda, por lo que habrá de darse prosperidad al recurso de apelación interpuesto por la actora, revocándose en consecuencia la sentencia impugnada.

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley.

F A L L A:

REVOCASE la sentencia apelada. En su lugar se dispone:

1.DECLARASE la nulidad de la Resoluciones Nos. 0101 de octubre 9 de 1997, 0015 de agosto 11 de 1997, y 014 del 21 de mayo del mismo año, proferidas por la Secretaría de Hacienda del Municipio de Floridablanca (Santander), actos administrativos mediante los cuales se negó a la FUNDACION CARDIOVASCULAR DEL ORIENTE COLOMBIANO, la solicitud de corrección de su declaración privada del impuesto de industria y comercio, presentada el 25 de noviembre de 1996, por la vigencia fiscal de 1995.

A título de restablecimiento del derecho declárase que es procedente la corrección a la declaración Tributaria que fuera objeto de rechazo mediante los

actos que se anulan, y que en consecuencia, la Fundación Cardiovascular del Oriente Colombiano solo está obligada al pago del Impuesto determinado en la declaración de corrección.

Procédase a la devolución de las sumas consignadas para gastos ordinarios del proceso si a ello hubiere lugar.

Cópiese, Notifíquese, Comuníquese y Devuélvase al Tribunal de origen. Cúmplase.

Se deja constancia de que ésta providencia se estudió y aprobó en la sesión de la fecha.

JUAN ANGEL PALACIO HINCAPIE
PRESIDENTE DE LA SECCIÓN.

GERMAN AYALA MANTILLA

DELIO GOMEZ LEYVA

MARIA INES ORTIZ BARBOSA

RAUL GIRALDO LONDOÑO
SECRETARIO

**Consejo de Estado: Sentencia 13299
del 10 de junio de 2004 C.P Elizabeth
Whittingham**

ENTIDADES NO SUJETAS AL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO - Conforme a la Ley 14 de 1983 sin las asociaciones de profesionales y gremiales sin ánimo de lucro, los partidos políticos y los hospitales adscritos al sistema nacional de salud / ACTIVIDADES NO SUJETAS AL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO - Las previstas en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 están exoneradas inclusive de los deberes formales exigibles para los contribuyentes del tributo

El texto del artículo 39 de la ley 14 de 1983, en la parte pertinente al presente asunto, es el siguiente: “Artículo 39.- No obstante lo dispuesto en el artículo anterior continuarán vigentes: ... 2) Las prohibiciones que consagra la Ley 26 1904; además, subsisten para los departamentos y municipios las siguientes prohibiciones:d) La de gravar con el Impuesto de Industria y Comercio los establecimientos educativos públicos, las entidades de beneficencia, las culturales y deportivas, los sindicatos, las asociaciones de profesionales y gremiales sin ánimo de lucro, los partidos políticos y los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud”. Se estableció así la prohibición para las entidades municipales de someter al gravamen de industria y comercio a los establecimientos, entidades, asociaciones y hospitales indicados en la norma, frente a los cuales quedó restringida a los Concejos Municipales su facultad impositiva, pues las entidades descritas dentro del tratamiento exceptivo señalado, en la medida en que cumplieran con las características señaladas para cada grupo de ellas, quedaron exoneradas inclusive de los deberes formales exigibles para los contribuyentes del tributo, que fueron determinados en el artículo 7° del Decreto Reglamentario 3070 de 1983. Debido a ello, el Concejo Distrital mediante el Acuerdo 21 de 1983 reguló lo atinente a la parte sustancial y procedimental del impuesto de industria y comercio. Precisamente, en su artículo 4° reglamentó las actividades no sujetas establecidas legalmente en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983.

ASOCIACIONES DE PROFESIONALES Y GREMIALES SIN ANIMO DE LUCRO - Son entidades no sujetas al impuesto de industria y comercio / PERSONAS JURÍDICAS DE DERECHO PRIVADO - Son de dos especies: corporaciones y fundaciones de beneficencia pública / CORPORACIÓN - Es una asociación de individuos y tiene por objeto el bienestar de los asociados ya sea físico, intelectual o moral / FUNDACIÓN - No hay personas asociadas sino un conjunto de bienes dotados de personalidad jurídica

Del literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 y el numeral 4° del artículo 4° del Acuerdo 21 de 1983, se concluye que son entidades no sujetas al impuesto de industria y comercio las previstas en el literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 y en el numeral 4° del artículo 4° del Acuerdo 21 de 1983 para el caso del Distrito Especial de Bogotá, y en cuanto al caso sub lite, las asociaciones de profesionales y gremiales que carezcan de ánimo de lucro. La Sala aprecia que para gozar del tratamiento exceptivo, las entidades deben tener la naturaleza de asociaciones, agrupar profesionales o tener la connotación de entidades gremiales, y en todo caso, no tener ánimo de lucro en el desarrollo de sus actividades. Al tenor de lo dispuesto por el Código Civil, artículo 633 del Título XXXVI del Libro Primero, se tiene que: “Artículo 633.- Se llama persona jurídica, una persona ficticia, capaz de ejercer derechos y contraer obligaciones civiles, y de ser representada judicial y extrajudicialmente. Las personas jurídicas son de dos especies: corporaciones y fundaciones de beneficencia pública...”. No existe en la normatividad definición legal sobre estas dos especies de personas

jurídicas, lo que hace necesario recurrir a la jurisprudencia como criterio auxiliar de la actividad judicial para precisar su naturaleza y objeto social; así pues, de acuerdo con la jurisprudencia de la otrora Sala de Negocios Generales, de la Corte Suprema de Justicia: "La corporación está formada por una reunión de individuos y tiene por objeto el bienestar de los asociados, ya sea físico, intelectual y moral. No persigue fines de lucro. "La fundación se distingue de la corporación en que es un establecimiento que persigue un fin especial de beneficencia o de educación públicas, para lo cual se destinan bienes determinados. En la fundación no hay personas asociadas sino un conjunto de bienes dotados de personalidad jurídica. Las personas que por ella actúan son secundarias en contraste con las que actúan en la corporación. En suma, en la corporación hay asociación de personas, en la fundación predestinación de bienes a fines sociales".

ASOCIACIÓN O CORPORACIÓN - Su objetivo primordial es la obtención de beneficios comunes para sus miembros sin que interese la profesión u oficio de ellos / GREMIO - Son las entidades que agrupan un sector de la sociedad para buscar la satisfacción de unos intereses concretos en beneficio del propio sector

Por lo anterior resulta válido colegir que las asociaciones o corporaciones son personas jurídicas de derecho privado reguladas a nivel general a partir del artículo 633 del Código Civil, conformadas por un conjunto de personas con el fin de lograr el bienestar de los asociados, es decir, que su objetivo primordial tiene que ver con la obtención de beneficios comunes para sus miembros, sin que interese en principio la profesión u oficio de ellos, sino solamente los fines sociales comunes, de manera que su integración depende de su iniciativa particular y de las finalidades trazadas por ellos. Pero el objeto o finalidad desarrollada no debe obedecer a una aspiración lucrativa, de manera que los posibles excedentes o utilidades obtenidas no pueden ser distribuidas entre sus miembros, sino por el contrario, destinarse al objetivo que une a los asociados. El otro requisito que deben cumplir las asociaciones para gozar del beneficio tributario establecido en las normas citadas, es que sean profesionales o gremiales. Sobre el particular, se debe señalar que tampoco existe definición legal sobre las mismas. El concepto de "gremio" es una invocación común y desde el punto de vista de la jurisprudencia se ha entendido por él las entidades que "agrupan a un determinado sector de la sociedad o de la economía para buscar la satisfacción de unos intereses concretos, la mayoría de las veces económicos, en beneficio de los miembros del sector al que pertenezcan"

ASOCIACIONES DE PROFESIONALES - Son personas de derecho privado conformadas por un grupo de personas que ejercen un empleo, actividad u oficio de tipo profesional cuyo ingreso depende de la voluntad de ellos

A partir de la interpretación gramatical y las referencias jurisprudenciales, deduce la Sala que las "asociaciones de profesionales" son personas jurídicas de derecho privado conformadas por un grupo de personas que ejercen un empleo, actividad u oficio de tipo profesional, y cuyo ingreso dependerá de la manifestación de voluntad de los interesados y de las condiciones especiales que se hayan previsto, respetando eso sí los mandatos constitucionales y legales. En cuanto a las "asociaciones gremiales", así como en los casos anteriores, no existe definición legal, pero si puede hacerse una aproximación conceptual del término "gremio" partiendo de las reglas de interpretación jurídica. De las

acepciones gramaticales destacadas se puede concluir que tanto las asociaciones de profesionales como las gremiales son personas jurídicas de derecho privado sin ánimo de lucro, que como una garantía del derecho de asociación están conformadas por personas que ejercen diversas actividades u oficios (profesionales) en unos casos, o que comparten y ejercen las mismas actividades, labores u oficios (gremiales), y cuyo ingreso dependerá de los requisitos estatutarios que se haya previsto en cada caso, sin que los mismos puedan ser violatorios de las normas constitucionales o legales.

CONGREGACION DE RELIGIOSAS - No se puede considerar como asociación profesional ni gremial al no ejercer profesionalmente su actividad de acuerdo al sentido natural y obvio / PROFESIÓN - Es el empleo, facultad u oficio que una persona tiene y desempeña mediante el cual ejerce un arte, ciencia u ocupación / SERVICIO DE EDUCACION POR CONGREGACIÓN DE RELIGIOSAS - No tiene tratamiento exceptivo respecto del impuesto de industria y comercio / ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES SIN ANIMO DE LUCRO - La no sujeción en el impuesto de industria y comercio es subjetiva es decir sobre toda actividad que desarrolle / IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN EL D.C.

Para la Sala no es posible considerar como una "asociación profesional", ni como "una asociación gremial" a la Congregación actora, pues en primer término está constituida como "una persona jurídica de derecho privado" y como tal tiene reconocida su personería jurídica. De otra parte, "la asociación de personas unidas por el vínculo de una profesión de fé ligada con la religión católica y los valores cristianos" que se describe en la cláusula 61 de las Constituciones de la Congregación, es un concepto distinto a la "profesionalidad" que inspira la disposición legal, que alude al sentido natural y obvio de la expresión, de acuerdo con el cual profesión viene a ser el empleo, facultad u oficio que una persona tiene y desempeña, mediante el cual ejerce un arte, ciencia, trabajo u ocupación, al que arriba después de una formación académica y que se acredita mediante un título de idoneidad de acuerdo con las normas fijadas por el Estado. Se aprecia que las Hermanas Dominicas al prestar los servicios de educación a través de varias instituciones educativas, realiza una actividad que no tiene tratamiento exceptivo, respecto del Impuesto de Industria y Comercio, cosa distinta es que de acuerdo con lo señalado por la Ley 20 de 1974, aprobatoria del Concordato y Protocolo Final entre la República de Colombia y la Santa Sede, Artículo XXIV establezca: "Los bienes de utilidad común sin ánimo de lucro, pertenecientes a la Iglesia y a las demás personas jurídicas de que trata el Artículo IV del presente Concordato, tales como los destinados a obras de culto, de educación o beneficencia se registrarán en materia tributaria por las disposiciones legales establecidas para las demás instituciones de la misma naturaleza". Por lo anterior, la Sala concluye que la Congregación de Hermanas de la Caridad Dominicas de la Presentación de la Santísima Virgen, para efectos del Impuesto de Industria y Comercio no es una "asociación de profesionales sin ánimo de lucro" que goza de la no sujeción subjetiva y, por ende, sobre toda actividad, en los términos contemplados en el literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD - El previsto en la ley 14 de 1983 en la parte de no sujeciones fue cambiado por el Sistema de Salud de la Ley 10 de 1990 / HOSPITALES - Hacían parte del sistema nacional de salud así pertenecieran al sector privado incluyendo las entidades sin ánimo de lucro / SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - Está conformado por el

Gobierno Nacional, el FOSYGA, las EPS y las IPS / HOSPITALES - Conforme a la Ley 14 de 1983 no estaban sometidas al cumplimiento de las obligaciones sustanciales y formales en Industria y Comercio

El sistema nacional de salud existente para la época de la expedición de la Ley 14 de 1983, fue cambiado por el “Sistema de Salud” que trajo la Ley 10 de 1990 “por la cual se reorganiza el sistema nacional de salud y se dictan otras disposiciones” . De las normas de la Ley 10 de 1990 antes transcritas se concluye que los hospitales hacían parte del sistema de salud, así pertenecieran al sector privado incluyendo las fundaciones, corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro o de utilidad común. Ahora bien, con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 se reorganizó nuevamente el sector salud, ahora bajo el nombre de “Sistema de Seguridad Social en Salud” en el cual, conforme al artículo 156 ib., concurren entre otros en su conformación, el Gobierno Nacional, el FOSYGA, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las instituciones prestadoras de salud (IPS). Por consiguiente, en cuanto al tema de la no sujeción prevista en el literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, en lo que se refiere a “los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud”, se puede deducir que la intención del legislador del año 1983 fue no someter al cumplimiento de ninguna de las obligaciones sustanciales ni formales relacionadas con el impuesto de industria y comercio, cuando las entidades de salud estuvieran organizados como tales.

CLINICA U HOSPITAL - En su sentido natural y obvio vienen a ser sinónimas / ANIMO DE LUCRO EN ENTIDAD DE SALUD Y EDUCACIÓN - No se configura por el hecho de cobrar unos costos por los servicios de salud

Debido a que la parte demandada ha dado a entender que hay diferencia entre las expresiones “clínica” y “hospital”, la Sala considera que tales expresiones en su sentido natural y obvio vienen a ser sinónimas, toda vez que no tienen una referencia técnica ni ha sido definida especialmente por el legislador, y en cambio, los diccionarios de lenguaje usual y de expresión especializada se refieren indistintamente a ellos como “establecimientos destinados al tratamiento de enfermos”. Tampoco es de recibo el planteamiento hecho en la apelación según el cual por el hecho de cobrar unos costos por los servicios de salud y educación y no ser una labor de beneficencia, se configura el ánimo de lucro, puesto que tal como lo señala el artículo 98 del Código de Comercio, aplicable a las sociedades civiles por mandato del artículo 100 del mismo código, el ánimo de lucro se relaciona con la posibilidad de los socios de “repartirse entre sí las utilidades obtenidas en la empresa o actividad social”.

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCIÓN CUARTA

Consejera ponente: ELIZABETH WHITTINGHAM GARCÍA

Bogotá, D.C., diez (10) junio de dos mil cuatro (2004)

Radicación número: 25000-23-27-000-2000-01495-01(13299)

Actor: CONGREGACIÓN DE HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACIÓN DE LA SANTÍSIMA VIRGEN

Demandado: DISTRITO CAPITAL DE BOGOTA

FALLO

Decide la Sala el recurso de apelación interpuesto por el apoderado de la entidad demandada, contra la sentencia de fecha 17 de abril de 2002, proferida por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, mediante la cual se declaró la nulidad de la Liquidación Oficial de Revisión N° 061 del 9 de septiembre de 1999 y la Resolución 129 de junio 22 de 2000 proferidas por el Grupo de Liquidación y de Recursos Tributarios de la Subdirección de Impuestos a la Producción y la Consumo de la Secretaría de Hacienda Distrital.

ANTECEDENTES

La Congregación de Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación de la Santísima Virgen presentó la declaración del impuesto de industria, comercio y avisos y tableros correspondiente al cuarto bimestre de 1996, el 13 de septiembre de 1996, diligenciando la parte relacionada con las retenciones en la fuente practicadas, y denunciando como ingresos gravados, cero (0).

El día 2 de diciembre de 1998, la Dirección de Impuestos Distritales practicó auto de verificación o de cruce que dio origen al Requerimiento de Información N° 048754 del 25 de noviembre de 1998. El 4 de diciembre de 1999, la Administración Distrital expidió emplazamiento para corregir N° 078832 para que el contribuyente modificara su declaración privada del impuesto, ante lo cual el 4 de enero de 1999 fue respondido expresando las razones para que se tuviera como entidad no sujeta al impuesto de industria y comercio.

A pesar de las explicaciones presentadas, la Dirección de Impuestos Distritales expidió el requerimiento especial N° 090061 que fue notificado el 14 de enero de 1999, en el que propuso modificar la declaración privada y sancionar a la entidad por inexactitud. Mediante escrito radicado el 14 de abril de 1999, la Congregación

presentó respuesta al requerimiento especial oponiéndose a lo planteado en el requerimiento.

Posteriormente la Dirección Distrital profirió la Liquidación de Revisión N° 061 del 9 de septiembre de 1999, contra la cual la Congregación formuló recurso de reconsideración, el cual fue resuelto mediante la Resolución 129 de junio 22 de 2000 desestimando las pretensiones de la actora.

LA DEMANDA

La Congregación interpuso acción de nulidad y restablecimiento del derecho solicitando la nulidad de la Liquidación de Revisión 061 del 6 de septiembre de 1999 y de la Resolución 129 de junio 22 de 2000.

Consideró como vulnerados los artículos 4°, numeral 4°, y 8° del Acuerdo 21 de 1983, 25 a 32 de la Constitución Política e igualmente el artículo 101 del Decreto Distrital 807 de 1993.

Señaló que la Congregación debe considerarse como “asociación gremial”, en los términos que expresa el numeral 4° del artículo 4° del Acuerdo Distrital 21 de 1983, para lo cual cita el concepto de “Asociación” vertido por la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 10 de agosto de 1937 y la definición del Diccionario de la Real Academia, destacando que el objeto de una asociación puede ser del orden espiritual, artístico, científico, deportivo o religioso, sin ninguna intención económica. En cuanto al término “gremial”, señala la definición de la Real Academia y del Diccionario de Ciencias Jurídicas Políticas y Sociales, para concluir que una asociación gremial la constituye una pluralidad de personas que reúnen sus esfuerzos y actividades en torno a su misma profesión u oficio y con una finalidad lucrativa.

Asegura que la Congregación de Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación es una corporación de tipo religioso, constituida con el único fin de servir a la comunidad, ajena a toda intención de lucro, ya que sus ingresos se

destinan exclusivamente al beneficio del conglomerado social a través de los servicios de educación que se ofrecen.

Afirma que de acuerdo con sus Constituciones, que constituyen sus estatutos y que regulan las relaciones entre las religiosas y la entidad, se establece que bajo ninguna circunstancia las Hermanas vinculadas pueden beneficiarse patrimonialmente de los ingresos que se obtengan, con lo que señala que la Congregación cumple con los requisitos indicados por la Corte Suprema de Justicia y el Diccionario de la Real Academia Española para ser considerada como entidad gremial, ya que las Hermanas vinculadas a la Entidad se reúnen con el único propósito de propender por la defensa de los intereses comunes a su profesión de religiosas, desarrollando actividades humanitarias, tales como la salud y la educación.

Acudiendo a lo previsto en el artículo 26 de la Constitución Política y en el literal d) del artículo 7° de la Ley 133 de 1994, ésta última reguladora de la libertad religiosa y de cultos, la actora afirma que si dichas normas exigen el reconocimiento civil de los títulos académicos expedidos por los institutos de formación y estudios teológicos, resulta permitido concluir que la religión constituye el ejercicio de una profesión.

Para respaldar el anterior argumento, cita la sentencia C-088 de 1994 que examinó la constitucionalidad de la Ley 133 de 1994, para señalar que según la Corte Constitucional se debe exigir la certificación de idoneidad de la formación impartida, requisito que ha reclamado desde siempre para las actividades profesionales. Igualmente transcribe definiciones tomadas de diccionarios de la Real Academia y Jurídicos sobre el término “religión” y “profesión religiosa”, para deducir de sus textos que la Congregación constituye una agrupación de profesionales destinados a los servicios de la religión, máxime cuando en sus Constituciones se exige a sus miembros los votos de pobreza, obediencia y castidad.

En relación con los requisitos que a nivel doctrinal ha expresado la Dirección Distrital de Impuestos sobre las asociaciones gremiales, argumentó que la defensa de los intereses comunes se desprende con facilidad del objeto de la Comunidad religiosa cuestionada, ya que brinda educación a las adolescentes,

impartiéndoles una formación académica encaminada a difundir la doctrina de la Iglesia y por ende de Jesucristo, sembrando cada día mejores personas y buenos cristianos. Sobre el punto asegura que las Hermanas miembros de la Congregación al asociarse, acuerdan reunirse, ayudarse mutuamente, procurándose el vestuario, la alimentación, salud y demás necesidades inherentes al ser humano, con la finalidad de fortalecer la actividad que las une y ocupa.

Sobre las utilidades no susceptibles de reparto entre los socios o miembros, expresa que ni dentro del giro de las actividades de la entidad, ni con ocasión de su eventual liquidación y/o terminación, las religiosas pueden tener derecho de acceder al patrimonio de la Congregación.

Conforme a los artículos 7° y 14 de la Ley 133 de 1994, argumenta que las iglesias y confesiones religiosas, como la Católica, tienen derecho a crear y fomentar asociaciones, fundaciones e instituciones para la realización o defensa de sus fines.

En su opinión la actuación oficial adelantada vulnera los artículos 25 a 32 del Código Civil que tratan sobre las reglas de interpretación, puesto que a su juicio los funcionarios de la Dirección de Impuestos Distritales no pueden usurpar la competencia al legislador al interpretar el texto de la ley, ya que si la norma es objeto de controversia entre la Administración y el administrado, sólo la ley puede fijar su verdadero contenido; así pues la norma que beneficia a la Comunidad religiosa no hace distinciones ni exclusiones y establece con claridad que toda actividad ejecutada por una asociación gremial sin ánimo de lucro no está sometida al impuesto de industria y comercio. Insiste en que las palabras contenidas en el artículo 4° del Acuerdo 21 de 1983 deben interpretarse por su sentido más natural y obvio, esto es, por el alcance que les da el texto rector del idioma castellano, esto es el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua.

Para el apoderado de la Congregación el artículo 4° del Acuerdo 21 de 1983 al no hace ninguna distinción en las asociaciones gremiales, de manera que donde la norma no distingue no le es dado al intérprete distinguir, y en tales condiciones todas las asociaciones que propendan por la defensa de los intereses comunes

de una profesión como la religión se hacen acreedoras al beneficio y no únicamente las señaladas abusivamente por el Distrito. Además las congregaciones religiosas tienen por finalidad la de propender por la difusión, cumplimiento y defensa de las doctrinas de Jesucristo, y para tal fin se asocian, desarrollando actividades humanitarias, benéficas que ayudan al crecimiento del individuo según los postulados del dogma católico.

En relación con el suministro de material quirúrgico, oxígeno y otros para los servicios médicos prestados en la Clínica Palermo, que para la administración distrital constituye venta de productos y por consiguiente actividad comercial, dice que la citada Clínica dentro del servicio de salud que presta, administra a los pacientes en tratamiento, las medicinas, oxígeno y demás elementos requeridos para su recuperación, exclusivamente bajo la prescripción médica de los facultativos que allí laboran.

En el aspecto tributario considera que dicha actividad no es comercial, porque no encuadra dentro de sus presupuestos, ya que constituye una labor desarrollada por una persona jurídica, que se concreta en una obligación de hacer consistente en dar el tratamiento médico que el paciente requiere, con inclusión del suministro de los medicamentos que se requieren para su recuperación. Argumenta que el suministro de medicamentos por parte de las Clínicas a sus pacientes, específicamente de la Palermo, hace parte integral del servicio de salud que ésta presta, y consecuentemente, los ingresos que percibe por este concepto no se encuentran gravados con el impuesto de industria y comercio, de conformidad con el artículo 27 del Decreto 423 de 1996 del orden distrital.

Estima que no hay lugar a imponer sanción por inexactitud porque la Congregación no está omitiendo ingresos, ya que en su calidad de asociación gremial sin ánimo de lucro, no se encuentra sujeta al impuesto de industria y comercio, cualquier diferencia que se encontrare es por error de interpretación de los funcionarios. Admite que si en gracia de discusión, los ingresos que dice la administración están gravados no se incluyeron en la declaración, los mismos tampoco están gravados tal como quedó demostrado.

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

La Dirección Distrital de Impuestos contestó la demanda oponiéndose a la prosperidad de las pretensiones de la actora.

Sus argumentos fueron básicamente cuatro a saber: que respecto de la Congregación de Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación de la Santísima Virgen no existe ni exención, ni no sujeción que la beneficie; que de ninguna forma ésta puede ser catalogada como asociación gremial sin ánimo de lucro por cuanto no lo es; pero en cambio si cumple con las previsiones del artículo 35 del Decreto Distrital 400 de 1999 ya que desarrolla actividades comerciales, y finalmente que como todos los ingresos percibidos en desarrollo de actividades industriales, comerciales o de servicios los recibe en el Distrito Capital de Bogotá debe ser gravada con el impuesto de industria y comercio.

Para aseverar que la Congregación actora no es una asociación gremial sin ánimo de lucro, cita el artículo 35 del Decreto Distrital 400 de 1999 según el cual para no ser sujeto pasivo del impuesto de industria y comercio se requieren tres condiciones a saber: que sea una asociación profesional o gremial, que no tengan ánimo de lucro y que no desarrolle actividades industriales o comerciales.

En su concepto existe una diferencia sustancial entre asociación y gremio, por cuanto éste es una especie de la primera, es decir todo gremio es una asociación pero no toda asociación es un gremio, luego los integrantes de una asociación se unen con fines diversos al paso que los del gremio aúnan esfuerzos para defender sus intereses en comunidad con entidad de actividades y para mejorar sus condiciones de vida.

Respecto a la Congregación dice que su labor desarrollada nada tiene que ver con la protección de los intereses de las “religiosas”, luego es de concluir que su actividad no es de la esencia de ellas mismas.

Sobre los servicios prestados a través de la Clínica Palermo dice que no son de caridad ya que los pacientes tienen que pagar absolutamente por todos los servicios y medicamentos, de donde concluye que la Congregación demandante

no reúne los dos primeros requisitos (ser asociación gremial y no tener ánimo de lucro), a que se refiere el literal d) del artículo 35 del decreto 400 de 1999 para ser considerada como una entidad no sujeta frente al impuesto de industria y comercio.

En cuanto al desacuerdo de la entidad actora sobre la sanción por inexactitud señala que al no incluir los ingresos obtenidos en la declaración tributaria y no liquidar el gravamen correspondiente, hizo que el denunciado resultara inexacto dado que el contribuyente pagó menos del impuesto a que legalmente estaba obligado, por tanto se debe aplicar el artículo 101 del Decreto Distrital 807 de 1993 y además que no se requiere probar el fraude en la presentación de declaraciones por parte del contribuyente para imponer sanción por inexactitud; arguye también que en este caso tampoco existen diferencias de criterios sino un típico error de derecho relativo a las normas que señalan el hecho generador del Impuesto de Industria y Comercio.

LA SENTENCIA APELADA

El Tribunal Contencioso Administrativo de Cundinamarca, Sección Cuarta, Subsección "A", mediante providencia de fecha 17 de abril de 2002, anuló los actos acusados y a título de restablecimiento dispuso que la liquidación privada del impuesto de industria y comercio presentada por la actora se encontraba en firme.

Después de transcribir el artículo 35 del Decreto Distrital 400 de 1999, que se refiere a las actividades no sujetas al impuesto de industria y comercio, entró a determinar si la Congregación demandante encaja dentro de la definición de asociaciones de profesionales y gremiales sin ánimo de lucro, para ello hace las siguientes consideraciones:

Según el Diccionario Enciclopédico de Derecho Usual de Guillermo Cabanellas, profesión se define como el ejercicio de una carrera, oficio, ciencia o arte o "el conjunto formado por los de igual actividad laboral o económica"; y en el mismo diccionario el término "religión" se define como la profesión de una doctrina

religiosa al paso que “asociaciones o comunidades religiosas” se consideran a las congregaciones de religiosos o de religiosas, que con votos más o menos solemnes hacen vida en común, con clausura o sin ella, ya dedicándose a la oración, a la enseñanza, a ciertas industrias, a la propaganda, a la limosna y a otras actividades espirituales o materiales al servicio de la fé.

Para el a – quo, el servicio de educación no debe ser gravado porque la Congregación de Hermanas Dominicanas, tiene por naturaleza propender por una formación religiosa basada en la devoción a Cristo y valores religiosos que se aplican a la vida en común, además de ser misioneras de la caridad y fomentadoras de profesar los consejos evangélicos. Así pues, consideró el Tribunal que la actividad religiosa es una profesión que se ejerce por personas que tienen la misma concepción respecto de la vida, de un ser supremo y de su tarea u objetivo en el mundo, luego debe considerarse a la Congregación como un gremio y por tanto exento del impuesto de industria y comercio, habida consideración que durante su existencia y terminación no reparten utilidades o excedentes.

Sin embargo el Tribunal de instancia, señala que no toda actividad que desarrollen los gremios está exenta del impuesto de industria y comercio, sino tan sólo lo serán aquellas propias y que tengan algún vínculo o conexión directa con su profesión; entonces en el ejercicio de su actividad de educación la comunidad religiosa puede exponer y propagar su concepción religiosa y su credo al incluir en ella sus valores éticos de modo que sí es un ejercicio propio y estrechamente vinculado a la actividad que profesa la entidad actora, siendo los ingresos por este concepto exentos del impuesto.

Respecto del servicio de salud que presta a través de la Clínica Palermo concluye que esto no debe ser gravado si se tiene en cuenta que la Clínica hace parte integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud y encuadra dentro del numeral 4° del artículo 4° del Acuerdo 21 de 1983, que señala que los servicios prestados por los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud son actividades no sujetas al impuesto de industria y comercio.

Para reforzar sus apreciaciones el a - quo transcribe apartes de la sentencia de marzo 2 de 2001 Expediente 10.888 Ponente Dr. Juan Ángel Palacio Hincapié,

en la cual se concluye que la prestación de los servicios de salud por parte de entidades privadas, tales como asociaciones y corporaciones sin ánimo de lucro hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como fundamento el artículo 52 de la Ley 10 de 1990.

Cabe anotar que la anterior providencia tuvo un salvamento de voto, de la Magistrada Stella Jeannette Carvajal Basto, en cuya opinión debe anularse sólo parcialmente el acto acusado, porque de conformidad con la legislación vigente al momento de los hechos, el servicio de educación privada se encontraba gravado con el impuesto de industria y comercio, luego en este aspecto la actuación administrativa ha debido mantenerse.

RECURSO DE APELACIÓN

La entidad demandada manifestó no estar de acuerdo con la decisión adoptada por el a – quo, en cuanto a considerar a la Congregación de las Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación de la Santísima Virgen como una asociación gremial sin ánimo de lucro en los términos del literal d) del numeral 2° del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 y del numeral 4° del artículo 4° del Acuerdo 21 de 1983 del Concejo de Bogotá, porque esa posición jurídica lleva a una indebida interpretación del contenido y alcance de esos preceptos, ya que la citada Congregación no es asociación de profesionales ni gremial sin ánimo de lucro.

En su concepto no es asociación gremial, porque no se ha integrado para la defensa exclusiva de los intereses de sus miembros, como es lo usual en este tipo de agrupaciones desde su génesis en el campo del derecho de los trabajadores y posteriormente, en el de los empleadores; al no haberse conformado para la defensa de los intereses de los religiosos, no puede ser considerada como gremio.

En cuanto al segundo requisito exigido para considerarse como entidad no sujeta, está la de no tener ánimo de lucro que a su juicio tampoco se cumple y ello implica que entre los socios no haya reparto de utilidades, y en el caso de las Hermanas Dominicanas para ingresar deben hacer votos de pobreza y obediencia, lo que lleva a concluir que sin haber reparto de utilidades estas deben ingresar

por defecto al patrimonio de la comunidad, sin perjuicio de que esos ingresos se destinen a la prestación de los servicios de salud y educación. Además que es un hecho notorio que éstos servicios no son propiamente una labor de beneficencia por cuanto ésta presupone gratuidad en los servicios, o por lo menos costos bajos.

Por otra parte considera la entidad apelante que la Congregación es contribuyente del Impuesto de Industria y Comercio por la actividad de servicios, ya que la prohibición de gravar con el impuesto al sector salud se predica de las instituciones públicas y no de las privadas y de los hospitales, y no de las clínicas como lo es la entidad demandante, por tanto disiente de la consideración del Tribunal al expresar que las actividades de los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud, no hace alusión exclusivamente a las instituciones de carácter público sino también a las del sector privado, ya que ambos conforman el Sistema Nacional de Salud de la Ley 10 de 1990, considerando a los hospitales en su versión más amplia para efectos de la no sujeción; sus razones están fundamentadas en que la Congregación Clínica Palermo no puede ser no sujeto del impuesto de industria y comercio ya que no cumple las exigencias legales en cuanto a ser hospital y adscrito al Sistema Nacional de Salud, clasificación que en su criterio sucumbió al entrar en vigencia la Ley 10 de 1990.

Añade que es apenas natural que si el legislador ha definido un término, se debe entender en su significado legal, así como también debe preferirse su significado técnico y en materia tributaria, lo que, llevándolo al caso controvertido, se tiene que los términos adscripción y vinculación regulados en los Decretos 1050 y 3130 de 1968 se aplican sólo a instituciones del Estado, condición que no cumple la Congregación y por tanto no puede someterse a la prohibición señalada en el artículo 35 del Decreto 400 de 1999.

Finaliza diciendo que las exenciones, exclusiones, no sujeciones y prohibiciones en materia de impuestos, deben ser expresas y taxativas sin que exista la más mínima posibilidad de aplicarlos por analogía a un caso concreto o acomodarlas a situaciones particulares para fines de su aprovechamiento.

ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

La parte actora en su escrito de alegación, afirma estar dentro de la definición del numeral 4° del artículo 4° del Acuerdo 21 de 1983, al cumplir los requisitos que se deducen de su tenor literal, como son la existencia de una asociación, que sus miembros sean profesionales, que se trate de una entidad gremial y que no tenga ánimo de lucro. Sobre este último recalca que las autoridades distritales confunden la gratuidad del servicio con la ausencia de ánimo de lucro, ya que una corporación o asociación no tiene fines de lucro cuando las rentas que percibe no son susceptibles de ser distribuidas total o parcialmente a cualquier título a personas naturales, directamente o a través de otras personas jurídicas, situación que no excluye la posibilidad de cobrar por los servicios que presta la entidad.

Respecto a la no sujeción consagrada en el mismo numeral 4° antes comentado en cuanto a los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud, afirma que los ingresos recibidos de la comunidad por el servicio que presta la Clínica Palermo no están gravados porque es un centro de salud perteneciente al Sistema Nacional de Salud. Para ello basándose en el Concepto 380 de la Dirección de Impuestos Distritales, anota que conforme al Decreto 356 de 1975 en el cual se establecía el régimen de adscripción o vinculación de las entidades que prestaran servicios de salud, la Clínica Palermo hacía aparte de las entidades vinculadas al Sistema Nacional de Salud, que posteriormente con la entrada en vigencia de la ley 10 de 1990 se convirtió en el Sistema de Salud con un esquema similar al anterior y que incluyó en su artículo 5° a las entidades privadas como pertenecientes al sector. Señala que este régimen fue actualizado por la Ley 100 de 1993 permitiendo en su artículo 155 a las instituciones prestadoras de salud, IPS, ser de carácter público, privado o mixto para integrar el Sistema de Salud del cual hacen parte las entidades como la Clínica Palermo.

La parte demandada, expresa que reitera íntegramente los argumentos presentados en la sustentación del recurso de apelación.

MINISTERIO PUBLICO

La Procuradora Sexta Delegada ante el Consejo de Estado, al rendir oportunamente su concepto, considera válidos los planteamientos de la entidad demandante, pues encuentra que ciertamente se halla organizada y constituye una agrupación de profesionales con una actividad religiosa, que es la que ejerce como profesión, desprovista de ánimo de lucro, siendo por tanto de aquellas a las cuales se refiere al artículo 31 literal d) del Decreto 423 de 1991 (sic) para señalarlas como no sujetas al impuesto de industria y comercio.

Indica que los servicios de salud y educación que la Congregación presta y que se traducen en la atención médica y la enseñanza en beneficio del conglomerado social, no necesariamente deben ser interpretados a la luz de la definición contenida en el artículo 36 de la Ley 14 de 1983, ni afirmar que la Congregación es contribuyente, dado su carácter de entidad canónica, en la cual no tiene cabida el ánimo de lucro, luego debe entenderse como una asociación religiosa, cuya finalidad de utilidad social, no la desnaturaliza el hecho de prestar servicios que la ley define para efectos de la causación del impuesto de industria y comercio.

Estima viable respecto de los servicios de salud y educación que la Congregación presta, el tratamiento preferencial que consagra el numeral 4° del artículo 4° del Acuerdo 21 de 1983 y el artículo 31 literal d) del Decreto 423 de 1996, ya que dichas disposiciones establecen en forma clara, y sin que admita interpretación diferente, que no están sujetas al impuesto de industria y comercio las actividades desarrolladas por las asociaciones de profesionales, sin ánimo de lucro y los servicios prestados por los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud. A su juicio el Tribunal de primera instancia tuvo razón al declarar la nulidad de los actos administrativos acusados, al serle aplicable a la Congregación el tratamiento preferencial del artículo 4° numeral 4° del Acuerdo 21 de 1983 y por tanto solicita a la Sala se sirva confirmar la sentencia apelada.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

Corresponde a la Sala resolver el recurso de apelación interpuesto por la entidad demandada, contra la sentencia de primer grado que accedió a declarar la

nulidad de los actos acusados, señalando además que la liquidación privada del impuesto de industria y comercio por el IV Bimestre de 1996 estaba en firme.

Para el efecto, la Sala debe determinar si la Congregación demandante se encontraba dentro de los presupuestos señalados para gozar de la no sujeción del impuesto de industria y comercio por considerarse como una asociación gremial o profesional sin ánimo de lucro según lo previsto en el numeral 4° del artículo 4° del Acuerdo 21 de 1983 o en su defecto si la Clínica Palermo, que es una de sus obras y a través de la cual obtiene ingresos se puede considerar como un hospital adscrito o vinculado al Sistema Nacional de Salud, que es otra de las no sujeciones que trae el citado artículo en concordancia con el artículo 39 de la Ley 14 de 1983.

Igualmente, deberá analizarse los argumentos según los cuales la Congregación de Hermanas Dominicanas no cumplía para el período objeto de los actos oficiales de liquidación, los requisitos para hacerse acreedora a las exclusiones para los servicios de educación.

Actividades no sujetas al Impuesto de Industria y Comercio

El impuesto de industria y comercio, reorganizado y unificado para todos los municipios del país a partir de la Ley 14 de 1983 “por la cual se fortalecen los fiscos de las Entidades Territoriales y se dictan otras disposiciones”, recogió en su artículo 39 las prohibiciones para gravar por concepto de industria y comercio que en normatividad dispersa se encontraban vigentes a la fecha de su expedición, con lo cual¹, a partir de ese momento, los municipios contaron con una ley general que señalaba los elementos estructurales del impuesto que desde la Ley 97 de 1913 se había consagrado en forma genérica y sin señalar varios de los componentes de la obligación tributaria.

La nueva estructura de este tributo a partir del año 1983 implicó, entonces, que el hecho generador fuera la realización de actividades industriales, comerciales o de servicios que se realizaran en las respectivas jurisdicciones municipales, directa o indirectamente, por personas naturales, jurídicas o por sociedades de

¹ La Ley 14 de 1983 fue expedida el 16 de julio de 1983 y publicada en el Diario Oficial 3288.

hecho, en forma permanente u ocasional, en inmuebles determinados, con establecimientos de comercio o sin ellos (Ley 14 de 1983, artículo 32).

El texto del artículo 39 de la ley en comento, en la parte pertinente al presente asunto, es el siguiente:

“Artículo 39.- No obstante lo dispuesto en el artículo anterior continuarán vigentes:

... 2) Las prohibiciones que consagra la Ley 26 1904; además, subsisten para los departamentos y municipios las siguientes prohibiciones:

....d) La de gravar con el Impuesto de Industria y Comercio los establecimientos educativos públicos, las entidades de beneficencia, las culturales y deportivas, los sindicatos, las asociaciones de profesionales y gremiales sin ánimo de lucro, los partidos políticos y los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud”.
(Se ha subrayado).

Se estableció así la prohibición para las entidades municipales de someter al gravamen de industria y comercio a los establecimientos, entidades, asociaciones y hospitales indicados en la norma, frente a los cuales quedó restringida a los Concejos Municipales su facultad impositiva, pues las entidades descritas dentro del tratamiento exceptivo señalado, en la medida en que cumplieran con las características señaladas para cada grupo de ellas, quedaron exoneradas inclusive de los deberes formales exigibles para los contribuyentes del tributo, que fueron determinados en el artículo 7° del Decreto Reglamentario 3070 de 1983.

Debido a ello, el Concejo Distrital mediante el Acuerdo 21 de 1983² reguló lo atinente a la parte sustancial y procedimental del impuesto de industria y comercio. Precisamente, en su artículo 4° reglamentó las actividades no sujetas establecidas legalmente en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, para lo cual, en lo referente al literal d) de aquel, dijo lo siguiente:

² El acuerdo 21 de 1983 expedido por el Concejo de Bogotá, Distrito Especial, en ejercicio de las facultades constitucionales y legales y en especial de las conferidas por la Ley 97 de 1913 y la ley 14 de 1983 y el artículo 13 del Decreto 1333 de 1968 tuvo como fecha el 19 de diciembre de 1983.

ACUERDO 21 de 1983, artículo 4°.- Actividades no sujetas. No están sujetas a los impuestos de industria, comercio y de avisos, las siguientes actividades:

....4. La educación pública, las actividades de beneficencia, las actividades culturales y/o deportivas, las actividades desarrolladas por los sindicatos, por las asociaciones de profesionales y gremiales sin ánimo de lucro, por los partidos políticos y los servicios prestados por los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud". (Se ha subrayado).

No sujeción de las asociaciones de profesionales y gremiales sin ánimo de lucro.

De las normas anteriormente transcritas, se concluye que son entidades no sujetas al impuesto de industria y comercio las previstas en el literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 y en el numeral 4° del artículo 4° del Acuerdo 21 de 1983 para el caso del Distrito Especial de Bogotá, y en cuanto al caso sub lite, las asociaciones de profesionales y gremiales que carezcan de ánimo de lucro.

La Sala aprecia que para gozar del tratamiento exceptivo, las entidades deben tener la naturaleza de asociaciones, agrupar profesionales o tener la connotación de entidades gremiales, y en todo caso, no tener ánimo de lucro en el desarrollo de sus actividades.

Al tenor de lo dispuesto por el Código Civil, artículo 633 del Título XXXVI del Libro Primero, se tiene que:

"Artículo 633.- Se llama persona jurídica, una persona ficticia, capaz de ejercer derechos y contraer obligaciones civiles, y de ser representada judicial y extrajudicialmente.

Las personas jurídicas son de dos especies: corporaciones y fundaciones de beneficencia pública..."

No existe en la normatividad definición legal sobre estas dos especies de personas jurídicas, lo que hace necesario recurrir a la jurisprudencia como criterio auxiliar de la actividad judicial para precisar su naturaleza y objeto social; así pues, de acuerdo con la jurisprudencia de la otrora Sala de Negocios Generales, de la Corte Suprema de Justicia³:

“... Las personas jurídicas regladas por el Código Civil son de dos especies: corporaciones y fundaciones de beneficencia pública.

"No habla el Código Civil de las personas jurídicas resultantes de las sociedades civiles o comerciales con fines de lucro, porque ellas obedecen a fines distintos de las establecidas en el artículo 633 y siguientes del mismo estatuto.

"Por eso las referidas disposiciones únicamente contemplan las corporaciones y las fundaciones.

"La corporación está formada por una reunión de individuos y tiene por objeto el bienestar de los asociados, ya sea físico, intelectual y moral. No persigue fines de lucro.

"La fundación se distingue de la corporación en que es un establecimiento que persigue un fin especial de beneficencia o de educación públicas, para lo cual se destinan bienes determinados. En la fundación no hay personas asociadas sino un conjunto de bienes dotados de personalidad jurídica. Las personas que por ella actúan son secundarias en contraste con las que actúan en la corporación.

En suma, en la corporación hay asociación de personas, en la fundación predestinación de bienes a fines sociales". (Se ha subrayado).

De otra parte, el Diccionario de la Real Academia⁴ define “asociación” como el “conjunto de los asociados para un mismo fin y, en su caso, persona jurídica por ellos formada”

Por lo anterior resulta válido colegir que las asociaciones o corporaciones son personas jurídicas de derecho privado reguladas a nivel general a partir del artículo 633 del Código Civil, conformadas por un conjunto de personas con el fin de lograr el bienestar de los asociados, es decir, que su objetivo primordial tiene que ver con la obtención de beneficios comunes para sus miembros, sin que interese en principio la profesión u oficio de ellos, sino solamente los fines sociales comunes, de manera que su integración depende de su iniciativa particular y de las finalidades trazadas por ellos.

³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Negocios Geneales. Sentencia de agosto 21 de 1940.

⁴ Diccionario de la Lengua Española, vigésima Primera Edición, 1992. pag 50

Pero el objeto o finalidad desarrollada no debe obedecer a una aspiración lucrativa, de manera que los posibles excedentes o utilidades obtenidas no pueden ser distribuidas entre sus miembros, sino por el contrario, destinarse al objetivo que une a los asociados.

El otro requisito que deben cumplir las asociaciones para gozar del beneficio tributario establecido en las normas citadas, es que sean profesionales o gremiales. Sobre el particular, se debe señalar que tampoco existe definición legal sobre las mismas.

El concepto de “gremio” es una invocación común y desde el punto de vista de la jurisprudencia se ha entendido por él las entidades que *“agrupan a un determinado sector de la sociedad o de la economía para buscar la satisfacción de unos intereses concretos, la mayoría de las veces económicos, en beneficio de los miembros del sector al que pertenezcan”*.⁵

Sobre las “asociaciones”, la Corte Constitucional se ha pronunciado en los siguientes términos:

“...No se puede establecer una plena identificación entre las asociaciones de profesionales y los colegios de profesionales en sí mismos considerados, porque la Constitución les da un tratamiento distinto a ambas organizaciones, como puede ser, por ejemplo, que la Constitución no exija a las asociaciones de profesionales un carácter democrático igual, al que impone a los colegios de profesionales, en relación con el acceso a ellos. En efecto, en el caso de los colegios, el acceso o vinculación de sus miembros, no requiere sino el cumplimiento de requisitos objetivos mínimos relacionados directamente con la profesión a la que pertenece la organización.

.... El artículo 103 de la Carta, es el que reconoce la existencia de las asociaciones de profesionales. Estas, son personas jurídicas de derecho privado, conformadas necesariamente por la manifestación de voluntad de sus miembros. (...)

⁵ Consejo de Estado, Sala Plena, sentencia de 6 de febrero de 1996. M.P. Doctora Miren de la Lombana de Magyaroff, exp. AC-3214.

"Por otra parte, las asociaciones, - entendidas ellas en términos genéricos -, no tienen la misma carga de los colegios profesionales en lo concerniente al acceso o vinculación de las personas en calidad de miembros, ya que de conformidad con sus estatutos pueden fijar parámetros especiales para la incorporación de las personas a ellas, sin que tal atribución pueda ser considerada inconstitucional. Las asociaciones pueden entonces, representar los intereses de todo el gremio profesional o solo de una parte de él, de conformidad con sus presupuestos internos y aspiraciones colectivas."⁶

A partir de la interpretación gramatical y las referencias jurisprudenciales, deduce la Sala que las "asociaciones de profesionales" son personas jurídicas de derecho privado conformadas por un grupo de personas que ejercen un empleo, actividad u oficio de tipo profesional, y cuyo ingreso dependerá de la manifestación de voluntad de los interesados y de las condiciones especiales que se hayan previsto, respetando eso sí los mandatos constitucionales y legales.

En cuanto a las "asociaciones gremiales", así como en los casos anteriores, no existe definición legal, pero si puede hacerse una aproximación conceptual del término "gremio" partiendo de las reglas de interpretación jurídica.

En el Diccionario Jurídico de Cabanellas⁷, se anota lo siguiente:

"Gremio.- En sentido general, conjunto de personas que ejercen la misma profesión u oficio o poseen el mismo estado social.

Gremialismo.- Doctrina y sistema que propugna la corporación profesional como órgano de defensa mutua y progreso colectivo".

Por su parte la Enciclopedia Jurídica OMEBA⁸, expresa:

" ... se entiende por gremio a la "corporación formada por los maestros, oficiales y aprendices de una misma profesión u oficio,

⁶ Corte Constitucional Sentencia C-399 de 1999.

⁷ Diccionario Enciclopédico de Derecho Usual. Guillermo Cabanellas. Tomo III. E.1

regidos por ordenanzas o estatutos especiales” y también “el conjunto de personas que tiene un mismo ejercicio, profesión o estado social”. Difiere de tal forma, el concepto de corporación del de gremio, pues la corporación es la efectivamente integrada por quienes dentro de una misma profesión o actividad ocupan las diversas categorías profesionales que la constituyen”.

“La corporación, como el gremio, la constituye la reunión de un cierto número de individuos, pero la distinción entre uno y otro está en que aquella tiene determinado carácter institucional que varía de una a otra legislación, en tanto que el gremio se concreta a la necesidad de que quienes lo componen tengan la misma profesión u oficio, de tal manera que la corporación sería el género y el gremio la especie.

De las acepciones gramaticales destacadas se puede concluir que tanto las asociaciones de profesionales como las gremiales son personas jurídicas de derecho privado sin ánimo de lucro, que como una garantía del derecho de asociación están conformadas por personas que ejercen diversas actividades u oficios (profesionales) en unos casos, o que comparten y ejercen las mismas actividades, labores u oficios (gremiales), y cuyo ingreso dependerá de los requisitos estatutarios que se haya previsto en cada caso, sin que los mismos puedan ser violatorios de las normas constitucionales o legales.

Situación de la Congregación de Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación frente al Impuesto de Industria y Comercio en el Distrito Capital, por la prestación del servicio de educación.

Establecido a este punto el alcance y requisitos de las no sujeciones previstas en el literal d) del artículo 39 de la ley 14 de 1983 y en el numeral 4° del artículo 4° del Acuerdo 21 de 1983, pasa a la Sala a determinar si la Congregación de Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación de la Santísima Virgen cumplía los requerimientos para gozar de la exoneración fiscal.

⁸ Enciclopedia Jurídica Omeba, Tomo XXIV. Editorial Driskill, 1977, página 393.

La Congregación demandante ha sostenido desde sus alegatos en vía gubernativa que es una asociación gremial o de profesionales y por tanto no sujeta al impuesto de industria y comercio.

Para la Sala no es posible considerar como una "asociación profesional", ni como "una asociación gremial" a la Congregación actora, pues en primer término está constituida como "una persona jurídica de derecho privado" y como tal tiene reconocida su personería jurídica. De otra parte, "la asociación de personas unidas por el vínculo de una profesión de fé ligada con la religión católica y los valores cristianos" que se describe en la cláusula 61 de las Constituciones de la Congregación (fl. 206, C.2), es un concepto distinto a la "profesionalidad" que inspira la disposición legal, que alude al sentido natural y obvio de la expresión, de acuerdo con el cual profesión viene a ser el empleo, facultad u oficio que una persona tiene y desempeña, mediante el cual ejerce un arte, ciencia, trabajo u ocupación, al que arriba después de una formación académica y que se acredita mediante un título de idoneidad de acuerdo con las normas fijadas por el Estado.

Se aprecia que las Hermanas Dominicanas al prestar los servicios de educación a través de varias instituciones educativas, realiza una actividad que no tiene tratamiento exceptivo, respecto del Impuesto de Industria y Comercio, cosa distinta es que de acuerdo con lo señalado por la Ley 20 de 1974, aprobatoria del Concordato y Protocolo Final entre la República de Colombia y la Santa Sede, Artículo XXIV establezca: "Los bienes de utilidad común sin ánimo de lucro, pertenecientes a la Iglesia y a las demás personas jurídicas de que trata el Artículo IV del presente Concordato, tales como los destinados a obras de culto, de educación o beneficencia se regirán en materia tributaria por las disposiciones legales establecidas para las demás instituciones de la misma naturaleza".

Ahora bien, por disposición del numeral 4° del artículo 154 del Decreto 1421 de 1993, "se consideran actividades de servicio todas las tareas, labores o trabajos ejecutados por persona natural o jurídica o por sociedad de hecho, sin que medie relación laboral con quien los contrata, que genere contraprestación en dinero o en especie y que se concreten en la obligación de hacer, sin importar que en ellos predomine el factor material o intelectual". Y de acuerdo con el varias veces citado numeral 4° del artículo 4 del Acuerdo 21 de 1983, sólo la "educación pública", dentro del campo educativo, goza de no sujeción objetiva.

Adicionalmente, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 11 de la Ley 50 de 1984, “cuando las entidades a que se refiere el artículo 39, numeral 2, literal d) de la Ley 14 de 1983 realicen actividades industriales o comerciales serán sujetos del impuesto de industria y comercio en lo relativo a tales actividades”.

Por lo anterior, la Sala concluye que la Congregación de Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación de la Santísima Virgen, para efectos del Impuesto de Industria y Comercio no es una “asociación de profesionales sin ánimo de lucro” que goza de la no sujeción subjetiva y, por ende, sobre toda actividad, en los términos contemplados en el literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983. De manera que en cuanto tiene que ver con los ingresos percibidos por concepto del “servicio de educación privada”, que según el certificado del contador público que obra a folio 278 del cuaderno de pruebas, asciende a la suma de \$ 992.563.996 se encuentra gravada con el impuesto de Industria y Comercio.

Prospera en consecuencia en este punto el recurso de apelación interpuesto por lo que en tal sentido habrá de revocarse la sentencia apelada.

No sujeción de los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud.

Otra de las actividades no sometidas al Impuesto de Industria y Comercio contempladas en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 y 4° del Acuerdo 21 de 1983 del Concejo de Bogotá, es el que tiene que ver con los hospitales adscritos o vinculados al “sistema nacional de salud”.

El sistema nacional de salud existente para la época de la expedición de la Ley 14 de 1983, fue cambiado por el “Sistema de Salud” que trajo la Ley 10 de 1990 “por la cual se reorganiza el sistema nacional de salud y se dictan otras disposiciones” en su artículo 4° al decir:

“Para efectos de la presente ley, se entiende que el sistema de salud comprende los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación: que en el intervienen diversos factores tales como los de orden biológico, ambiental, de comportamiento y de atención

propriadamente dicha, y que de él forman parte, tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, como también en lo pertinente, las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud....”.

Por su parte ,el artículo 5° de la misma Ley señaló:

“El sector salud está integrado por:

El subsector privado, conformado por todas las entidades o personas privadas que presten servicios de salud y, específicamente por:

Entidades o instituciones de seguridad social y cajas de compensación familiar en lo pertinente a la prestación de servicios de salud

*Fundaciones o instituciones de utilidad común
Corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro, y
Personas privadas naturales o jurídicas...”.*

De las normas de la Ley 10 de 1990 antes transcritas se concluye que los hospitales hacían parte del sistema de salud, así pertenecieran al sector privado incluyendo las fundaciones, corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro o de utilidad común.

Ahora bien, con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 se reorganizó nuevamente el sector salud, ahora bajo el nombre de “Sistema de Seguridad Social en Salud” en el cual, conforme al artículo 156 ib., concurren entre otros en su conformación, el Gobierno Nacional, el FOSYGA, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las instituciones prestadoras de salud (IPS).

Respecto a las Entidades Promotoras de Salud el artículo 177 de la misma Ley 100 las define hoy como “ las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de solidaridad y garantía...”.

Por otro lado las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud según el artículo 156 de la Ley 100 de 1993 son “entidades oficiales, mixtas, privadas,

comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del sistema general de seguridad social en salud, dentro de las promotoras de salud o fuera de ellas...”.

Por consiguiente, en cuanto al tema de la no sujeción prevista en el literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, en lo que se refiere a “los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud”, se puede deducir que la intención del legislador del año 1983 fue no someter al cumplimiento de ninguna de las obligaciones sustanciales ni formales relacionadas con el impuesto de industria y comercio, cuando las entidades de salud estuvieran organizados como tales.

Precisamente, en un fallo anterior de la Sala, que aquí se reitera, y que sirvió de apoyo a la decisión de instancia, al respecto se expresó:

“... Lo anterior permite concluir que, contrario a lo estimado por el Tribunal, la prestación de servicios de salud por parte de entidades privadas, tales como las asociaciones y corporaciones sin ánimo de lucro, hacen parte del sistema nacional de salud, y que, concretamente en el caso de la actora, se cumplen los presupuestos que la ley consagra para que se le reconozca su actividad de servicios de salud adscrita o vinculada al sistema nacional de salud, y concretamente en lo que hace a la autorización del Ministerio de Salud y la entidad territorial delegada.

"Así las cosas, y teniendo en cuenta que la normatividad fiscal referenciada en acápite anteriores, no hace distinción alguna cuando consagra la no sujeción del impuesto de industria y comercio para las actividad de servicios de salud hospitalaria, tratándose de entidades adscritas o vinculadas al sistema nacional de salud; estando demostrado que el subsector privado integra con el subsector oficial dicho sistema; ... Debe necesariamente concluirse que la actividad de servicios de salud desarrollada por dicha fundación, no está sujeta al impuesto de industria y comercio".⁹

Debido a que la parte demandada ha dado a entender que hay diferencia entre las expresiones “clínica” y “hospital”, la Sala considera que tales expresiones en su sentido natural y obvio vienen a ser sinónimas, toda vez que no tienen una referencia técnica ni ha sido definida especialmente por el legislador, y en cambio, los diccionarios de lenguaje usual y de expresión especializada se

⁹ Consejo de Estado, Sección Cuarta, sentencia de 2 de marzo de 2001, M.P. Doctor Juan Ángel Palacio Hincapié, exp. 10888.

refieren indistintamente a ellos como “establecimientos destinados al tratamiento de enfermos”.

Tampoco es de recibo el planteamiento hecho en la apelación según el cual por el hecho de cobrar unos costos por los servicios de salud y educación y no ser una labor de beneficencia, se configura el ánimo de lucro, puesto que tal como lo señala el artículo 98 del Código de Comercio, aplicable a las sociedades civiles por mandato del artículo 100 del mismo código, el ánimo de lucro se relaciona con la posibilidad de los socios de “repartirse entre sí las utilidades obtenidas en la empresa o actividad social”. No prospera en este aspecto la apelación.

Como consecuencia de todo lo anterior, la Sala procede a modificar la liquidación oficial del Impuesto de Industria y Comercio, Avisos y Tableros, de la Congregación de las Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación de la Santísima Virgen correspondiente al Cuarto Bimestre de 1996, excluyendo de la base los ingresos provenientes del servicio de salud, que no son materia imponible del impuesto y se reliquida la sanción por inexactitud, quedando por tanto como sigue:

-Total ingresos del período

Según liquidación oficial de revisión	\$ 3.504.987.000
Menos: Devoluciones, rebajas y descuentos	0
Menos: Total ingresos fuera del D.C.	152.506.000
Menos: Deducciones, exenciones y actividades No sujetas (Actividad no sujeta: ingresos por servicio de salud que se aceptan)	2.512.423.000
Ingresos netos gravables	840.058.000
Impuesto de industria y comercio (Tarifa 7 por mil-actividad de servicios)	5.881.000
Más: Impuesto de avisos y tableros (15%)	882.000

Total impuesto a cargo	6.763.000
Menos: Retenciones practicadas	2.133.000
Más: Sanciones (inexactitud) *	10.392.000
TOTAL SALDO A CARGO	26.051.000

-Base de la sanción por inexactitud:

Total saldo a cargo determinado:	\$ 8.896.000
Menos: total saldo a cargo en liquidación privada	2.401.000
Mayor valor a pagar	6.495.000
Sanción por inexactitud (160%)	10.392.000

Los anteriores razonamientos dan mérito a la Sala para acceder a la petición de la alzada y revocar la sentencia apelada, para en su lugar decretar la nulidad sólo parcial de los actos acusados.

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

F A L L A

1. REVÓCASE la sentencia apelada. En su lugar, se dispone:

2. DECLARASE la nulidad parcial de la Liquidación Oficial de Revisión No. 061 del 9 de septiembre de 1999 y la Resolución No. 129 del 22 de junio de 2000 por medio de las cuales la Dirección de Impuestos Distritales de Bogotá determinó el Impuesto de Industria y Comercio, Avisos y Tableros, por el Cuarto Bimestre de 1996 a cargo de la Congregación de las Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación de la Santísima Virgen en cuanto a la imposición del gravamen sobre los ingresos provenientes de la prestación del servicio de salud.

3. En consecuencia de lo anterior y de conformidad con la liquidación inserta en la parte motiva de esta providencia, fijase como total a cargo de la demandante, por concepto de Impuesto de Industria y Comercio, Avisos y Tableros por el Cuarto Bimestre de 1996, la suma de VEINTISÉIS MILLONES CINCUENTA Y UN MIL PESOS. (\$26'051.000.00). moneda corriente.

Cópiese, notifíquese, devuélvase al Tribunal de origen. Cúmplase.

La anterior providencia fue considerada y aprobada en la sesión de la fecha.

MARIA INÉS ORTÍZ BARBOSA
Presidente de la Sección

ELIZABETH WHITTINGHAM GARCÍA

LIGIA LÓPEZ DÍAZ

JUAN ÁNGEL PALACIO HINCAPIÉ

RAÚL GIRALDO LONDOÑO
Secretario

**Consejo de Estado: Sentencia 15060
del 6 de octubre de 2005 C.P. Ligia
López**

NORMA INTERPRETATIVA - No puede agregarle a la norma interpretada un contenido que no esté dentro de su ámbito material / LEY INTERPRETATIVA - Fija el sentido de un precepto concreto, sin crear una nueva disposición / HOSPITALES ADSCRITOS O VINCULADOS AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD - La prohibición de ser gravados con Industria y Comercio no fue modificado por el artículo 93 de la Ley 633 de 2000 / ACTIVIDAD NO SUJETA AL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO - Lo es la desarrollada por las entidades de salud aún después de la Ley 633 de 2000 / SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - Las entidades que lo integran no están sometidos al impuesto de industria y comercio

Teniendo en cuenta la naturaleza interpretativa del artículo 93 de la Ley 633 de 2000, no puede entenderse que ésta modificó la norma interpretada, pues tal como lo ha precisado la jurisprudencia constitucional, una norma legal interpretativa no puede agregarle a la norma interpretada un contenido que no esté comprendido dentro de su ámbito material, pues de lo que se trata es de señalar, entre diferentes posibilidades hermenéuticas, aquella que refleja el significado que el legislador quería darle a la norma previamente expedida por el mismo. La ley que interpreta a otra anterior, fija el sentido de un precepto concreto, sin crear una nueva disposición. Significa que la prohibición contenida en el literal d) numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, de gravar con el impuesto de industria y comercio a los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud (norma interpretada), no se entiende modificada con la expedición de la Ley 633 de 2000, artículo 93 (norma interpretativa), como se indica en los conceptos demandados, por cuanto dada la naturaleza jurídica de la disposición prevista en el artículo 93, constituye un elemento hermenéutico y no sustancial, toda vez que no puede modificar el contenido de la norma interpretada, limitándose a darle alcance al espíritu del legislador. En tal sentido, los actos acusados resultan violatorios de la norma superior objeto de la interpretación oficial, al considerar que para efectos de la definición de los ingresos excluidos del impuesto de industria y comercio, tratándose de entidades que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, debía atenderse sólo al tenor literal del artículo 93 de la Ley 633 de 2000.

FUENTE FORMAL: LEY 633 DE 2000 ARTÍCULO 93

SENTENCIA DE INEXEQUIBILIDAD - Sus efectos no podían ser retroactivos en el caso de la Sentencia C-242 de 2000 / EFECTOS RETROACTIVOS DE SENTENCIA DE INEXEQUIBILIDAD - En materia tributaria solamente se otorga en casos excepcionales cuando se afectan situaciones consolidadas / AUTONOMIA TRIBUTARIA DE LOS MUNICIPIOS - Se afectaría al tener que reintegrar tributos de un fallo retroactivo de la Corte

En cuanto a los efectos del fallo de inexecuibilidad, debe atenderse a lo precisado por la Corte en la misma sentencia C-245 de 2002, que al respecto expresó: "...otorgarle efectos retroactivos a la declaración de inexecuibilidad de las expresiones que referían la naturaleza interpretativa de los artículos acusados afectaría gravemente otros derechos y principios constitucionales. Quien se encontraba en algunas de las hipótesis señaladas por los artículos acusados tendría, por gracia de los efectos retroactivos de la decisión de la Corte, derecho a pedir el reembolso de lo pagado, circunstancia que no sólo ha sido ordenada por la Corte en casos excepcionales de perjuicio al contribuyente surgidas de manera sorpresiva, desconociendo situaciones consolidadas, sino que se convertiría en una abierta intromisión aun más gravosa en la autonomía de los municipios, pues se tendría que ordenar el reintegro de una serie de sumas que entraron a formar

parte de los fiscos locales como resultado de una norma nacional que se presumía constitucional. De otra parte, todos aquellos que dejaron de pagar el impuesto amparados por la existencia de una prohibición contenida en una norma interpretativa que es declarada inexecutable, tendrían que cancelar las sumas que dejaron de pagar, con las consecuencias que ello tendría en los montos de los recursos disponibles para la prestación de los servicios de salud, de educación y de las funciones...Por estas razones, la presente sentencia no le restará a las normas demandadas el efecto retroactivo que éstas tenían en virtud de haberse calificado a si mismas como disposiciones interpretativas.”

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - El previsto en la Ley 100 de 1993 no afectó la no sujeción subjetiva en cuanto a las entidades de salud / HOSPITALES Y O CLINICAS - Siguen sin estar sometidos al impuesto de industria y comercio / ENTIDADES DE SALUD FRENTE AL ICA - No están sometidos al impuesto en cuanto a los ingresos por la prestación del servicio público de salud / ACTIVIDAD DE PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD - Lo previsto por la Ley 10 de 1990 no fue derogado por la Ley 100 de 1993 / INGRESOS DE ENTIDADES DE SALUD - Son gravados con ICA los provenientes de actividades industriales y comerciales

El criterio expuesto, que se reitera en esta oportunidad, reconoce la vigencia del artículo 5 de la Ley 10 de 1990, en consideración a que, tal como lo precisara la Sala en la sentencia de 22 de abril de 2004, Exp.13224 M. P. German Ayala Mantilla, el Sistema de Seguridad Social en Salud que desarrolló la Ley 100 de 1993 en nada afecta la no sujeción subjetiva del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, si se tiene en cuenta el criterio teleológico de la norma en virtud del cual se concluye: “que la intención del legislador del año 1983 fue no someter al cumplimiento de ninguna de las obligaciones sustanciales ni formales relacionadas con el impuesto de industria y comercio, cuando las entidades de salud estuvieran organizadas como clínica u hospitales y se ocupan de un servicio público de salud”. Además, porque el concepto “Sistema de Salud”, que define el artículo 4 de la Ley 10 de 1990, y que luego fue cambiado por el “Sistema de Seguridad Social en Salud” en el artículo 155 de la Ley 100 de 1993, debe ser apreciado en su alcance bajo las consideraciones existentes en la Ley 14 de 1983, compilada en el Decreto Extraordinario 1333 de 1986, que es la fuente normativa remota de la cual surge el beneficio fiscal para las entidades públicas o privadas del sector salud. Resulta entonces inadmisibles considerar que en virtud de la expedición de la citada Ley 100, se haya presentado una derogatoria tácita del artículo 5 de la Ley 10 de 1990, que haría inaplicable la no sujeción al gravamen de que consagra el numeral 2 literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, para “los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud”, como lo sostiene la administración distrital. De otra parte, la vigencia de la no sujeción a que se refiere el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, es ratificada a nivel distrital con la expedición del Decreto 400 de 1999, “que compila las normas sustanciales vigentes de los tributos distritales”, al incluir en su artículo 35, literal g), como no sujetos al impuesto de industria y comercio “los servicios prestados por los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud”; y posteriormente con el Decreto 352 de 2002 por el cual “se compila y actualiza la normativa sustantiva tributaria vigente”, que señala en su artículo 39 literal c), como actividad no sujeta al impuesto “los servicios prestados por los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud”. Las precedentes consideraciones permiten concluir la ilegalidad de los conceptos demandados, por lo que procede la confirmación de la sentencia apelada. Se aclara en la sentencia, en el sentido de precisar que todos los recursos que perciban las

clínicas y hospitales destinados al servicio público de salud, no serán susceptibles de ser gravados con el impuesto de Industria y Comercio, en virtud de lo previsto en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983; sin embargo, por disposición del artículo 11 de la Ley 50 de 1984, están sujetos al impuesto, los recursos provenientes de actividades industriales y comerciales, que no son propias de las entidades hospitalarias.

FUENTE FORMAL: LEY 10 DE 1990 ARTÍCULO 5; LEY 14 DE 1983 ARTÍCULO 39; DE LA LEY 100 DE 1993 ARTÍCULO 155; LEY 50 DE 1984 ARTÍCULO 11

NORMA DEMANDADA: CONCEPTOS 919 DE 2001 Y 924 DE 2001 (DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DISTRITALES)

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCION CUARTA

Consejera ponente: LIGIA LOPEZ DIAZ

Bogotá, D.C., seis (6) de octubre de dos mil cinco (2005)

Radicación número: 25000-23-27-000-2002-01509-01(15060)

Actor: CATALINA HOYOS JIMENEZ Y JUAN PABLO GODOY FAJARDO

Demandado: DISTRITO CAPITAL DE BOGOTA

FALLO

Se decide el recurso de apelación interpuesto por la Dirección de Impuestos Distritales, contra la sentencia de 19 de agosto de 2004 del Tribunal Administrativo de Cundinamarca, que decidió sobre la acción de nulidad inocada contra los Conceptos 919 y 924 de 23 de julio y 1 de agosto de 2001.

ANTECEDENTES

Los ciudadanos CATALINA HOYOS JIMÉNEZ y JUAN PABLO GODOY FAJARDO, en ejercicio de la acción prevista en el artículo 84 del Código Contencioso Administrativo, solicitaron ante el Tribunal Administrativo de Cundinamarca la nulidad de los Conceptos 919 y 924 de 23 de julio y 1 de agosto de 2001, respectivamente, expedidos por la Dirección de Impuestos Distritales, en

los cuales se analizó el tema del impuesto de industria y comercio respecto de las entidades autorizadas para funcionar como EPS*.

Las razones de ilegalidad expuestas en la demanda se resumen así:

La disposición prevista en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 se encuentra reproducida en los artículos 4 del Acuerdo 21 de 1983 y 35 del Decreto 400 de 1999. El Decreto 352 de 2002, por el cual se compilaron y actualizaron las normas sustantivas tributarias vigentes, reconoce la vigencia de la exclusión del impuesto de industria y comercio prevista en el artículo 39 de la citada Ley 14.

Para establecer cuáles son los hospitales cobijados por la exclusión, los artículos 4 y 5 de la Ley 10 de 1990 definen el sistema de salud y su integración.

De las normas referidas se puede concluir que las entidades hospitalarias que prestan servicios de salud, tengan naturaleza pública, privada o mixta, pertenezcan al sistema de seguridad social o no, están excluidas del impuesto de industria y comercio, en cuanto a los ingresos percibidos por la prestación del servicio, hecho que fue reconocido por el Consejo de Estado en la sentencia de 2 de marzo de 2001, Exp. 10888 M. P. Juan Ángel Palacio Hincapié.

Los artículos 4 y 5 de la Ley 10 de 1990, por medio de los cuales se define lo que debe entenderse por Sistema Nacional de Salud y las entidades que lo conforman, no pueden considerarse derogados por el artículo 155 de la Ley 100 de 1993, que hace una enumeración de las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, porque los dos sistemas son diferentes y la derogatoria presupone la existencia de identidad entre las normas derogante y derogada, frente a una misma materia.

* Ver el texto en las páginas 11 a 13 de esta sentencia.

El servicio público de salud consagrado en el artículo 49 de la Constitución es desarrollado por las Leyes 10 de 1990 y 60 de 1993, mientras que el servicio público de seguridad social a que alude el artículo 48 de la Constitución, encuentra desarrollo en las Leyes 100 de 1993 y 516 de 1999. De ahí que en la actualidad, los hospitales privados y públicos, forman parte del Sistema Nacional de Salud, en cuanto entidades que prestan un servicio público vigilado y regulado por el Estado.

El artículo 93 de la Ley 633 de 2000 no modificó la exclusión del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, ni puede considerarse una norma interpretativa de dicha disposición, como lo expresó la Corte Constitucional, al declarar en la sentencia C-245 de 2002 su inexecutable. Por ello, cuando la Dirección de Impuestos desconoce el contenido original de la Ley 14, con el pretexto de la entrada en vigencia de la Ley 633, ignora los efectos propios de la interpretación con autoridad, porque el efecto propio de una norma interpretativa nunca radica en la derogatoria o modificación de la norma interpretada, y porque no puede dejarse de lado el principio de irretroactividad de las normas tributarias, si se aceptara que la Ley 633 tuvo efecto modificadorio sobre la Ley 14.

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

La Secretaría de Hacienda Distrital se opuso a las pretensiones de la demanda, y al efecto expuso:

La Ley 10 de 1990 derogó expresamente el Decreto 356 de 1975, por el cual se estableció la vinculación de los hospitales y entidades prestadores de servicios de salud y en su lugar creó un nuevo marco legal, en donde existe un “sector salud” integrado por dos subsectores; el oficial y el privado que concurren, pero de los cuales no se puede predicar que se encuentren adscritos o vinculados. Es decir que a partir de la vigencia de la Ley 10 de 1990, la no sujeción se hizo inaplicable.

La Ley 100 de 1993, por contener disposiciones en materia de salud, de manera específica e irreconciliable con las contenidas en la Ley 10 de 1990, derogó esta última en su totalidad. En la nueva organización del sistema de salud existe un solo “sector salud”, integrado por dos subsectores, uno oficial y uno privado, sin que de los primeros pueda predicarse la adscripción o vinculación al sistema, razón por la cual no puede aceptarse la tesis de la sentencia de 2 de marzo de 2001 del Consejo de Estado.

En virtud de la Ley 14 de 1983, en concordancia con el Decreto Ley 205 de 2003 y el Acuerdo 65 de 2002 y Decreto 1421 de 1993, no son sujetos del impuesto de industria y comercio las siguientes Instituciones Prestadoras de Salud:

- a) Las IPS adscritas o vinculadas al Sistema Nacional de Salud en las que medie control de tutela por parte del Estado.

- b) Las Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital
- c) Los hospitales de propiedad de la Nación que gozaban de exención con anterioridad al 1 de enero de 1994.

En cuanto a las EPS y las ARS que prestan servicios dentro de la jurisdicción del Distrito Capital, son sujetos pasivos del impuesto de industria y comercio, por no encontrarse dentro de las categorías de exentas o no sujetas al tributo.

LA SENTENCIA APELADA

El Tribunal Administrativo de Cundinamarca declaró la nulidad de los conceptos acusados, con fundamento en las siguientes consideraciones:

El numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, estableció la no sujeción o excepción como sujeto pasivo del impuesto de industria y comercio de los hospitales adscritos al Sistema Nacional de Salud, reiterado a nivel distrital en el literal d) del artículo 35 del Decreto 400 de 1999 y numeral 4 del artículo 4 del Acuerdo 21 de 1983.

Sobre el tema ha dicho la jurisprudencia que los términos “clínica” y “hospital”, para estos efectos son sinónimos, dado que el legislador no le dio una connotación diferente; que tanto el sector privado como el público hacen parte del sistema de salud definido en el artículo 4 de la Ley 10 de 1990; y que la reorganización del sistema de salud bajo el nombre de “Sistema de Seguridad Social en Salud”, que desarrolló la Ley 100 de 1993, en nada afectó la no sujeción de la Ley 14 de 1983, en consideración al espíritu que animó al legislador de 1983¹.

Tal como lo ha reconocido la jurisprudencia constitucional en las sentencias C-577 de 1995, C-655 de 2003, que estudió la constitucionalidad del artículo 20 de la Ley 789 de 2002, y C-1040 de 2003, que afirmó no avalar lo previsto en el artículo 111 de la Ley 788 de 2002, los recursos destinados a la Seguridad Social en Salud no pueden tener una destinación distinta de la que les ha consagrado la propia Constitución, no siendo por tanto, susceptibles de gravamen alguno

¹ Sentencia de 22 de abril de 2004, Exp. 13224 M. P. German Ayala Mantilla

La no sujeción de que se trata, es un aspecto reconocido por la misma entidad territorial, al expedir el Decreto 352 de 2002, que compiló la normatividad tributaria vigente. Por lo que no puede el concepto acusado ir en contra de normas de superior jerarquía.

Los ingresos que por otros conceptos se obtengan son gravados con el impuesto de industria y comercio, por cuanto la finalidad del literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 fue la de no gravar los ingresos dirigidos a la prestación del servicio público de salud, como lo precisó la Corte Constitucional en la sentencia SU-480 de 1997.

Significa que las cotizaciones que hacen los usuarios del sistema de salud, al igual que las bonificaciones y similares, son dineros públicos que las EPS y el Fondo de Solidaridad y Garantías administran, sin que se confundan con el patrimonio de las EPS, ni con el presupuesto nacional o territorial.

“El artículo 39 de la Ley 14 de 1983 se debe interpretar en el sentido de que las clínicas y hospitales que reciban recursos del Estado no están obligados a pagar el impuesto de industria y comercio por los ingresos que reciban por este concepto para cumplir con el servicio público de salud. De manera que los ingresos que obtengan por otros conceptos son susceptibles de ser gravados con dicho impuesto”.

APELACIÓN

La Secretaría de Hacienda Distrital interpone recurso de apelación con el fin de que se revoque la sentencia de primera instancia y en su lugar se nieguen las pretensiones de la demanda.

Fundamentos de la apelación:

Conforme la jurisprudencia, “los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud son rentas parafiscales porque son contribuciones que tienen como sujeto pasivo un sector específico de la población y se destinan para su beneficio, y conforme al principio de solidaridad, se establecen para aumentar la cobertura en la prestación del servicio de salud”.

Sobre los recursos que pueden ser objeto de gravamen, la Corte Constitucional concluye que si bien las UPC no pueden ser objeto de ninguna imposición fiscal, hay una ganancia que deben obtener las EPS por la actividad que realizan, y manifestó que sólo pueden ser objeto de gravamen los recursos que las EPS y las IPS captan por concepto de “primas de aseguramiento o planes complementarios por fuera de lo previsto en el POS y todos los demás que excedan de los recursos exclusivos para la prestación del POS². Por tanto, sólo habría lugar a aplicar el impuesto sobre la actividad comercial y de servicios de las EPS que comprometan recursos que excedan los destinados exclusivamente para la prestación del POS, pues son ingresos propios, sobre los cuales puede recaer el gravamen.

También precisa la Corte que las EPS y las ARS sólo tienen como recursos excluidos los de la UPC porque todos están destinados obligatoriamente a los servicios de salud y son de carácter parafiscal, pero sí pueden ser gravados los recursos que captan por pagar como los no operacionales, ingresos financieros y los demás que excedan los recursos captados por la prestación del POS.

La Administración Distrital mantiene la posición referida en el Concepto 977 de 10 de abril de 1993, sobre la aplicación del artículo 39 literal f) de la Ley 14 de 1983 respecto a las IPS, donde se concluyó que la exención o no sujeción sólo cobija algunas Instituciones Prestadoras de Salud de carácter público, y que las que no tienen tal carácter son sujetos pasivos del impuesto de industria y comercio, las que tienen una exclusión parcial de la base gravable, en cuanto se refiere a los recursos destinados al POS. Respecto a los ingresos de las IPS no provenientes de los Planes Obligatorios de Salud -POS-, se refirió el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en concepto de 24 de febrero de 2004.

Los recursos que se encuentran excluidos del gravamen del ICA por aplicación del artículo 48 constitucional, para las EPS, son la totalidad de los ingresos que conforman la UPC, por ser de carácter parafiscal, y para las IPS, los ingresos obtenidos por actividades comerciales o de servicios que comprometan los recursos del POS, por tratarse de rentas parafiscales.

En razón a que la Corte Constitucional no señaló los efectos del fallo de inconstitucionalidad del artículo 111 de la Ley 788 de 2000, la actuación

² Sentencia C-1040 de 2004 M. P. Manuel José Cepeda Espinosa

fiscalizadora a los sujetos pasivos del impuesto, por la actividad comercial o de servicios dentro del sistema de salud, desde la entrada en vigencia de la citada ley, hasta la fecha de ejecutoria de la sentencia, es válida y no habrá lugar a corrección de las declaraciones tributarias, ni a solicitar las sumas canceladas por concepto de impuesto, intereses o sanciones, con base en el citado fallo.

Frente a la declaratoria de inexecutable opera el decaimiento del acto administrativo, luego las actuaciones que nacieron a la vida jurídica en vigencia del citado artículo 111, son válidas y no hay lugar a su revocación, como tampoco a invalidar las declaraciones tributarias, ni los pagos efectuados por los contribuyentes. Lo que sería improcedente es que luego de proferida la sentencia de inconstitucionalidad, la Administración expidiera un acto citando como sustento el artículo 111.

El artículo 111 de la Ley 788 de 2002 contraría abiertamente el artículo 48 de la Constitución, al gravar los recursos del POS y en consecuencia es aplicable la excepción de inconstitucionalidad prevista en el artículo 4 de la Carta, para que el Distrito Capital no expida actos administrativos con fundamento en la norma declarada inexecutable.

El Decreto 271 de 2002 ordenó en su artículo 13 que los recursos de la UPC – Unidad de Pago por Capitación- no serían sujetos a retención en la fuente, no porque se hubieran excluido del impuesto de industria y comercio, sino con el fin de no obstaculizar el procedimiento de recaudo anticipado del impuesto. Sin embargo para que no les fuera practicada la retención, era necesario que esas entidades informaran a los agentes de retención sobre tal hecho, so pena de hacerse acreedoras al mecanismo de retención a la tarifa máxima conforme el artículo 11 del Acuerdo 65 de 2002.

Respecto de la IPS y toda vez que los efectos de la sentencia de la Corte sólo son a futuro, los pagos efectuados en aplicación del artículo 111 de la Ley 788 de 2002, no pueden ser objeto de corrección, ni devolución y serán válidos los denuncios fiscales, los pagos y las retenciones practicadas en vigencia del referido artículo.

ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

Los *accionantes* reiteran los fundamentos de la demanda.

Sobre los argumentos de la apelación advierten que éstos se apartan del objeto de controversia, al plantear una nueva discusión acerca de si las EPS y las IPS, se encuentran cobijadas por el literal d) numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, así como los efectos de la declaratoria de inexecutable del artículo 111 de la Ley 788 de 2002, que en realidad no interesan al presente proceso.

El *Distrito Capital* se remite a lo expuesto en sus distintas intervenciones en el proceso.

MINISTERIO PÚBLICO

Se pronuncia en favor de la confirmación de la sentencia apelada, en los siguientes términos:

De los antecedentes normativos de la exención del impuesto de industria y comercio, para los establecimientos integradores del Sistema Nacional de Salud, se concluye que son actividades no sujetas al impuesto, aquellas relacionadas con los servicios de salud, prestados a través de entidades hospitalarias adscritas o vinculadas al Sistema Nacional de Salud, entendiéndose que a dicho sistema pertenecían todas las entidades que según el Decreto 356 de 1975, integraban el sistema.

Con la Ley 10 de 1990 se reorganizó el Sistema Nacional de Salud, la cual no implicó la exclusión de las entidades de derecho privado prestadoras de los servicios de salud, como lo afirma la Administración en sus conceptos, sino que por el contrario tales entidades fueron incluidas expresamente en la nueva ley, artículos 4 y 5.

La comparación de los fines y objetivos perseguidos por la Ley 10 de 1990 y la Ley 100 de 1993, permiten concluir que gobiernan dos servicios públicos diferentes. La primera se encarga de definir el servicio público de la salud y organizar su debida prestación; mientras que la segunda precisa la noción de “servicio público de seguridad social,” dentro del cual ha de entenderse inmerso el servicio público de seguridad social en salud. Cada servicio presenta sus propias características, razón suficiente para afirmar la imposibilidad de que la Ley 100 de 1993 hubiera derogado la Ley 10 de 1990.

En consideración a los argumentos expuestos en la sentencia C-877 de 2000 que declaró inexecutable el artículo 93 de la Ley 633 de 2000, es preciso concluir que con la entrada en vigencia de dicha ley, el artículo 39 literal d) numeral 2 de la Ley 14 de 1983, no fue modificado ni derogado, simplemente el artículo 93 entró a hacer parte del ordenamiento jurídico para complementar nuevas situaciones y sujetos respecto de los cuales se predicaría la no sujeción al impuesto de industria y comercio.

No se encuentran argumentos sólidos en el recurso de apelación, que permitan enervar las pretensiones de la demanda, ni las precisiones que hizo el juzgador en primera instancia, por lo que se estima oportuno anular los conceptos 919 y 924 de 2001, objeto de la demanda.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

Se controvierte la legalidad de los Conceptos 919 de 2001 y 924 del mismo año, en virtud de los cuales la Dirección de Impuestos Distritales, en relación con el tema del impuesto de industria y comercio sobre los ingresos de las entidades del Sistema General de seguridad Social en Salud, sentó el siguiente criterio:

Concepto 919 de 23 de julio de 2001

“La sentencia 10888 del Consejo de Estado para concluir como excluidas del impuesto de industria y comercio unas entidades se basa en disposiciones legales que fueron modificadas por la Ley 633 de 2000, o que en este momento están derogadas..”

“...el numeral segundo del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, fue objeto de una interpretación sistemática y con autoridad que modificó el texto de la norma dejándolo tal como lo indica el artículo 93 de la Ley 633 de 2000.

“Es esta misma razón, la que determina que no apliquemos la sentencia del Consejo de Estado, y contrario a lo dicho por el Consejo de Estado en la ya mencionada sentencia del 2 de marzo de 2001, el artículo 5 de la Ley 10 de 1990, en lo que tiene que ver con la definición de las entidades que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, no está vigente, ya que fue derogado tácitamente por el artículo 155 de la Ley 100 de 1993, al definir las

entidades que integran este Sistema General de Seguridad Social en Salud.

“Entonces, si en este momento damos cumplimiento al artículo 93 de la Ley 633 de 2000, vigente, que interpreta con autoridad la aplicación del numeral segundo del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, podemos definir qué ingresos de las entidades del Sistema de Seguridad Social están excluidos, y por contraposición los gravados, así:

INGRESOS EXCLUIDOS

Los ingresos de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que se encuentran excluidos del impuesto de industria y comercio, de conformidad con el artículo 93 de la Ley 633 de 2000, son:

- Los percibidos por concepto de Unidades de Pago por Capitación UPC, en el porcentaje destinado obligatoriamente a la prestación de servicios de salud;
- Los ingresos de las cotizaciones;
- Otros ingresos que destinen para el pago de las prestaciones económicas

INGRESOS GRAVADOS

Los demás ingresos propios de estas entidades producto de la realización de actividades gravadas.

Lo anterior es concordante con lo establecido en el artículo 11 de la Ley 50 de 1984, que establece que “cuando las entidades señaladas en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 realicen actividades industriales y comerciales serán sujetos del impuesto en lo relativo a tales actividades.”

“Con el mismo criterio, deben entenderse gravados los ingresos producto de todas aquellas actividades realizadas por dichas entidades que no tengan como finalidad la prestación de servicios de salud o el pago de prestaciones económicas que no tengan como finalidad la prestación de servicios de salud o el pago de prestaciones económicas o los que se perciban por cotizaciones.”

Concepto 924 de 1 de agosto de 2001

En este concepto se fijan los alcances del fallo contenido en la sentencia de 2 de marzo de 2001 proferida en el proceso 10888, se reiteran las conclusiones anotadas en el concepto anterior, y se concluye:

“...no puede darse aplicación al fallo emitido por el Honorable Consejo de Estado por las razones expuestas anteriormente en concordancia con lo explicado en el concepto jurídico 919 del pasado 23 de julio del presente año, una vez más reiteramos que no puede darse aplicación al fallo en estudio; por otro lado, no está por demás recordar que,

derogado por la Ley 10 de 1990, el Decreto 356 de 1975 que establecía el régimen de adscripción o vinculación de las entidades que prestan servicios de salud, situación ésta que no fue revivida por la ley 100 de 1993, actualmente vigente, no puede aplicarse la no sujeción a este impuesto contemplada en la sentencia mencionada.

“Adicionalmente tal y como se explicó en el Concepto 919 no es posible dar aplicación a la sentencia referida, porque si bien es cierto el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 prohibió a los municipios gravar con el impuesto de industria y comercio a los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud, tal como se lee de la transcripción del numeral 2 del artículo 39:...”

No lo es menos que, la prohibición contenida en el literal d) del artículo mencionado, respecto de los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud, fue modificada por con ocasión a la expedición de la Ley 633 de 2000, la cual en su artículo 93 refiriéndose a los ingresos que percibirían las entidades del Sistema Nacional de Salud, determinó que no estarían gravados con el impuesto de industria y comercio, los recursos percibidos por las entidades de salud, en el porcentaje de la UPC Unidad de Pago por Capitación destinados a la prestación de este servicio y lo recibido por concepto de cotizaciones y de prestaciones económicas.”

De acuerdo con lo expuesto en los referidos conceptos, para la administración distrital, el numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 fue modificado por el artículo 93 de la Ley 633 de 2000, y en consecuencia, si bien es cierto que el artículo 39 numeral 2, literal d) de la Ley 14 “*prohibió a los municipios gravar con el impuesto de industria y comercio a los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud*”, tal prohibición se entiende modificada con la expedición de la Ley 633. Por ello, y porque considera que el artículo 5 de la Ley 10 de 1990 fue derogado por el artículo 155 de la Ley 100 de 1993, concluye que para el momento en que se expiden los citados conceptos, es el artículo 93 de la Ley 633 de 2000, el que permite definir “*qué ingresos de las entidades que integran el Sistema de Seguridad Social en Salud*” se encuentran excluidos del impuesto de industria y comercio.

Dispone en lo pertinente el artículo 39 de la Ley 14 de 1983:

“No obstante lo dispuesto en el artículo anterior, continuarán vigentes:

(...)

2. Las prohibiciones que consagra la Ley 26 de 1904; además, subsisten para los departamentos y Municipios las siguientes prohibiciones:

(...)

d). La de gravar con el impuesto de industria y comercio, los establecimientos educativos públicos, las entidades de beneficencia, las culturales y deportivas, los sindicatos, las asociaciones de profesionales y gremiales sin ánimo de lucro, los partidos políticos y los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud.”

A su vez el artículo 11 de la Ley 50 de 1984, establece:

“Cuando las entidades a que se refiere el artículo 39 numeral 2, literal d) de la Ley 14 de 1983, realicen actividades industriales o comerciales serán sujetos del impuesto de industria y comercio en lo relativo a tales actividades”.

Con la expedición de la Ley 633 de 2000, el legislador decide interpretar con autoridad el contenido del 39 de la Ley 14 de 1983, y con tal propósito dispone:

“Artículo 93. Interpretase con autoridad el texto del literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, en el sentido que se entiende incorporada en dicha norma la prohibición de gravar con el impuesto de industria y comercio ...los recursos de las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación- UPC, destinado obligatoriamente a la prestación de los servicios de salud, los ingresos provenientes de las cotizaciones y los ingresos destinados al pago de las prestaciones económicas, conforme a lo previsto en el artículo 48 de la Constitución Política”.

Teniendo en cuenta la naturaleza interpretativa de la norma transcrita, no puede entenderse que ésta modificó la norma interpretada, pues tal como lo ha precisado la jurisprudencia constitucional, una norma legal interpretativa no puede agregarle a la norma interpretada un contenido que no esté comprendido dentro de su ámbito material, pues de lo que se trata es de señalar, entre diferentes posibilidades hermenéuticas, aquella que refleja el significado que el legislador quería darle a la norma previamente expedida por el mismo. La ley que interpreta a otra anterior, fija el sentido de un precepto concreto, sin crear una nueva disposición³.

Significa que la prohibición contenida en el literal d) numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, de gravar con el impuesto de industria y comercio a los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud (norma interpretada), no se entiende modificada con la expedición de la Ley 633 de

2000, artículo 93 (norma interpretativa), como se indica en los conceptos demandados, por cuanto dada la naturaleza jurídica de la disposición prevista en el artículo 93, constituye un elemento hermenéutico y no sustancial, toda vez que no puede modificar el contenido de la norma interpretada, limitándose a darle alcance al espíritu del legislador.

En tal sentido, los actos acusados resultan violatorios de la norma superior objeto de la interpretación oficial, al considerar que para efectos de la definición de los ingresos excluidos del impuesto de industria y comercio, tratándose de entidades que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, debía atenderse sólo al tenor literal del artículo 93 de la Ley 633 de 2000.

La Corte Constitucional mediante sentencia C-245 del 9 de abril de 2002, declaró inexecutable el artículo 93 de la Ley 633 de 2000, por considerar que en virtud de su naturaleza de norma interpretativa, no podía modificar la norma interpretada, como en efecto lo hizo. Es así como concluyó:

“...hay una diferencia sustancial entre la norma interpretada y la interpretativa, puesto que mientras el eje normativo que identifica a la primera giraba alrededor de la definición de sujetos específicos, el artículo 93 de la Ley 633 de 2000 incluye dentro del campo de cobertura de tal prohibición a actividades y recursos que tampoco serán gravados por dicho concepto y adiciona nuevos sujetos obligados a pagar el gravamen.”

Ahora bien, el hecho de que los conceptos 919 y 924 hayan sido expedidos el 23 de julio y el 1 de agosto de 2001, esto es antes de la declaratoria de inexecutable del artículo 93 de la Ley 633 de 2000 – 9 de abril de 2002-, no hace viable la posición oficial plasmada en los citados conceptos, por cuanto como quedó expuesto, la administración desconoce la naturaleza de la norma legal interpretativa y actúa bajo el supuesto errado de que el artículo 93 modificó la norma interpretada y constituye el único precepto legal vigente al momento de la expedición de tales conceptos y desconoce el principio de la jerarquía de las normas, donde la ley prima sobre los conceptos de la Administración.

En cuanto a los efectos del fallo de inexecutable, debe atenderse a lo precisado por la Corte en la misma sentencia C-245 de 2002, que al respecto expresó:

³ Sentencias C-270 de 1993 M. P. José Gregorio Hernández y C- 877 de 2000 M. P. Antonio Barrera Carbonell

“...otorgarle efectos retroactivos a la declaración de inexecutable de las expresiones que referían la naturaleza interpretativa de los artículos acusados afectaría gravemente otros derechos y principios constitucionales. Quien se encontraba en algunas de las hipótesis señaladas por los artículos acusados tendría, por gracia de los efectos retroactivos de la decisión de la Corte, derecho a pedir el reembolso de lo pagado, circunstancia que no sólo ha sido ordenada por la Corte en casos excepcionales de perjuicio al contribuyente surgidas de manera sorpresiva, desconociendo situaciones consolidadas, sino que se convertiría en una abierta intromisión aun más gravosa en la autonomía de los municipios, pues se tendría que ordenar el reintegro de una serie de sumas que entraron a formar parte de los fiscos locales como resultado de una norma nacional que se presumía constitucional.

“De otra parte, todos aquellos que dejaron de pagar el impuesto amparados por la existencia de una prohibición contenida en una norma interpretativa que es declarada inexecutable, tendrían que cancelar las sumas que dejaron de pagar, con las consecuencias que ello tendría en los montos de los recursos disponibles para la prestación de los servicios de salud, de educación y de las funciones...”

“Por estas razones, la presente sentencia no le restará a las normas demandadas el efecto retroactivo que éstas tenían en virtud de haberse calificado a sí mismas como disposiciones interpretativas.”

Respecto de la derogatoria del artículo 5 de la Ley 10 de 1990, por el artículo 155 de la Ley 100 de 1993, que se afirma en los conceptos demandados, para justificar la inaplicación del criterio expuesto por esta Sección en la sentencia de 2 de marzo de 2001 en el proceso radicado con el número 10888, se observa:

En la citada sentencia la Sala expresó que de acuerdo con lo previsto en el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, y la disposición contenida en el Decreto 230 de 1993 del Municipio de Floridablanca, que reproduce en similares términos la norma superior, “...son actividades no sujetas al impuesto de industria y comercio los servicios de salud prestados a través de las entidades hospitalarias adscritas o vinculadas al Sistema Nacional de Salud, entendiéndose que a dicho sistema pertenecen todas las entidades que según la normatividad aplicable, integran el Sistema Nacional de Salud”.

Acerca de las entidades que integran el Sistema Nacional de Salud, se expuso en la misma sentencia:

“Al respecto el Decreto 356 de 1975 “por el cual se establece el régimen de adscripción y vinculación de las entidades que prestan servicio de salud”, disponía en su artículo 9 “Las entidades de derecho privado que presten servicios de salud

a la comunidad, por el solo hecho de prestar estos servicios, se entienden vinculadas al Sistema Nacional de Salud”.

“Si bien la Ley 10 de 1990, *“Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones”*, derogó expresamente en su artículo 52 el anterior Decreto, no excluyó del Sistema Nacional de Salud a las entidades de derecho privado, sino que por el contrario, las incluyó de manera expresa en su artículo 5 así:

“ARTÍCULO 5º.- Sector Salud. El sector salud está integrado por:

1. El subsector oficial, al cual pertenecen todas las entidades públicas que dirijan o presten servicios de salud, y específicamente: (...)
2. El subsector privado, conformado por todas las entidades o personas privadas que presten servicio de salud y, específicamente, por:
 - a. Entidades o instituciones privadas de seguridad social y cajas de compensación familiar, en lo pertinente a la prestación de servicios de salud;
 - b. Fundaciones o instituciones de utilidad común;
 - c. Corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro;
 - d. Personas privadas naturales o jurídicas”.

Con fundamento en las normas referenciadas la Sala concluyó: *“...la prestación de servicios de salud por parte de entidades privadas, tales como las asociaciones y corporaciones sin ánimo de lucro, hacen parte del Sistema Nacional de Salud...”*, toda vez que la ley que consagra la no sujeción al impuesto de industria y comercio no hace distinción alguna para las actividades de servicios de salud hospitalaria, tratándose de entidades adscritas o vinculadas al Sistema Nacional de Salud.

El criterio expuesto, que se reitera en esta oportunidad, reconoce la vigencia del artículo 5 de la Ley 10 de 1990, en consideración a que, tal como lo precisara la Sala en la sentencia de 22 de abril de 2004, Exp.13224 M. P. German Ayala Mantilla, el Sistema de Seguridad Social en Salud que desarrolló la Ley 100 de 1993 en nada afecta la no sujeción subjetiva del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, si se tiene en cuenta el criterio teleológico de la norma en virtud del cual se concluye: *“que la intención del legislador del año 1983 fue no someter al cumplimiento de ninguna de las obligaciones sustanciales ni formales*

relacionadas con el impuesto de industria y comercio, cuando las entidades de salud estuvieran organizadas como clínica u hospitales y se ocupan de un servicio público de salud”.

Además, porque el concepto “Sistema de Salud”, que define el artículo 4 de la Ley 10 de 1990, y que luego fue cambiado por el “Sistema de Seguridad Social en Salud” en el artículo 155 de la Ley 100 de 1993, debe ser apreciado en su alcance bajo las consideraciones existentes en la Ley 14 de 1983, compilada en el Decreto Extraordinario 1333 de 1986, que es la fuente normativa remota de la cual surge el beneficio fiscal para las entidades públicas o privadas del sector salud.

Resulta entonces inadmisibles considerar que en virtud de la expedición de la citada Ley 100, se haya presentado una derogatoria tácita del artículo 5 de la Ley 10 de 1990, que haría inaplicable la no sujeción al gravamen de que consagra el numeral 2 literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, para “los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud”, como lo sostiene la administración distrital.

De otra parte, la vigencia de la no sujeción a que se refiere el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, es ratificada a nivel distrital con la expedición del Decreto 400 de 1999, “*que compila las normas sustanciales vigentes de los tributos distritales*”, al incluir en su artículo 35, literal g), como no sujetos al impuesto de industria y comercio “*los servicios prestados por los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud*”; y posteriormente con el Decreto 352 de 2002 por el cual “*se compila y actualiza la normativa sustantiva tributaria vigente*”, que señala en su artículo 39 literal c), como actividad no sujeta al impuesto “*los servicios prestados por los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud*”.

Las precedentes consideraciones permiten concluir la ilegalidad de los conceptos demandados, por lo que procede la confirmación de la sentencia apelada.

En cuanto a la discusión que plantea la recurrente acerca de la destinación de los recursos de las entidades de salud integrantes del Sistema de Seguridad Social en Salud, con fundamento en lo expuesto por la Corte Constitucional en la sentencia C-1040 de 2004, que declaró la inexecutable parcial del artículo 111 de la Ley 788 de 2002, y los efectos del fallo, temas sobre los cuales se

fundamenta el recurso de apelación interpuesto, se aclara que tal discusión resulta ajena al tema tratado en los conceptos demandados y al verdadero sentido de la demanda, cual es, establecer si los servicios de salud prestados por las entidades hospitalarias se encuentran cobijados por la no sujeción al impuesto de industria y comercio; mientras que la disposición prevista en el citado artículo 111, trata de los conceptos que forman parte de la base gravable, y la destinación de los recursos de las entidades integrantes del Sistema de Seguridad Social en Salud, temas a los cuales se refirió la Corte en la sentencia referida, en los mismos términos que se expresan en el recurso de alzada.

Además, es evidente que el citado precepto legal, que es posterior a la expedición de los actos demandados, no es objeto de la interpretación oficial plasmada en los conceptos oficiales, y por la misma razón no hace parte de las razones de ilegalidad que se exponen en la demanda; al margen de la precisión que hizo el *a quo* en la sentencia apelada, acerca de la interpretación que debe darse al artículo 39 de la Ley 14 de 1983, en el sentido de que los ingresos que se obtengan por otros conceptos, distintos a los recursos dirigidos a la prestación del servicio público de salud, son susceptibles de ser gravados con el impuesto de industria y comercio.

Se aclara en la sentencia, en el sentido de precisar que todos los recursos que perciban las clínicas y hospitales destinados al servicio público de salud, no serán susceptibles de ser gravados con el impuesto de Industria y Comercio, en virtud de lo previsto en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983; sin embargo, por disposición del artículo 11 de la Ley 50 de 1984, están sujetos al impuesto, los recursos provenientes de actividades industriales y comerciales, que no son propias de las entidades hospitalarias.

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

F A L L A:

Por las razones expuestas, CONFÍRMASE la sentencia apelada.

Cópiese, notifíquese, comuníquese. Devuélvase al Tribunal de origen.
Cúmplase.

La anterior providencia se estudió y aprobó en la sesión de la fecha.

JUAN ÁNGEL PALACIO HINCAPIÉ
PRESIDENTE DE LA SECCIÓN

LIGIA LÓPEZ DÍAZ

MARÍA INÉS ORTIZ BARBOSA

HÉCTOR J. ROMERO DÍAZ

RAÚL GIRALDO LONDOÑO
SECRETARIO

**Consejo de Estado: Sentencia 16755
del 25 de marzo de 2010 C.P.
Hugo Fernando Bastidas**

ACTIVIDADES DE INDUSTRIA Y COMERCIO DE ENTIDADES HOSPITALARIAS - Están sujetas al gravamen de industria y comercio / SERVICIO DE SALUD – Están excluidos de la base gravable del impuesto de industria y comercio

Esta Sección, en la sentencia del 29 de enero del 2009, se refirió a otro caso concreto de la demandante, pero frente a la nulidad de los actos administrativos que determinaron el impuesto de industria, comercio, avisos y tableros de otras vigencias. En esa oportunidad la Sala concluyó que la Fundación Cardio Infantil - Instituto de Cardiología hacía parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y que de acuerdo con el literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 era sujeto pasivo del impuesto de industria, comercio, avisos y tableros, pero únicamente respecto de los ingresos que percibió por el desarrollo de actividades industriales y comerciales, distintas a la prestación de servicios de salud. Posición que se acoge en el caso in examine. Expuesto lo anterior, la Sala considera que el presente caso es una de las controversias que, precisamente por fundamentarse en los mismos hechos analizados en la sentencia aludida, debe resolverse bajo los mismos presupuestos allí considerados. Se reitera que los ingresos que fueron clasificados en el código 8511 y que fueron obtenidos por la prestación directa de servicios de salud por parte de la Fundación no pueden ser objeto de gravamen, de acuerdo con la jurisprudencia de esta Sección. Únicamente, los ingresos obtenidos por actividades diferentes a la prestación de servicios de salud, que en este caso corresponden a los clasificados en los códigos 52693, 9309, 74141, 5519, 52311, 7499 y 9301, no se encuentran excluidos del ICA y, en consecuencia, sí hacen parte de la base gravable para calcular el impuesto. Por lo tanto, la liquidación oficial debe ser modificada en el sentido de excluir de la base gravable del impuesto dichos ingresos, y mantener como gravables los ingresos obtenidos por las demás actividades desarrolladas por la Fundación, distintas a la prestación de servicios de salud.

NOTA DE RELATORIA: Sobre el impuesto de industria y comercio de las entidades hospitalarias se reitera sentencia del Consejo de Estado, Sección Cuarta de 29 de enero de 2009, Rad. 16934, M.P. Ligia López Díaz

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCION CUARTA

Consejero ponente: HUGO FERNANDO BASTIDAS BÁRCENAS

Bogotá, D.C., veinticinco (25) de marzo de dos mil diez (2010).

Radicación número: 25000-23-27-000-2006-00845-01(16755)

Actor: FUNDACION CARDIO INFANTIL-INSTITUTO DE CARDIOLOGIA

Demandado: DISTRITO CAPITAL-SECRETARIA DE HACIENDA -DIRECCION DISTRITAL DE IMPUESTOS

FALLO

La Sala decide el recurso de apelación interpuesto por el DISTRITO CAPITAL - SECRETARÍA DE HACIENDA contra la sentencia del 14 de junio de 2007, proferida por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Cuarta, Subsección "A", que dispuso lo siguiente:

“1. ANULÁSE la Liquidación Oficial de Revisión No. 9559DDI369796 de 12 de diciembre de 2005, proferida por la Subdirección de Impuestos a la Producción y al Consumo de la Secretaría de Hacienda, Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., mediante la cual liquidó oficialmente a la FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL-INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA, NIT. 860.035.992, el impuesto de Industria, Comercio, Avisos y Tableros, correspondiente a los bimestres 1 al 4 del año gravable 2003

2. DECLÁRANSE en firme las declaraciones del impuesto de Industria, Comercio, Avisos y Tableros, correspondientes a los bimestres 1 al 4 del año gravable 2003, presentadas por la FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL - INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA, NIT. 860.035.992.

3. No se condena en costas por cuanto no aparecen probadas...”

1. ANTECEDENTES PROCESALES

LA DEMANDA

La FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL-INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA, a través de apoderado, formuló las siguientes pretensiones:

“A. Respetuosamente solicito a los honorables Magistrados que, como consecuencia de estar plenamente probada la ilegalidad del acto acusado, se declare la nulidad parcial de la Liquidación Oficial de Revisión No. 9559DDI369796 de la Dirección Distrital de Impuestos de Bogotá del 12 de diciembre de 2005 (notificada el 22 de diciembre de 2005), en lo referente a la reliquidación del impuesto de industria y comercio y en la aplicación indebida de las tarifas.

Dicha solicitud de nulidad parcial se funda en consideración a que en la Liquidación Oficial de Revisión, la Dirección Distrital de Impuestos reconoce la procedencia del argumento de la Fundación, expuesto con ocasión de la respuesta al requerimiento especial, relativo a la inclusión de lo registrado en la cuenta 4175 en el renglón 16 (menos: Devoluciones, rebajas y descuentos) de las declaraciones objeto de cuestionamiento (Ver literal F del capítulo IV de la presente demanda-Fundamentos de Hecho-). Por lo anterior, la presente demanda se dirige contra la parte restante de la Liquidación Oficial de Revisión, en tanto resulta desfavorable a los intereses de la Fundación.

B. Como restablecimiento del derecho, solicito que se señale que las declaraciones del impuesto de industria y comercio correspondientes a los bimestres 1, 2, 3 y 4 del año gravable 2003, están en firme.”

Invocó como normas violadas los siguientes:

- Artículo 29, 83, 95 numeral 9º, 338 y 363 de la Constitución Política;

- Artículos 3º, 35, 59 y 84 del Código Contencioso Administrativo;
- Artículos 710 y 746 del Estatuto Tributario Nacional;
- Artículo 2º del Decreto Distrital 807 de 1993;
- Artículo 39, numeral 2º, literal d) de la Ley 14 de 1983;
- Artículo 39, literal c) del Decreto Distrital 352 de 2002;
- Capítulo segundo del Decreto 1050 y artículo 8 del Decreto 3130 de 1968;
- Artículos 53 y 54 del Decreto Distrital 352 de 2002;
- Resolución 1195 de 1998;
- Artículo 64 y 101 del Decreto Distrital 807 de 1993 y
- Artículo 64 y 101 del Decreto Distrital 807 de 1993.

En el concepto de violación propuso los siguientes cargos:

A. “Nulidad por expedición extemporánea y por funcionario incompetente de la Liquidación Oficial de Revisión.”

Afirmó que la Dirección Distrital de Impuestos vulneró los artículos 719 del Estatuto Tributario Nacional y 84 del C.C.A.

Señaló que, de conformidad con el artículo 710 del E.T., la Administración debió proferir la liquidación oficial de revisión dentro de los 6 meses siguientes a la fecha de vencimiento del término para responder el requerimiento especial.

Advirtió que la liquidación oficial se le notificó extemporáneamente el 22 de diciembre de 2005, porque el requerimiento especial se le notificó el 19 de marzo del 2005. Por lo tanto, el término para formular la liquidación oficial venció el 19 de junio de 2005.

B. “La liquidación Oficial de Revisión es nula por negar la aplicación de la no sujeción prevista para la prestación de servicios de salud que desarrolla la Fundación.”

Consideró que se violaron los artículos 95 numeral 9º, 338 y 363 de la C.P., en concordancia con los artículos 39, numeral 2º, literal d) de la Ley 14 de 1983 y 39 literal c) del Decreto Distrital 352 de 2002.

Afirmó que la Fundación presta servicios de salud en calidad de entidad hospitalaria vinculada al sistema nacional de salud, hoy Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por tanto, los ingresos que percibió por esa actividad no están sometidos al impuesto de industria y comercio al tenor de lo dispuesto en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983.

Precisó que es una entidad hospitalaria (IPS) vinculada al Sistema Nacional de Salud. No obstante, la Administración le negó este carácter a la Fundación y consideró equivocadamente que la expresión “vinculada” tiene el alcance previsto en los Decretos 1050 y 3130 de 1968.

Agregó que, de acuerdo con la jurisprudencia¹, el término “vinculación” se aborda desde tres perspectivas: i) para señalar que el servicio que se presta tenga como finalidad la salud; ii) para indicar que la vinculación denota que la entidad prestadora del servicio de salud es de índole privado, mientras que aquellas de carácter público se denominan adscritas al sistema salud, y iii) dicho término

¹ Consejo de Estado, sentencia del 22 de abril de 2004, expediente 13224.

significa un vínculo, unión o pertenencia a un sistema específico destinado a la prestación del servicio público de salud.

Dijo que el Distrito interpretó equivocadamente lo decidido en la sentencia de la Corte Constitucional C-1040, cuando afirmó que sólo están exentos del impuesto de industria y comercio los ingresos que perciben las EPS por UPC.

No obstante, señaló, este argumento no se aplica a su caso, porque la Fundación es una IPS que goza de la no sujeción originada en la Ley 14 de 1983. Precisó que, en la práctica, la Fundación recibe ingresos por la prestación del servicio de salud y no por UPC.

C. “Indebida aplicación de la tarifa al liquidar el impuesto de industria y comercio de la Fundación.”

Dijo que se vulneraron los artículos 338 de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 53 y 54 del Decreto 352 de 2002 y la Resolución 1295 de 1998.

Agregó que la Secretaría de Hacienda modificó la base gravable y la tarifa utilizada por la Fundación en las declaraciones del impuesto de industria y comercio de los bimestres 1, 2, 3 y 4 de 2003, porque clasificó en el código 8511, referente a “*actividades de las instituciones prestadoras de servicios de salud, con internación*”, todos los ingresos que obtuvo la Fundación.

Dijo que el análisis de la Secretaría de Hacienda partió de la base de que la Fundación era sujeto pasivo del ICA por todos los servicios que prestó en el Distrito Capital y que, en consecuencia, debió incluir dentro de la base gravable del impuesto la totalidad de los ingresos brutos que obtuvo en el desarrollo de su objeto social principal.

Afirmó que la Fundación pagó el impuesto de industria y comercio en Bogotá sobre los ingresos provenientes de otras actividades complementarias del servicio de salud, tales como el reconocimiento que hacen las universidades por las prácticas universitarias, los provenientes de la diferencia en cambio e intereses producto de las inversiones que tiene la Fundación en el exterior o en el país, entre otras.

Agregó que en el código 8511, se registran los ingresos obtenidos por las actividades que desarrollan las instituciones prestadoras de servicios de salud, sean comerciales o de servicios. Todos los recursos que percibe la Fundación por las actividades que desarrolla están destinadas a sostener la prestación del servicio de salud propiamente dicho.

La Secretaría de Hacienda olvidó que las actividades a las que aplicó una tarifa diferente son propias tanto del servicio público de salud, como de la definición técnica de lo que es un “*Hospital*”².

La anterior definición de “*hospital*”, dijo, incluye actividades adicionales al servicio de salud que van más allá de la simple curación de enfermedades. En

² El Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina de la Editorial Literamericana define el concepto de Hospital como aquella “*Institución adecuada, situada, construida, organizada y dirigida y dotada de personas para brindar de manera científica, económica, eficiente y sin impedimentos, todas o cualquiera parte reconocida de las necesidades complejas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de los aspectos físicos, mentales y médicos de las enfermedades sociales: con elementos funcionales para adiestramiento de nuevos trabajadores en los muchos campos especiales: profesionales, técnicos, económicos, indispensables para cumplir sus funciones adecuadas y con contactos apropiados con médicos, otros hospitales, escuelas de medicina y otras oficinas acreditadas de salud en programas de mejoramiento de salud.*”

consecuencia, para efectos del impuesto de industria y comercio, resulta correcto clasificar dichas actividades en el código 8511 *“actividades de las instituciones prestadoras de servicios de salud, con internación”*.

D. *“Nulidad por falta de motivación.”*

Manifestó que se violaron los artículos 29 y 83 de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 35, 59 y 84 del Código Contencioso Administrativo y los artículos 712 y 746 del Estatuto Tributario Nacional.

Dijo que la Secretaría de Hacienda desconoció el derecho al debido proceso de la Fundación, porque omitió motivar la Liquidación Oficial de Revisión. Dijo que la Secretaría se limitó a indicar que la Fundación debió aplicar la Resolución 1195 de 1998, para determinar la tarifa o tarifas aplicables a la actividad que desarrolla.

Así mismo, consideró que no bastaba citar la norma en el acto acusado para modificar la declaración del impuesto del contribuyente, sino que se debieron explicar las razones por las que lo hacía. La falta de explicación, siquiera sumaria de los fundamentos del acto administrativo, constituye una causal de nulidad respecto de las modificaciones propuestas por la Secretaría de Hacienda.

E. *“Improcedencia de la sanción por inexactitud.”*

Consideró que se vulneraron los artículos 64 y 101 del Decreto Distrital 807 de 1993.

Agregó que la sanción por inexactitud es improcedente, porque existió una diferencia de criterio entre las partes y no un hecho sancionable.

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

El Distrito Capital - Secretaría de Hacienda - Dirección Distrital de Impuestos se opuso a las pretensiones del actor y se pronunció frente a cada uno de los conceptos de violación en el orden que fueron invocados. Además, solicitó que no se accediera a las pretensiones de la demanda, porque los actos demandados se ajustaban a la ley.

A. *“Nulidad por expedición extemporánea y por funcionario incompetente de la liquidación oficial de revisión.”*

El Distrito Capital precisó que una vez proferido el requerimiento especial, el contribuyente contaba con 3 meses para contestarlo, término que se contó a partir del primer día hábil siguiente a la notificación del requerimiento.

Precisó que el requerimiento especial fue notificado el día 19 de marzo del 2005, y que el término para contestarlo corrió a partir del 22 de marzo. Por lo tanto, el término para responder el requerimiento finalizó el 22 de junio de 2005, tal como lo establece el artículo 707 del E.T.

Señaló que el término de 6 meses para proferir la liquidación oficial de revisión empezó a correr el 23 de junio y finalizó el 22 de diciembre de 2005, momento en que se notificó la liquidación oficial de revisión objeto de impugnación a la demandante.

B. “La liquidación oficial de revisión demandada es nula por negar la aplicación de la no sujeción prevista para la prestación de servicios de salud que desarrolla la fundación.”

Afirmó que las no sujeciones en derecho tributario son aspectos sustantivos que deben ser taxativos y que no admiten analogía. Que la no sujeción al ICA prevista en el literal d) del artículo 39 del Decreto 352 de 2002 supone 3 elementos para que el ente prestador de servicios de salud no sea sujeto pasivo del impuesto:

- a. Que el prestatario del servicio sea un hospital;
- b. Que el prestatario esté vinculado o adscrito al Sistema Nacional de Salud y,
- c. Que preste el servicio público de salud.

Resaltó que la demandante es responsable del impuesto de industria y comercio por la realización de actividades gravadas que no son retribuidas con los recursos del POS.

Sostuvo que la administración tributaria no ha estado de acuerdo con la doctrina judicial del Tribunal Administrativo de Cundinamarca, del Consejo de Estado y de la Corte Constitucional, en el sentido de que los recursos de la salud correspondientes al POS están excluidos del impuesto de industria y comercio.

Añadió que si la norma es clara en establecer la exención a favor de los hospitales públicos, el hecho de extenderlos a hospitales privados, sin fundamento legal, viola el principio de legalidad del derecho tributario.

Precisó que las entidades privadas siempre han estado relacionadas con el sistema de salud, pero eso no quiere decir que los beneficios tributarios establecidos a favor de entidades públicas se extiendan a entes privados.

Manifestó que la Fundación Cardio Infantil es un ente hospitalario prestador de servicios de salud, que no está adscrito ni vinculado con el Estado.

Dijo que la voluntad del Legislador era que los entes públicos se beneficiaran con la no sujeción. Para ello, utilizó los términos técnicos de adscripción y vinculación de la organización administrativa, propios de las entidades oficiales.

Precisó que si bien la Fundación no es una EPS ni una ARS, muchos de los servicios que presta son pagados con los recursos que éstas recaudan por UPC. Este argumento, dijo, no tiene relación con la no sujeción señalada en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983.

Agregó que el Distrito Capital se ha inhibido de fiscalizar a las EPS e IPS respecto de los recursos que hacían parte de la seguridad social, acogiendo lo que la doctrina judicial ha señalado. Por el contrario, el Distrito ha gravado los ingresos que perciben estas entidades diferentes a la UPC, sin perjuicio de acoger el principio de seguridad jurídica en los procesos ya terminados.

C. “Indebida aplicación de la tarifa al liquidar el impuesto de industria y comercio de la fundación”

Manifestó que las normas vulneradas invocadas por la Fundación fueron aplicadas al utilizar el código propio de cada una de las actividades desarrolladas por la Fundación en el código genérico 8511. Este código sólo cubre las actividades inherentes a la hospitalización y a la esencia de este tipo de entes.

D. “Nulidad por falta de motivación”

Precisó que no se configuró la falta de motivación de los actos acusados, porque *“la sola confrontación del contenido de los códigos de actividad son motivación suficiente para demostrar que determinado código no cobija ciertas actividades para las que existe previsto otro código especial.”*

E. “Improcedencia de la sanción por inexactitud”

Manifestó que en el caso de la Fundación si existió inexactitud, porque no eran correctos los valores correspondientes a bases gravables, códigos y tarifas y, por ende, el impuesto a cargo.

Las diferencias entre las partes correspondieron al desconocimiento de las normas regulatorias del ICA. La Fundación pretendió extender a su favor un beneficio tributario que sólo aplica a los hospitales públicos.

LA SENTENCIA APELADA

El Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Cuarta, Subsección “A” decidió declarar la nulidad del acto acusado. Precisó con respecto a los 2 primeros cargos lo siguiente:

A. “Nulidad por expedición extemporánea y por funcionario incompetente de la liquidación oficial de revisión.”

La liquidación oficial de revisión no se notificó extemporáneamente al actor. Agregó que como el requerimiento especial se le notificó a la Fundación el 19 de marzo de 2005, los 3 meses para su respuesta corrieron del 22 de marzo al 22 de junio de 2005. Por tanto, la Administración tenía hasta el 22 de diciembre de 2005 para notificar la Liquidación Oficial de Revisión 9559DD1369796. Como la notificación se hizo el 22 de diciembre de 2005, ésta fue oportuna.

B. “La liquidación oficial de revisión demandada es nula por negar la aplicación de la no sujeción prevista para la prestación de servicios de salud que desarrolla la fundación.”

De acuerdo con el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, la sentencia del 13 de octubre de 2005³, el artículo 6º del Decreto 3070 de 1983, el artículo 4º del Acuerdo 21 de 1983, el artículo 9º del Decreto 356 de 1975 y los artículos 4º, 5º y 7º de la Ley 10 de 1990, el tribunal concluyó que los servicios de salud prestados a través de entidades hospitalarias adscritas o vinculadas al sistema nacional de salud son actividades no sujetas al impuesto de industria y comercio.

Agregó que las normas enunciadas no distinguen los sujetos sobre los que recae la no sujeción del impuesto de industria y comercio para las actividades de salud hospitalaria, en el caso de las entidades adscritas o vinculadas al sistema nacional de salud.

Dijo que está demostrado que la Fundación Cardio Infantil, entidad privada sin ánimo de lucro, hace parte del Sistema Nacional de Salud. En consecuencia, por su naturaleza, las actividades que desarrolla la Fundación Cardio Infantil - Instituto

³ CONSEJO DE ESTADO, SECCIÓN CUARTA. CP. Ligia López Díaz. Expediente 15265.

de Cardiología no están sujetas al impuesto de industria y comercio por disposición del literal d), numeral 2º del artículo 39 de la Ley 14 de 1983.⁴

Ante la prosperidad del anterior cargo, el *a quo* se abstuvo de analizar los demás cargos propuestos por la Fundación Cardio Infantil.

APELACIÓN

El Distrito Capital – Secretaría de Hacienda-Dirección Distrital de Impuestos interpuso recurso de apelación contra la decisión del Tribunal.

Precisó que la no sujeción establecida en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 se aplica a los hospitales que tienen a su cargo la prestación pública del servicio de salud.

Añadió que los servicios de salud prestados por hospitales adscritos y vinculados al anterior Sistema Nacional de Salud, bajo el actual Sistema de Seguridad Social en Salud introducido por la Ley 100 de 1993, son todos aquellos que el Estado ha organizado con el objeto de prestar asistencia en seguridad social. Por tanto, la no sujeción del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 recae sobre los servicios de salud prestados por empresas públicas o privadas. Los demás servicios prestados por dichas entidades están gravados con el impuesto de industria y comercio.

Dijo que el *a quo* reconoció que los servicios no cubiertos por el POS están gravados con el impuesto de industria y comercio. Sin embargo, no es menos cierto que todos los ingresos que recibe la Fundación (diferentes a los recursos del POS) deben gravarse con el impuesto de industria y comercio por no tratarse de recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Adujo que si bien el Distrito no excluyó, en el acto acusado, los recursos del POS, esto obedeció a que al momento de la imposición de la sanción regía la Ley 788 de 2002. Sin embargo, hay otros ingresos diferentes a los de salud percibidos por la Fundación que sí están gravados con el impuesto: rendimientos financieros, restaurante, servicio de acompañamiento en las habitaciones de los pacientes y todos los ingresos por servicios prestados, cobrados y no cubiertos por el POS.

ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

La parte **demandante** reiteró los argumentos de la demanda.

La **demandada** reiteró los argumentos esgrimidos en la contestación a la demanda.

El **Ministerio Público** no rindió concepto alguno.

2. CONSIDERACIONES DE LA SALA

De acuerdo con la apelación interpuesta, la Sala decidirá si es nula, parcialmente, la Liquidación Oficial de Revisión No. 9559DDI369796 del 12 de diciembre de 2005, proferida por la Subdirección de Impuestos a la Producción y al Consumo de la Secretaría de Hacienda de Bogotá, que modificó las declaraciones del impuesto de industria, comercio, avisos y tableros de la demandante, correspondientes a los bimestres 1 al 4 de 2003.

⁴ Refuerza su conclusión con la sentencia proferida por la Sección Cuarta del Consejo de Estado el 15 de junio de 2006, expediente 15185, CP. Juan Ángel Palacio Hincapié.

Para el efecto se establecerá si la Fundación Cardio Infantil - Instituto de Cardiología es sujeto pasivo del impuesto de industria y comercio, o si, por el contrario, se encuentra cobijada por la no sujeción prevista en el literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983.

Para resolver lo anterior, se resaltan los siguientes hechos probados:

- La Fundación Cardio Infantil es una IPS privada sin ánimo de lucro, prestadora de servicios hospitalarios, quirúrgicos, consulta externa, urgencias y de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.⁵

- La Fundación presentó las declaraciones del impuesto de industria, comercio, avisos y tableros de los bimestres 1, 2, 3 y 4 del 2003, los días 20 de marzo, 20 de mayo, 18 de junio y 19 de septiembre, respectivamente.⁶

- La Subdirección de Impuestos a la Producción y al Consumo profirió el Requerimiento Especial No. 2005EE30009 del 16 de marzo de 2005. En el requerimiento se propuso modificar las citadas declaraciones, en el sentido de incluir en la base gravable del ICA la totalidad de los ingresos que consideró gravados.⁷ Además, concluyó que a la Fundación no le era aplicable la no sujeción establecida para hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud, consagrada en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983. Que la Fundación no reunía las condiciones para ser catalogada como asociación profesional o gremial sin ánimo de lucro, y que no estaba obligada a pagar el impuesto de industria y comercio sobre las actividades comerciales y de servicios que comprometieran los recursos del POS.

- Posteriormente, el día 12 de diciembre de 2005, la misma subdirección profirió la Liquidación Oficial de Revisión No. 9559DDI369796, en la que liquidó el impuesto de industria y comercio de los bimestres 1, 2, 3 y 4 de 2003 en la forma prevista en el requerimiento especial, a excepción de la glosa relacionada con el aumento de los ingresos gravables por el rechazo de las devoluciones, descuentos y rebajas aducidos por la Fundación.⁸

ANÁLISIS DEL CASO CONCRETO

Esta Sección, en la sentencia del 29 de enero del 2009⁹, se refirió a otro caso concreto de la demandante, pero frente a la nulidad de los actos administrativos que determinaron el impuesto de industria, comercio, avisos y tableros de otras vigencias.

En esa oportunidad la Sala concluyó que la Fundación Cardio Infantil - Instituto de Cardiología hacía parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y que de acuerdo con el literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 era sujeto pasivo

⁵ De acuerdo con las certificaciones expedidas por la Secretaría de Salud visibles en los folios 32 y 75 a 77 del cuaderno principal.

⁶ Folios 120 a 123 del cuaderno de antecedentes.

⁷ Folios 124 a 148 del cuaderno de antecedentes.

⁸ Folios 211 a 225 del cuaderno de antecedentes.

⁹ Expediente 250002327000200601333-01 (16934), CP. Ligia López Díaz, Fundación Cardio Infantil-Instituto de Cardiología contra Dirección Distrital de Impuestos.

del impuesto de industria, comercio, avisos y tableros, pero únicamente respecto de los ingresos que percibió por el desarrollo de actividades industriales y comerciales, distintas a la prestación de servicios de salud.¹⁰ Posición que se acogió en el caso *in examine*.

Expuesto lo anterior, la Sala considera que el presente caso es una de las controversias que, precisamente por fundamentarse en los mismos hechos analizados en la sentencia aludida, debe resolverse bajo los mismos presupuestos allí considerados.

La Sala establecerá si la liquidación oficial de revisión del impuesto de industria y comercio tuvo en cuenta, para calcular el impuesto, la totalidad de los ingresos percibidos por la Fundación, o sólo los que obtuvo por el desarrollo de actividades diferentes a la prestación de servicios de salud.

En la Liquidación Oficial de Revisión No. 9559DDI369796 se liquidó la base para calcular el ICA de los bimestres 1 a 4 de 2003 de la demandante, de la siguiente forma:

1er. BIMESTRE 2003

CÓDIGO ACTIVIDAD	BASE GRAVABLE	TARIFA%
8511 ¹¹	1.270'737.000	9,66
52693 ¹²	170'041.000	11,04
5519 ¹³	101'844.000	13,80
52311 ¹⁴	1.000	4,14
9309 ¹⁵	269'999.000	9,66

¹⁰ "...la prestación de servicios de salud por parte de entidades privadas, tales como las asociaciones y corporaciones sin ánimo de lucro, hacen parte del Sistema Nacional de Salud, como reiteradamente lo ha considerado la Sala en diversos pronunciamientos¹⁰ y en consecuencia, al Distrito le está prohibido gravar con este tributo sus actividades de servicios, con excepción de las industriales y comerciales que realicen, conforme al artículo 11 de la Ley 50 de 1984, pues, la intención del legislador al expedir el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 "fue no someter al cumplimiento de ninguna de las obligaciones sustanciales ni formales relacionadas con el impuesto de industria y comercio, cuando las entidades de salud estuvieran organizadas como clínica u hospitales y se ocupan de un servicio público de salud."¹⁰

Ahora bien, como ha precisado la Sala en ocasiones anteriores, si bien los recursos que perciban las clínicas y hospitales no son susceptibles de ser gravados en virtud de lo dispuesto en el literal d) numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, por disposición del artículo 11 de la Ley 50 de 1984, no corren la misma suerte, es decir, están sujetos al gravamen los ingresos provenientes industriales y comerciales que reciban las entidades hospitalarias."

Entre otras sentencias que acogieron la misma posición, se puede consultar las del 2 de marzo de 2001, expediente 10888 y 13299 del 10 de junio de 2004, CP. Juan Ángel Palacio Hincapié; 9 de diciembre de 2004, expediente 14174, CP. Elizabeth Wittingham García; 15 de junio de 2006, expediente 15185, CP. Ligia López Díaz; 30 de noviembre de 2006, expediente 15608, CP. Ligia López Díaz y del 28 de junio de 2007, expediente 15465, CP. María Inés Ortiz Barbosa.

¹¹ "Actividades de las Instituciones Prestadoras de Salud". Incluyó las actividades registradas en las cuentas PUC 41 a 4199, 421005, 425053, 426505, 429505 y 429544.

¹² "Otras tipos de comercio NCP." Incluyó las actividades registradas en las cuentas 421015 (diferencia en cambio), 429520 (venta de desperdicios), 429525 (venta de inservibles), 429530 (aprovechamientos) y 429549 (venta de oros suministros).

¹³ "Otras actividades de servicios NCP". Incluyó las actividades registradas en las cuentas 429542 (ambulancias), 429545 (otros honorarios administrativos), 429550 (educación continuada) y 429551 (concesiones).

¹⁴ "Actividades de asesoramiento empresarial y en materia de gestión, como consultoría profesional". Incluyó las actividades registradas en las cuentas 423005 (asesorías) y 423545 (seminarios y congresos).

¹⁵ "Otros tipos de alojamiento". Incluyó las actividades registradas en las cuentas 429535 (cama acompañante) y 429547 (excedentes servicios).

2º BIMESTRE 2003

CÓDIGO ACTIVIDAD	BASE GRAVABLE	TARIFA%
8511	1.670'764.000	9,66
52693	61'030.000	11,04
5519	104'143.000	13,80
52311	2.000	4,14
9309	200'013.000	9,66
7499 ¹⁶	48'777.000	9,66

3er BIMESTRE 2003

CÓDIGO ACTIVIDAD	BASE GRAVABLE	TARIFA%
8511	1.736'060.000	9,66
52693	53'394.000	11,04
5519	97'583.000	13,80
52311	6'859.000	4,14
9309	223'671.000	9,66
7499	100'445.000	9,66
9301 ¹⁷	2'883.000	9,66

4º bimestre 2003

CÓDIGO ACTIVIDAD	BASE GRAVABLE	TARIFA%
8511	2.466'849.000	9,66
52693	148'463.000	11,04
5519	116'282.000	13,80
52311	1'842.000	4,14
9309	456'484.000	9,66
7499	112'660.000	9,66
9301	1'282.000	9,66
74141 ¹⁸	25'810.000	6,90

De acuerdo con lo anterior, la Sala observa que la liquidación oficial tomó las actividades y las tarifas que están señaladas en la Resolución 1195 de 1998¹⁹ para calcular la base gravable del ICA. Sin embargo, tal como lo afirmó el Distrito en la apelación, la liquidación incluyó como ingresos gravables los percibidos por la Fundación por la actividad de prestación de servicios de salud, clasificados con

¹⁶ "Comercio al por menor de productos farmacéuticos, medicinales, en establecimientos especializados". Incluyó las actividades registradas en la cuenta 429541 (venta de "médicos").

¹⁷ "Otras actividades empresariales NCP". Incluyó las actividades registradas en la cuenta 429553 (servicio de parqueadero).

¹⁸ "Lavado y limpieza de prendas de tela y de piel incluso la limpieza en seco". Incluyó las actividades registradas en la cuenta 429562 (servicio de lavandería).

¹⁹ "Por medio de la cual se establece la nueva clasificación de actividades económicas para el Impuesto de Industria y Comercio en el Distrito Capital de Santa Fe de Bogotá"

el código “**8511- Actividades de las Instituciones Prestadoras de Salud**”, aun cuando éstos no eran objeto del impuesto de conformidad con el literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983.

Por tanto, se reitera que los ingresos que fueron clasificados en el código 8511 y que fueron obtenidos por la prestación directa de servicios de salud por parte de la Fundación no pueden ser objeto de gravamen, de acuerdo con la jurisprudencia de esta Sección. Únicamente, los ingresos obtenidos por actividades diferentes a la prestación de servicios de salud, que en este caso corresponden a los clasificados en los códigos 52693, 9309, 74141, 5519, 52311, 7499 y 9301, no se encuentran excluidos del ICA y, en consecuencia, sí hacen parte de la base gravable para calcular el impuesto.

Por lo tanto, la liquidación oficial debe ser modificada en el sentido de excluir de la base gravable del impuesto dichos ingresos, y mantener como gravables los ingresos obtenidos por las demás actividades desarrolladas por la Fundación, distintas a la prestación de servicios de salud.

SANCIÓN POR INEXACTITUD

Como lo ha señalado la Sala, “*la sanción por inexactitud tiene una naturaleza accesoria pues deviene como consecuencia de la comprobación de los presupuestos que consagra el artículo 647 del Estatuto Tributario²⁰ para su imposición y que se relacionan directamente con los datos e información contenida en la declaración, vale decir con los factores sobre los cuales se calcula el impuesto y del que se deriva el saldo a pagar o a favor, según corresponda.*”²¹ Por consiguiente, basta que se configure alguno de los presupuestos que la ley señala para que la Administración pueda imponer la sanción.

En el caso *in examine*, la sanción por inexactitud impuesta por el Distrito resulta procedente, porque de acuerdo con las afirmaciones hechas por la Fundación y con las pruebas que obran en el expediente, en las declaraciones del impuesto de los bimestres 1 a 4 de 2003, tuvo en cuenta como ingresos gravables los percibidos por las actividades de educación continuada, rendimientos financieros, servicio de restaurante y servicio de acompañamiento. Sin embargo, no tuvo en cuenta otros ingresos que percibió por el desarrollo de otras actividades distintas a los servicios de salud, tales como las ventas por desperdicios y de inservibles, ventas de otros suministros, ingresos por concesiones, excedentes, servicio de parqueadero y servicios de lavandería, entre otros.

Los ingresos que dejó de gravar la Fundación en los bimestres 1 a 4 del 2003, distintos a los que percibió por la prestación directa de los servicios de salud para los que fue habilitada²², constituyen inexactitud sancionable, al tenor del artículo 647 del E.T., y, porque derivó en un menor valor a pagar por el impuesto.

²⁰ **Artículo 647. Sanción por inexactitud.** Constituye inexactitud sancionable en las declaraciones tributarias, la omisión de ingresos, de impuestos generador por las operaciones gravadas, de bienes o actuaciones susceptibles de gravamen, así como la inclusión de costos, deducciones, descuentos, exenciones, pasivos, impuestos descontables, retenciones o anticipos, inexistentes, y, en general la utilización en las declaraciones tributarias, o en los informes suministrados a las oficinas de impuestos, de datos o factores falsos, equivocados, incompletos o desfigurados, de los cuales se derive un menor impuesto o saldo a pagar o un mayor saldo a favor para el contribuyente o responsable. Igualmente, constituye inexactitud, el hecho de solicitar compensación o devolución, sobre sumas a favor que hubieren sido objeto de compensación o devolución anterior...”

²¹ Consejo de Estado, Sección Cuarta. Sentencia del 25 de noviembre de 2004, expediente 14016, CP. María Inés Ortiz Barbosa.

²² En el certificado emitido por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, visible a folios 75 a 78 del expediente, se encuentra la relación de los servicios de salud que fueron habilitados para la Fundación Cardio Infantil.

Ahora bien, la Fundación afirmó que, a partir de su contabilidad, gravó los ingresos que consideró eran objeto del impuesto, y que, además, el Distrito no tuvo en cuenta, a la hora de reliquidar el impuesto, las cifras negativas que resultaron de operaciones contables reversadas o anuladas.

Sin embargo, para la Sala dichos argumentos no resultan suficientes para desvirtuar los hechos que sirvieron de fundamento a la liquidación oficial, toda vez que las pruebas que fueron aportadas por la Fundación no detallan con exactitud los ingresos que fueron llevados como deducciones en las declaraciones privadas, ni el valor de los ingresos de cada una de las actividades que fueron gravadas, así como de las supuestas operaciones negativas que no tuvo en cuenta el Distrito.

Por el contrario, la certificación aportada por la Fundación, suscrita por el Revisor Fiscal de la institución, se limitó a discriminar por cuentas los ingresos que obtuvo la demandante en cada uno de los bimestres, así como las devoluciones registradas, y omitió discriminar los ingresos que fueron objeto de gravamen y sobre los que supuestamente consideró que recaía el impuesto.

Por lo tanto, la Sala confirmará la procedencia de la sanción por inexactitud liquidada en el acto acusado, respecto de la adición de ingresos que legalmente procedía y levantará la sanción correspondiente a la adición de ingresos por los servicios de salud.

Hechas las anteriores consideraciones, la Sala concluye que la sentencia de primera instancia debe ser modificada, en el sentido de declarar la nulidad parcial del acto acusado. A título de restablecimiento del derecho, se liquidará el impuesto de industria y comercio a cargo de la Fundación Cardio Infantil - Instituto de Cardiología, para los bimestres 1º al 4º del año 2003, y excluirá el valor de los ingresos obtenidos por la prestación de servicios de salud y la correspondiente sanción por inexactitud, así:

PRIMER BIMESTRE (Enero-Febrero) - Año 2003

BASE GRAVABLE	LIQUIDACIÓN PRIVADA	LIQUIDACIÓN OFICIAL	LIQUIDACIÓN C. DE E.
TOTAL INGRESOS ORDINARIOS Y EXTRAORDINARIOS DEL PERIODO	13.186.683.000	13.083.467.000	13.083.467.000
Menos: TOTAL INGRESOS OBTENIDOS FUERA DEL DISTRITO CAPITAL	0	0	0
TOTAL INGRESOS BRUTOS OBTENIDOS EN EL DISTRITO CAPITAL	13.186.683.000	13.083.467.000	13.083.467.000
Menos: DEVOLUCIONES, REBAJAS Y DESCUENTOS	103.016.000	365.344.000	365.344.000

Más: DEDUCCIONES, EXENCIONES Y ACTIVIDADES NO SUJETAS	12.491.577.000	10.905.501.000	12.176.238.000
INGRESOS NETOS GRAVABLES	592.090.000	1.812.622.000	541.885.000
IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO	5.720.000	18.165.000	5.891.000
Más: IMPUESTO DE AVISOS Y TABLEROS	858.000	2.725.000	884.000
Más: VALOR TOTAL UNIDADES ADICIONALES	0	0	0
TOTAL IMPUESTO A CARGO	6.578.000	20.890.000	6.775.000
Menos: RETENCIONES QUE LE PRACTICARON EN EL BIMESTRE	0	0	0
TOTAL IMPUESTO LIQUIDADO	6.578.000	20.890.000	6.775.000
TOTAL RETENCIONES COMO AGENTE RETENEDOR	0	0	0
Más: TOTAL VALOR SANCIONES	0	22.899.000	315.000
TOTAL SALDO A CARGO	6.578.000	43.789.000	7.090.000

DETERMINACIÓN DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO

CÓDIGO ACTIVIDAD	BASE GRAVABLE	TARIFA	IMPUESTO
52693	170.041.000	11,04	1.877.253
5519	101.844.000	13.80	1.405.447
52311	1.000	4.14	4
9309	269.999.000	9.66	2.608.190
TOTAL	541.885.000		5.890.894

CUANTIFICACIÓN DE LA SANCIÓN POR INEXACTITUD

TOTAL SALDO A CARGO DETERMINADO	6.775.000
Menos: TOTAL SALDO A CARGO DECLARADO LIQUIDACIÓN PRIVADA	6.578.000
MAYOR VALOR A PAGAR	197.000
PORCENTAJE DE INEXACTITUD	160%
SANCIÓN POR INEXACTITUD	315.000

--	--

SEGUNDO BIMESTRE (Marzo – Abril Enero) – Año 2003

BASE GRAVABLE	LIQUIDACIÓN PRIVADA	LIQUIDACIÓN OFICIAL	LIQUIDACIÓN C. DE E.
TOTAL INGRESOS ORDINARIOS Y EXTRAORDINARIOS DEL PERIODO	13.894.797.000	14.084.894.000	14.084.894.000
Menos: TOTAL INGRESOS OBTENIDOS FUERA DEL DISTRITO CAPITAL	0	0	0
TOTAL INGRESOS BRUTOS OBTENIDOS EN EL DISTRITO CAPITAL	13.894.797.000	14.084.894.000	14.084.894.000
Menos: DEVOLUCIONES, REBAJAS Y DESCUENTOS	200.533.000	426.237.000	426.237.000
Más: DEDUCCIONES, EXENCIONES Y ACTIVIDADES NO SUJETAS	13.600.418.000	11.573.928.000	13.244.692.000
INGRESOS NETOS GRAVABLES	93.846.000	2.084.729.000	413.965.000
LIQUIDACION PRIVADA DEL IMPUESTO			
IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO	907.000	20.654.000	4.514.000
Más: IMPUESTO DE AVISOS Y TABLEROS	136.000	3.098.000	677.000
Más: VALOR TOTAL UNIDADES ADICIONALES	0	0	0
TOTAL IMPUESTO A CARGO	1.043.000	23.752.000	5.191.000
Menos: RETENCIONES QUE LE PRACTICARON EN EL BIMESTRE	0	0	0
TOTAL IMPUESTO LIQUIDADO	1.043.000	23.752.000	5.191.000
TOTAL RETENCIONES COMO AGENTE RETENEDOR	0	0	0
Más: TOTAL VALOR SANCIONES	0	36.334.000	6.637.000
TOTAL SALDO A CARGO	1.043.000	60.086.000	11.828.000

DETERMINACIÓN DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO

CÓDIGO ACTIVIDAD	BASE GRAVABLE	TARIFA	IMPUESTO
52693	61.030.000	11,04	673.771
5519	104.143.000	13.80	1.437.173
52311	2.000	4.14	8
9309	200.013.000	9.66	1.932.126
7499	48.777.000	9.66	471.186
TOTAL	413.965.000		4.514.264

CUANTIFICACIÓN DE LA SANCIÓN POR INEXACTITUD

TOTAL SALDO A CARGO DETERMINADO	5.191.000
Menos: TOTAL SALDO A CARGO DECLARADO LIQUIDACIÓN PRIVADA	1.043.000
MAYOR VALOR A PAGAR	4.148.000
PORCENTAJE DE INEXACTITUD	160%
SANCIÓN POR INEXACTITUD	6.637.000

TERCER BIMESTRE (Mayo - Junio) - Año 2003

BASE GRAVABLE	LIQUIDACIÓN PRIVADA	LIQUIDACIÓN OFICIAL	LIQUIDACIÓN C. DE E.
TOTAL INGRESOS ORDINARIOS Y EXTRAORDINARIOS DEL PERIODO	13.719.168.000	14.260.535.000	14.260.535.000
Menos: TOTAL INGRESOS OBTENIDOS FUERA DEL DISTRITO CAPITAL	0	0	0
TOTAL INGRESOS BRUTOS OBTENIDOS EN EL DISTRITO CAPITAL	13.719.168.000	14.260.535.000	14.260.535.000
Menos: DEVOLUCIONES, REBAJAS Y DESCUENTOS	164.361.000	446.607.000	446.607.000
Menos: DEDUCCIONES, EXENCIONES Y ACTIVIDADES NO SUJETAS	13.361.045.000	11.593.033.000	13.329.093.000
INGRESOS NETOS GRAVABLES	193.761.000	2.220.895.000	484.835.000
LIQUIDACION PRIVADA DEL IMPUESTO			
IMPUESTO DE	1.872.000	22.253.000	5.123.000

INDUSTRIA Y COMERCIO			
Más: IMPUESTO DE AVISOS Y TABLEROS	281.000	3.338.000	768.000
Más: VALOR TOTAL UNIDADES ADICIONALES	0	0	0
TOTAL IMPUESTO A CARGO	2.153.000	25.591.000	5.891.000
Menos: RETENCIONES QUE LE PRACTICARON EN EL BIMESTRE	0	0	0
TOTAL IMPUESTO LIQUIDADO	2.153.000	25.591.000	5.891.000
TOTAL RETENCIONES COMO AGENTE RETENEDOR	0	0	0
Más: TOTAL VALOR SANCIONES	0	37.501.000	5.981.000
TOTAL SALDO A CARGO	2.153.000	63.092.000	11.872.000

DETERMINACIÓN DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO

CÓDIGO ACTIVIDAD	BASE GRAVABLE	TARIFA	IMPUESTO
52693	53.394.000	11.04	589.470
5519	97.583.000	13.80	1.346.645
52311	6.859.000	4.14	28.396
9309	223.671.000	9.66	2.160.662
7499	100.445.000	9.66	970.299
9301	2.883.000	9.66	27.850
TOTAL	484.835.000		5.123.322

CUANTIFICACIÓN DE LA SANCIÓN POR INEXACTITUD

TOTAL SALDO A CARGO DETERMINADO	5.891.000
Menos: TOTAL SALDO A CARGO DECLARADO LIQUIDACION PRIVADA	2.153.000
MAYOR VALOR A PAGAR	3.738.000
PORCENTAJE DE INEXACTITUD	160%
SANCION POR INEXACTITUD	5.981.000

CUARTO BIMESTRE (Julio - Agosto) – año 2003

BASE GRAVABLE	LIQUIDACIÓN PRIVADA	LIQUIDACIÓN OFICIAL	LIQUIDACIÓN C. DE E.
TOTAL INGRESOS ORDINARIOS Y	16.302.442.000	16.302.442.000	16.302.442.000

EXTRAORDINARIOS DEL PERIODO			
Menos: TOTAL INGRESOS OBTENIDOS FUERA DEL DISTRITO CAPITAL	0	0	
TOTAL INGRESOS BRUTOS OBTENIDOS EN EL DISTRITO CAPITAL	16.302.442.000	16.302.442.000	16.302.442.000
Menos: DEVOLUCIONES, REBAJAS Y DESCUENTOS	199.908.000	488.560.000	488.560.000
Menos: DEDUCCIONES, EXENCIONES Y ACTIVIDADES NO SUJETAS	15.671.816.000	12.484.210.000	14.951.059.000
INGRESOS NETOS GRAVABLES	430.718.000	3.329.672.000	862.823.000
LIQUIDACION PRIVADA DEL IMPUESTO			
IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO	4.161.000	32.770.000	8.940.000
Más: IMPUESTO DE AVISOS Y TABLEROS	624.000	4.915.000	1.341.000
Más: VALOR TOTAL UNIDADES ADICIONALES	0	0	0
TOTAL IMPUESTO A CARGO	4.785.000	37.685.000	10.281.000
Menos: RETENCIONES QUE LE PRACTICARON EN EL BIMESTRE	0	0	0
TOTAL IMPUESTO LIQUIDADO	4.785.000	37.685.000	10.281.000
TOTAL RETENCIONES COMO AGENTE RETENEDOR	0	0	0
Más: TOTAL VALOR SANCIONES	0		8.794.000
TOTAL SALDO A CARGO	4.785.000		19.075.000

DETERMINACIÓN DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO

CODIGO ACTIVIDAD	BASE GRAVABLE	TARIFA	IMPUESTO
52693	148.463.000	11.04	1.639.032
5519	116.282.000	13.80	1.604.692
52311	1.842.000	4.14	7.626

9309	456.484.000	9.66	4.409.635
7499	112.660.000	9.66	1.088.296
9301	1.282.000	9.66	12.384
74141	25.810.000	6.90	178.089
TOTAL	862.823.000		8.939.754

CUANTIFICACIÓN DE LA SANCIÓN POR INEXACTITUD

TOTAL SALDO A CARGO DETERMINADO	10.281.000
Menos: TOTAL SALDO A CARGO DECLARADO LIQUIDACIÓN PRIVADA	4.785.000
MAYOR VALOR A PAGAR	5.496.000
PORCENTAJE DE INEXACTITUD	160%
SANCION POR INEXACTITUD	8.794.000

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

FALLA:

MODIFÍCASE la sentencia apelada. En su lugar se dispone:

PRIMERO. ANÚLASE PARCIALMENTE la Liquidación Oficial de Revisión No. 9559DDI369796 de 12 de diciembre de 2005, proferida por la Subdirección de Impuestos a la Producción y al Consumo de la Secretaría de Hacienda-Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., mediante la que se liquidó oficialmente a la Fundación Cardio Infantil – Instituto de Cardiología, el impuesto de industria, comercio, avisos y tableros correspondiente a los bimestres 1 a 4 del año 2003, en cuanto incluyó el valor de los ingresos que obtuvo la Fundación por la prestación de servicios de salud.

SEGUNDO. Como consecuencia de lo anterior y a título de restablecimiento del derecho, **TÉNGASE** como liquidación del impuesto de industria, comercio, avisos y tableros de los bimestres 1 a 4 del año 2003, a cargo de la Fundación Cardio Infantil - Instituto de Cardiología la señalada en la parte considerativa de este proveído.

Cópiese, notifíquese, comuníquese y devuélvase el expediente al Tribunal de origen. Cúmplase.

Esta providencia se estudió y aprobó en la sesión de la fecha.

MARTHA TERESA BRICEÑO DE VALENCIA
Presidente

HUGO FERNANDO BASTIDAS BÁRCENAS

**Consejo de Estado: Sentencia 16934
del 29 de enero de 2009 C.P. Ligia López**

IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO - Actividades sobre las que recae. Sujetos pasivos / ENTIDADES ADSCRITAS AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD - Están excluidas del impuesto de industria y comercio / ACTIVIDAD NO SUJETA AL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO - Lo es el servicio de salud prestado por hospitales pertenecientes al Sistema Nacional de Salud / SERVICIO DE SALUD PRESTADO POR HOSPITALES - Se considera actividad no sujeta a industria y comercio / ACTIVIDADES DE INDUSTRIA Y COMERCIO DE ENTIDADES HOSPITALARIAS - Están sujetas al gravamen de industria y comercio

La Sala precisa que de conformidad con la Ley 14 de 1983 “por la cual se fortalecen los fiscos de las Entidades Territoriales y se dictan otras disposiciones”, el impuesto de Industria y Comercio grava en una jurisdicción municipal, el ejercicio de una actividad comercial, industrial o de servicios. Los sujetos pasivos son las personas naturales, jurídicas y sociedades de hecho, que realizan el hecho gravado, independientemente de la naturaleza jurídica que ostenten, salvo que la ley las exceptúe, como ocurre con el artículo 39 de la misma norma que prohíbe gravar con el impuesto de Industria y Comercio los servicios que prestan los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud. En consecuencia esta prohibido a los Municipios y Distritos de someter al gravamen Industria y Comercio a los establecimientos, entidades, asociaciones y hospitales indicados en la norma. Se trata de una prohibición no en relación con la actividad sino directamente con el hospital o clínica adscrita al Sistema Nacional de Salud. Es una prohibición legal, general y obligatoria, que forma parte de la estructura del impuesto de Industria y Comercio y que es diferente de las exenciones.

ENTIDAD PRIVADA DE SALUD - No sujeta al impuesto de industria y comercio / SERVICIO DE SALUD PRESTADO POR ENTIDADES PRIVADAS - Se considera actividad no sujeta al impuesto de industria y comercio

La prestación de servicios de salud por parte de entidades privadas, tales como las asociaciones y corporaciones sin ánimo de lucro, hacen parte del Sistema Nacional de Salud, como reiteradamente lo ha considerado la Sala en diversos pronunciamientos y en consecuencia, al Distrito le está prohibido gravar con este tributo sus actividades de servicios, con excepción de las industriales y comerciales que realicen, conforme al artículo 11 de la Ley 50 de 1984, pues, la intención del legislador al expedir el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 “fue no someter al cumplimiento de ninguna de las obligaciones sustanciales ni formales relacionadas con el impuesto de industria y comercio, cuando las entidades de salud estuvieran organizadas como clínica u hospitales y se ocupan de un servicio público de salud”. Ahora bien, como ha precisado la Sala en ocasiones anteriores, si bien los recursos que perciban las clínicas y hospitales no son susceptibles de ser gravados en virtud de lo dispuesto en el literal d) numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, por disposición del artículo 11 de la Ley 50 de 1984, no corren la misma suerte, es decir, están sujetos al gravamen los ingresos provenientes de actividades industriales y comerciales que reciban las entidades hospitalarias.

Nota de Relatoría: Ver sentencia en igual sentido de 2 de marzo de 2001, exp. 10888 C.P. doctor Juan Ángel Palacio Hincapié

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCION CUARTA**Consejero ponente: LIGIA LOPEZ DIAZ**

Bogotá, D. C., veintinueve (29) de enero de dos mil nueve (2009)

Radicación número: 25000-23-27-000-2006-01333-01(16934)**Actor: FUNDACION CARDIO - INFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA****Demandado: DIRECCION DISTRITAL DE IMPUESTOS DE BOGOTA****FALLO**

Se deciden los recursos de apelación interpuestos por las partes del proceso de referencia, contra la Sentencia del 28 de septiembre de 2007, mediante la cual el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Cuarta, Subsección "B", anuló los actos mediante los cuales la División de Liquidación de la Subdirección de Impuestos a la Producción y al Consumo, del Distrito Capital que determinaron oficialmente el impuesto de avisos y tableros correspondientes a los años gravables 2000, y 2001.

ANTECEDENTES

El 14 de enero de 2005, el grupo de fiscalización de impuestos a la producción y al consumo de la Dirección Distrital de Impuestos de Bogotá profirió, el Emplazamiento para Declarar No. 2005EE3188, correspondiente a los bimestres 2 a 6 de 2000; 1 y 2 de 2001.

El 15 de febrero de 2005, mediante la Liquidación de Aforo No. L.A IPC 10-367, se determinó oficialmente el impuesto de Industria y Comercio de la Fundación por los bimestres 1 al 6 del año gravable 2000 y los bimestres 1 y 2 del año gravable 2001.

El 20 de mayo de 2005, la Fundación interpuso recurso de reconsideración contra la mencionada liquidación.

El 16 de mayo de 2006, la Administración profirió la Resolución No. DDI 38374, mediante la cual se modificó la Liquidación de Aforo, al revocarla respecto del primer bimestre del año 2000.

DEMANDA

En ejercicio de la acción de nulidad y restablecimiento del derecho, la Fundación Cardio Infantil – Instituto de Cardiología, solicitó ante el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, declarar la nulidad de la Liquidación de Aforo No. LA-IPC-10-367 del 15 de marzo de 2005, y de la Resolución No. DDI 38374 del 16 de mayo de 2006, proferidos por las autoridades tributarias. Como restablecimiento del derecho, que se declare que no es sujeto pasivo del impuesto de Industria y Comercio, avisos y tableros.

Citó como normas violadas los artículos 29, 95 numeral 9°, 338 y 363 de la Constitución Política; 3, 35, 59 y 84 del Código Contencioso Administrativo; 2 del Decreto Distrital 807 de 1993 en concordancia con el artículo 693 del Estatuto Tributario y 39 numeral 2° literal d) de la Ley 14 de 1983.

En síntesis argumentó:

Se violaron los artículos anteriormente mencionados de la Constitución Política, puesto que desconocieron el derecho a la defensa y al debido proceso en diversas formas, incluyendo la violación al derecho de contradicción al no existir una explicación respecto a la determinación del impuesto de Industria y Comercio, avisos y tableros, así como los principios de legalidad, equidad y progresividad. Se señaló a la Fundación como sujeto pasivo del impuesto de Industria y Comercio, desconociendo el artículo 95 numeral 9° de la Constitución Política el cual prohíbe gravar con este tributo a los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud.

Existió falsa motivación por parte de los actos administrativos demandados puesto que los argumentos de las autoridades tributarias desconocen la no

sujeción de que goza la Fundación ya que no corresponden a una adecuada interpretación de las normas tributarias aplicables al caso y se fundamentan en hechos que no corresponden a la realidad. Se desconoció que la Fundación CARDIO INFANTIL – INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA, no es sujeto pasivo del impuesto de Industria y Comercio, por su carácter hospitalario.

El artículo 39 de la Ley 14 de 1983, consagra una prohibición expresa para las entidades municipales de gravar con el impuesto de Industria y Comercio la prestación de servicios de salud desarrollada por los hospitales adscritos o vinculados, al sistema nacional de salud.

Dicha prohibición fue acogida por el Distrito Capital, para el año gravable 2000 y 2001. El Decreto 400 de 1999, literal d) dispone:

“No están sujetas al impuesto de Industria y Comercio las siguientes actividades:

d) La educación pública, las actividades de beneficencia, culturales y/o deportivas, las actividades desarrolladas por los sindicatos, por las asociaciones de profesionales y gremiales sin ánimo de lucro, por los partidos políticos y los servicios prestados por los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud.

En los actos administrativos impugnados se restringe el ámbito de aplicación de la norma en cuestión exclusivamente a las IPS de carácter público, con lo cual se excede la norma legal aplicable y se desconoce el respectivo principio de igualdad, el artículo 35 del Decreto 400 de 1999, no distingue entre IPS de carácter público o privado, y los funcionarios administrativos no tienen esta facultad.

La Fundación ha sido catalogada como una IPS, calidad que las mismas autoridades tributarias reconocen, razón por la cual, es una entidad vinculada actualmente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

OPOSICIÓN

El Distrito Capital de Bogotá a través de apoderado contestó la demanda y se opuso a las pretensiones de la actora.

Alegó que según el concepto jurídico No. 1028 de abril 27 de 2004, no constituyen base gravable los ingresos recibidos por actividades industriales, comerciales o de servicios que comprometan los recursos del POS, salvo aquellos recursos no destinados al Plan Obligatorio de Salud.

Las IPS de derecho privado son sujetos pasivos del tributo, solo tienen exención parcial de la base gravable sobre los recursos destinados al POS.

La Administración aforó al contribuyente y liquidó el impuesto por diferentes ingresos obtenidos al Plan Obligatorio de Salud, a su vez concluyó que la Fundación CARDIO INFANTIL – INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA, registró ingresos no operacionales por concepto de servicios de medicina prepagada, compañías aseguradoras (SOAT), personas naturales, particulares y jurídicas.

LA SENTENCIA APELADA

El Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Cuarta, Subsección “B”, mediante providencia de fecha 28 de septiembre de 2007 confirmó las súplicas de la demanda con fundamento en las siguientes consideraciones:

Conforme a lo señalado por el Consejo de Estado¹, los servicios que prestan las entidades promotoras de servicios de salud no están exentos del impuesto de Industria y Comercio, salvo las excepciones de la ley².

Los aportes parafiscales obtenidos para la salud, no pueden ser incluidos dentro de la base gravable de dicho impuesto, por pertenecer al sistema de

¹ Sentencia del 17 de septiembre de 2003, Exp.13301 M.P. María Inés Ortiz Barbosa.

² Artículo 31 del Decreto Distrital 400 de 1999.

seguridad social en salud según el numeral 3 del artículo 155 de la Ley 100 de 1993.

Las clínicas y hospitales no son sujetos pasivos del impuesto de Industria, Comercio y Avisos³, siempre y cuando reciban recursos del Estado para cumplir el servicio público de salud y sólo por este concepto, no están obligados a pagar dicho impuesto, es decir los recursos parafiscales no hacen parte de la base gravable.

El auto que liquidó el impuesto de Industria y Comercio, no se encuentra debidamente motivado, pues no expresa los valores que tuvo en cuenta la Administración para calcularlo. Se omitieron los requisitos contemplados en el Decreto Distrital 807 y en el Estatuto Tributario, puesto que no indicaron los valores que conformaban las bases gravables.

EL RECURSO DE APELACION

La parte demandada impugnó la sentencia de primera instancia. Consideró:

Existe una equivocación por parte del Tribunal al endilgarle al acto liquidatorio un vicio consistente en la falta de motivación, lo cual no es cierto, puesto que para la expedición del mismo, la Administración determinó que dicha Fundación realizó actividades gravables que generan el impuesto de Industria y Comercio, Avisos y Tableros, donde obtuvo recursos no parafiscales, teniendo el deber de cumplir con las obligaciones tributarias sustanciales, que se derivan de su calidad de sujeto pasivo del tributo.

De otra parte, tanto el acto liquidatorio como la resolución que resolvió el recurso de reconsideración fueron claros y los valores que se tomaron para calcular la base gravable se encuentran en los folios 168 a 170 del c.p.

La parte actora se adhirió a la apelación y sostuvo que la Fundación **CARDIO INFANTIL – INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA**, no es sujeto del

³ Literal d) numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983.

impuesto de Industria y Comercio, y tampoco es una EPS, según el artículo 39, numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983, puesto que las clínicas y hospitales que reciban recursos del Estado no están obligados a pagar dicho impuesto.

De otra parte, los recursos parafiscales no pueden ser sometidos al impuesto de Industria y Comercio y a su vez los recursos de las EPS o de las IPS, pueden ser sometidos a gravamen.

ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

La parte demandante reiteró lo expuesto en la demanda y solicitó que se confirme la Sentencia impugnada.

El Hospital por expresa disposición legal se considera no sujeto a dicho tributo. Los recursos obtenidos por el pago de la UPC son no sujetos, mientras que cualquier valor adicional, por encima del POS, en ingreso gravado para efectos del impuesto de Industria y Comercio. La UPC, es el recurso que recibe la EPS el cual es utilizado para cubrir los gastos administrativos y de servicio de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La Fundación es una entidad no sujeta al impuesto de Industria y Comercio respecto de los servicios de salud que presta, por que es una entidad hospitalaria vinculada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La parte **demandada** reiteró lo expuesto en el recurso de apelación y en la contestación de la demanda.

El **Ministerio Público** no rindió concepto en esta etapa procesal.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

En el presente caso se controvierte la legalidad de los actos administrativos por los cuales se determinó oficialmente el impuesto correspondiente a los bimestres 2 a 6 de 2000; 1 y 2 de 2001.

La Sala precisa que de conformidad con la Ley 14 de 1983 *“por la cual se fortalecen los fiscos de las Entidades Territoriales y se dictan otras disposiciones”*, el impuesto de Industria y Comercio grava en una jurisdicción municipal, el ejercicio de una actividad comercial, industrial o de servicios. Los sujetos pasivos son las personas naturales, jurídicas y sociedades de hecho, que realizan el hecho gravado, independientemente de la naturaleza jurídica que ostenten, salvo que la ley las exceptúe, como ocurre con el artículo 39 de la misma norma que prohíbe gravar con el impuesto de Industria y Comercio los servicios que prestan los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud, en los siguientes términos:

“Artículo 39

No obstante lo dispuesto en el artículo anterior (esto es la facultad de los Municipios de otorgar exenciones de impuestos municipales) continuarán vigentes:

(...)

2.- Las prohibiciones que consagra la Ley 26 de 1904; además, subsisten para los Departamentos Y municipios, las siguientes prohibiciones:

(...)

d) La de gravar con el impuesto de industria y comercio los establecimientos educativos públicos, las entidades de beneficencia, las culturales y deportivas, los sindicatos, las asociaciones de profesionales y gremiales sin ánimo de lucro, los partidos políticos, y los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud”(Subrayado fuera del texto.)

Este literal fue parcialmente modificado por el artículo 11 de la Ley 50 de 1984, que dispone:

“Artículo 11. Cuando las entidades a que se refiere el artículo 39, numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983 realicen actividades industriales o comerciales serán sujetos del impuesto de industria y comercio en lo relativo a tales actividades.”

Estas normas se aplican al Distrito Capital pues se acogieron en los mismos términos por el numeral 4 del artículo 4° del Acuerdo 21 de 1983 compilado en el literal d) y en el párrafo 1° del artículo 35 del Decreto Distrital 400 de 1999.

En consecuencia esta prohibido a los Municipios y Distritos de someter al gravamen Industria y Comercio a los establecimientos, entidades, asociaciones y hospitales indicados en la norma. Se trata de una prohibición no en relación con la actividad sino directamente con el hospital o clínica adscrita al Sistema Nacional de Salud. Es una prohibición legal, general y obligatoria, que forma parte de la estructura del impuesto de Industria y Comercio y que es diferente de las exenciones.

En cuanto al alcance del concepto *“hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud”*, es necesario precisar cómo está conformado el Sistema y qué entidades lo integran, conforme a la normatividad aplicable.

En primer lugar, el Decreto 356 de 1975 “por el cual se establece el régimen de adscripción y vinculación de las entidades que prestan servicio de salud”, dispuso en su artículo 9: *“Las entidades de derecho privado que presten servicios de salud a la comunidad, por el solo hecho de prestar estos servicios, se entienden vinculadas al Sistema Nacional de Salud”*. (Negrillas fuera del texto).

En segundo lugar, la Ley 10 de 1990, “Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones”, en el artículo 52 derogó expresamente el anterior Decreto, sin embargo, no excluyó a las entidades de derecho privado, por el contrario, las incluyó de manera expresa, así:

“Artículo 4. Para efectos de la presente ley, se entiende que el Sistema de Salud comprende los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación: que en él intervienen diversos factores tales como los de orden biológico, ambiental, de comportamiento y de atención propiamente dicha, y que de él forman parte, tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, como también en lo

pertinente, las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud (...)” (subraya la Sala).

Por su parte el artículo 5 ibídem, señala que el sector salud está integrado por el subsector oficial y por el subsector privado, este último conformado por:

- a) Entidades o instituciones privadas de seguridad social y cajas de compensación familiar, en los pertinente a la prestación de servicios de salud;}
- b) Fundaciones o instituciones de utilidad común;
- c) Corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro;
- d) Personas privadas naturales o jurídicas.

Particularmente, frente a las entidades privadas, el artículo 7 ibídem dispone:

“Artículo 7º.- Prestación de servicios de salud por entidades privadas, las Fundaciones o instituciones de utilidad común, las asociaciones y corporaciones, sin ánimo de lucro, y en general, las personas privadas jurídicas, podrán prestar servicios de salud en los niveles de atención y grados de complejidad que autorice el Ministerio de Salud o la entidad territorial delegatoria”.

La Ley 100 de 1993 reorganizó el sector salud, bajo el nombre de “Sistema de Seguridad Social en Salud”, conformado, entre otros por el Gobierno Nacional, el Fosyga, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), definidas éstas últimas como “entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las promotoras de salud o fuera de ellas...” (artículo 156).

El artículo 177 ibídem define las “Entidades Promotoras de Salud” como *“las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía...”*.

De acuerdo con las anteriores normas, la prestación de servicios de salud por parte de entidades privadas, tales como las asociaciones y corporaciones sin ánimo de lucro, hacen parte del Sistema Nacional de Salud, como reiteradamente lo ha considerado la Sala en diversos pronunciamientos⁴ y en consecuencia, al Distrito le está prohibido gravar con este tributo sus actividades de servicios, con excepción de las industriales y comerciales que realicen, conforme al artículo 11 de la Ley 50 de 1984, pues, la intención del legislador al expedir el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 *“fue no someter al cumplimiento de ninguna de las obligaciones sustanciales ni formales relacionadas con el impuesto de industria y comercio, cuando las entidades de salud estuvieran organizadas como clínica u hospitales y se ocupan de un servicio público de salud”*⁵.

Ahora bien, como ha precisado la Sala en ocasiones anteriores, si bien los recursos que perciban las clínicas y hospitales no son susceptibles de ser gravados en virtud de lo dispuesto en el literal d) numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, por disposición del artículo 11 de la Ley 50 de 1984, no corren la misma suerte, es decir, están sujetos al gravamen los ingresos provenientes de actividades industriales y comerciales que reciban las entidades hospitalarias.⁶

En consecuencia, los servicios de salud prestados por parte de entidades privadas, como en este caso la Fundación CARDIO INFANTIL – INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA que hace parte del Sistema Nacional de Salud no están sujetos al impuesto de Industria, Comercio y Avisos, y en

⁵ Sentencias del 2 de marzo de 2001, Exp. 10888 y 13299 del 10 de junio de 2004 M.P. Juan Ángel Palacio Hincapié; 9 de diciembre de 2004, Exp. 14174 M.P. Elizabeth Whittingham García; 15 de junio de 2006, Expediente 15185 M.P. Ligia Lopez Díaz.

⁶ Sentencia del 2 de marzo de 2001, Exp. 10888 M.P. Juan Ángel Palacio Hincapié.

⁶ Sentencias del 30 de noviembre de 2006, Exp. 15608 M.P. Ligia López Díaz y del 28 de junio de 2007 Exp. 15465 M.P. María Inés Ortiz Barbosa.

consecuencia a la Dirección de Impuestos Distritales le está prohibido gravar con este tributo sus actividades de servicios.

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

FALLA

CONFÍRMASE la sentencia del 28 de septiembre de 2007, proferida por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Cuarta, Subsección "B", por las razones expuestas en la parte motiva de esta Providencia.

Cópiese, notifíquese, comuníquese. Devuélvase al Tribunal de origen. Cúmplase.

La anterior providencia se estudio y aprobó en la sesión de la fecha.

MARTHA TERESA BRICEÑO DE VALENCIA **LIGIA LÓPEZ DÍAZ**
PRESIDENTE

HÉCTOR J. ROMERO DÍAZ

**Consejo de Estado: Sentencia 17459
del 3 de marzo de 2011 C.P. Hugo
Fernando Bastidas**

apelación propuesto por la demandada procede parcialmente, en la medida que, como quedó establecido en el fallo de la Sala, el Impuesto de Industria y Comercio, pero no sobre la totalidad de los ingresos que percibió durante el periodo de tiempo que se le atribuye, recibió por el desarrollo de actividades industriales y comerciales, distintas a la prestación de servicios de salud, declarar debió calcularse sobre la totalidad de los ingresos gravables, y no sobre la totalidad de los ingresos percibidos.

SERVICIOS PUBLICOS - Son inherentes a la finalidad social del Estado / **SEGURIDAD SOCIAL** - Son las encargadas de la afiliación y el registro de los afiliados al sistema de seguridad social / **EPS** – Son las encargadas de la afiliación y el registro de los afiliados al sistema de seguridad social / **IPS** - Son aquellas que prestan los servicios de salud

La Sala precisa que el artículo 365 de la Carta Política dispone que los servicios públicos son inherentes al Estado y que éste asegure su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional. Por lo tanto, el régimen jurídico que fije la ley y pueden ser prestados por el Estado, directa o indirectamente, por el sector privado o en todo caso, el Estado debe mantener la regulación, el control y la vigilancia de dichos servicios. El artículo 175 de la Carta Política dispone que, la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado al que corresponde la prestación de los servicios de salud a los habitantes conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. El artículo 176 de la Carta Política establece las políticas para la prestación de los servicios de salud por entidades privadas y ejercer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su prestación. Precisamente, para garantizar la seguridad social integral en general y, en particular, la prestación de los servicios de salud, la Carta Política dispuso que la seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, pero no se podrá destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a los contemplados en el sistema, entre otros sujetos, las entidades promotoras de salud en calidad de organismos de administración de salud, en calidad de prestadoras del servicio público de salud. De conformidad con el artículo 177 de la Carta Política, las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados al sistema de seguridad social en el marco de la delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Su función básica es organizar y garantizar el acceso a la salud Obligatoria a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la Ley 100, la diferencia entre los aportes de los afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía. Las entidades prestadoras de salud son aquellas que prestan los servicios de salud, en su nivel de atención correspondiente, de acuerdo con los parámetros y principios señalados en la Ley 100 de 1993.

FUENTE FORMAL: CONSTITUCION POLITICA – ARTICULO 365 / CONSTITUCION POLITICA – ARTICULO 175

IPS - Deben contar con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos y el cumplimiento del plan obligatorio de salud / **UPC** – Las EPS solo deben registrar los costos de los servicios prestados y el impuesto de industria y comercio en lo que se refiere al servicio público de salud

A efectos de garantizar la eficiencia del servicio, del artículo 185 de la Ley 100 de 1993 se deriva que las entidades que deben prestar esos servicios conforme con las reglas de la libre competencia y dentro del mercado de salud, además del servicio público de salud, existe un mercado de servicios de salud, las entidades prestadoras de salud deben contar con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios prestados y el cumplimiento del plan obligatorio de salud. Como puede apreciarse, a diferencia de lo previsto para las EPS, las IPS exigen manejar en cuentas independientes del resto de rentas y bienes, el ingreso por concepto de la prestación de los servicios de salud. Sólo se les exige registrar los costos de los servicios ofrecidos. Lo anterior tiene su razón de ser por el hecho de que el ingreso por concepto de la prestación de los servicios de salud por concepto de la prestación de los servicios de salud son las entidades promotoras de salud. No obstante, como se ha establecido, las entidades que prestan los servicios de salud por encargo de las empresas promotoras de salud, servicios que se prestan a través de los mecanismos de pago que para el efecto se pacten, es pertinente concluir que los ingresos que perciben por concepto de la prestación de los servicios de salud pública, también son ingresos que pertenecen a la seguridad social. En ese contexto, para la Sala, las IPS gozan de la exención prevista en el literal d) del artículo 185 de la Ley 100 de 1993 en cuanto dispone que no están sujetos al impuesto de industria y comercio “(...) los servicios prestados por las entidades del sistema nacional de salud”. En ese orden de ideas, la Sala considera que cuando el literal d) del artículo 185 de la Ley 100 de 1993 establece que no están sujetos al impuesto de industria y comercio “...los servicios prestados por los hospitales a cargo de las EPS”, se refiere a los servicios prestados por las EPS y no a los servicios prestados por las IPS.

debe entenderse que en la actualidad se refiere al servicio público de salud cuya prestación debe garantizar el Sistema de Seguridad Social Integral y, especialmente, de las empresas promotoras de salud, en ambos casos, de naturaleza pública, privada o mixta, en desarrollo del plan obligatorio

FUENTE FORMAL: LEY 100 DE 1993 – ARTICULO 185 / LEY 14 DE 1983 - LITERAL D) DE

IPS – Son sujetos pasivos del impuesto de industria y comercio por la prestación de servicios diferentes

Los ingresos que perciban las IPS por la prestación de servicios de salud diferentes a los anteriormente porque si bien son servicios que se pueden prestar por instituciones adscritas o vinculadas al sistema Social Integral, no debe perderse de vista que este nuevo sistema, conforme se precisó anteriormente “servicios de salud”, mercado que incluye, por una parte, los servicios prestados de manera obligatoria a instancia de sentencias judiciales y, por otra, los servicios prestados de manera voluntaria y extrajudicial, servicios médicos que se prestan en virtud de seguros médicos, planes complementarios de salud o por médicos extraordinarios.

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCION CUARTA

Consejero ponente: HUGO FERNANDO BASTIDAS BARCENAS

Bogotá, D.C., Tres (3) de marzo de dos mil once (2011).

Radicación número: 25000-23-27-000-2007-00243-01(17459)

Actor: FUNDACION CARDIO INFANTIL- INSTITUTO DE CARDIOLOGIA

Demandado: SECRETARIA DE HACIENDA-DIRECCION DISTRITAL DE IMPUESTOS

FALLO

La Sala decide el recurso de apelación interpuesto por el apoderado de la Secretaría de Hacienda de Bogotá de octubre de 2008, proferida por la Sección Cuarta, Subsección “A” del Tribunal Administrativo de Bogotá, de la siguiente manera:

“PRIMERO. Se declara la nulidad de la Resolución sancionatoria No 9600-DD-057816-2006-EE-2 Subdirector de Impuestos a la Producción y el Consumo, y contra la Resolución No. 064053-DDI-2 por la Subdirectora Jurídico (sic) Tributaria, dependencias ambas pertenecientes a la Dirección Distrital del Distrito Capital de Bogotá, por medio de las cuales se impuso sanción a la FUNDACIÓN CARDIO para presentar declaraciones del impuesto de industria, comercio, avisos y tableros correspondientes a la resolución que se resuelve el recurso de reconsideración, respectivamente.

SEGUNDO. A título de restablecimiento del derecho se declara que la citada Fundación no está obligada a pagar los impuestos antes mencionados, según lo expuesto en la parte motiva.

(...)”

I. ANTECEDENTES PROCESALES

LA DEMANDA

La FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL-INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA, a través de apoderado :

“A. (...) se declare la nulidad total tanto de la Resolución No. 9600-DDI-057816-2006-EE-204954 064053-DDI-2007-EE-177581 del 30 de julio de 2007, ambas proferidas por la Dirección Distrital Capital de Bogotá.

B. Consecuentemente solicito que se declare que la Fundación no tiene que pagar dicha sanción, al Industria y Comercio, Avisos y Tableros, por los bimestres 3 a 6 de 2001, y 1 a 6 del año 2002.”

Invocó como normas violadas los artículos 29, 83, 95, numeral 9º, 338 y 363 de la Constitución Pol Ley 14 de 1983; capítulo 2º del Decreto 1050 de 1968; 8 del Decreto 3130 de 1968; 2º, 55, 61 y 10 Distrital 400 de 1999.

El concepto de violación lo desarrolló así:

Nulidad por falsa motivación, en cuanto al fundamento jurídico para ello, y por falta de motivación base para liquidar la sanción en cuestión. (Violación de los artículos 29 y 83 de la Constitución Pol 35, 59 y 84 del C.C.A, y los artículos 712 y 746 del E.T.)

Dijo que no es aceptable que la Administración incluya dentro de la base para liquidar la sanción t importar si están o no gravados con el ICA. Que esta situación contradice el artículo 60 del Decret sanción por no declarar está constituída por los ingresos brutos de la fundación, es decir, aquellos r

Indicó que la Administración omitió la debida tasación de la sanción con base en el impuesto que, e Asimismo, reconoció abiertamente que liquidó la sanción tomando como base los ingresos POS qu

La Administración sostuvo, equivocadamente, en los actos acusados, que para que la Fundación pu debía ser exclusivamente una entidad de beneficencia, como lo contempla el literal d) del artículo 3

Dijo que la Administración confundió la no sujeción de las asociaciones profesionales y sin ánimo señaladas en los artículos 35 el Decreto 400 de 1999 y 39 del Decreto 352 de 2002, con los hospital Salud.

Añadió que la Administración olvidó que no todo ingreso, inversión o rendimiento está gravado co ocasión del ejercicio de actividades industriales, comerciales o de servicios puede formar parte de l

Por tanto, consideró que la sanción impuesta no estaba debidamente motivada, porque los valores q Administración.

Nulidad por extemporaneidad de la resolución sanción. (Violación del artículo 29 de la Constitució C.C.A. y del artículo 55 del Decreto Distrital 807 de 1993)

Dijo que conforme con el artículo 55 del Decreto 807 de 1993, la Administración Tributaria tiene u correspondiente, siguientes al vencimiento del término para responder el pliego de cargos.

Que si se aceptara que el emplazamiento para declarar hace las veces de pliego de cargos, como lo demanda se notificó extemporáneamente el día 14 de julio de 2006; esto es, casi un año después de 55 ibídem. Esta situación, añadió, anula los efectos de aplicabilidad del acto acusado.

Los servicios prestados por la Fundación se consideran no sujetos al Impuesto de Industria y Come previstos en la Ley para el efecto. (Violación de los artículos 95 numeral 9º, 338 y 363 de la Consti artículo 39, numeral 2, literal d) de la Ley 14 de 1983)

Dijo que es jurídicamente improcedente imponer sanción por no declarar ICA a la Fundación, cuyas actividades que desarrolla en el Distrito Capital.

Añadió que el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 consagró una prohibición expresa para las entidades de servicios de salud desarrollada por “los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud.

A pesar de lo anterior, agregó, la Dirección Distrital de Impuestos calificó a la Fundación como una entidad considerada como no sujeta al ICA.

Precisó que en la resolución que resuelve el recurso de reconsideración, la Administración reorientó los ingresos derivados del POS, SOAT y prestación social de vejez están excluidos del ICA, lo cual no es acertado.

Afirmó que la Fundación presta servicios de salud en calidad de entidad hospitalaria vinculada al Sistema de Seguridad Social en Salud. Por tanto, los ingresos que percibió por esa actividad no están sometidos a lo dispuesto en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983.

Precisó que es una entidad hospitalaria (IPS) vinculada al Sistema Nacional de Salud. Que, no obstante, la Fundación y consideró equivocadamente que la expresión “vinculada” tiene el alcance previsto en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983.

Agregó que, de acuerdo con la jurisprudencia, el término “vinculación” se aborda desde tres perspectivas: i) para indicar que la finalidad de la salud; ii) para indicar que la vinculación denota que la entidad prestadora de servicios de salud de carácter público se denominan adscritas al sistema salud, y iii) dicho término significa que la entidad es destinada a la prestación del servicio público de salud.

Dijo que el Distrito interpretó equivocadamente lo decidido en la sentencia de la Corte Constitucional en el caso de impuesto de industria y comercio los ingresos que perciben las EPS por UPC.

No obstante, señaló, este argumento no se aplica a su caso, porque la Fundación es una IPS que goza de exención del impuesto de industria y comercio. Precisó que, en la práctica, la Fundación recibe ingresos por la prestación del servicio de salud y no por actividades comerciales.

Indicó que si, en gracia de discusión, se aceptara que los ingresos de la Fundación se obtuvieron de actividades comerciales, los demandados no tasaron la sanción sobre una base gravable real, ni explicaron las partidas que fueron gravadas.

Explicó que la Fundación recibe de las EPS o las aseguradoras el valor de los servicios de salud que son prepagados o SOAT son ingresos operacionales, registrados como tales en los estados financieros, y cuyos pagos son efectuados por estas entidades, en cumplimiento del contrato suscrito con el usuario.

Dijo que los asientos contables correspondientes a la “medicina prepagada” y “SOAT” se registran cuando el servicio que se hubiere suministrado, independientemente de que el paciente haya adquirido su servicio a una medicina prepagada o por medio de una póliza de seguro en salud.

Añadió que los ingresos por honorarios médicos, venta de medicamentos, donaciones, ambulancias operacionales del período y que fueron tomados como referencia por la Administración para liquidar el impuesto de industria y comercio de los servicios de prestación de salud que desarrolla la Fundación o como ingresos no gravados como actividades comerciales.

Indicó que no es cierto que la Fundación haya recibido ingresos por actividades comerciales o de servicios en el período 2001, pues todos los ingresos que recibió durante dichas vigencias provinieron del servicio de salud y no de actividades comerciales. Aplicación del impuesto.

Falsa motivación en el sucinto fundamento empleado por la Administración Tributaria Distrital en el artículo 35 y 59 del C.C.A. y del literal d) del artículo 35 del Decreto 400 de 1999)

Dijo que los actos demandados adolecen de falsa motivación, pues pretenden aplicar, como sustent que regulan lo correspondiente a las EPS y ARP. También, porque consideran que la no sujeción de Decreto 400 de 1999, sólo aplica a quien tenga la calidad de asociación profesional o gremial sin ár

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

La SECRETARÍA DE HACIENDA contestó la demanda en los siguientes términos:

Precisó que mediante Concepto 977 del 10 de abril de 2003 se concluyó que las siguientes Instituci sujetas al ICA:

Las IPS adscritas o vinculadas al sistema nacional de salud en las que medie control de tutela por p

Las Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital y,

Los hospitales de propiedad de la Nación, que gozaban de exención con anterioridad al 1° de enero

Dijo que las instituciones prestadoras de salud que no son de carácter público y que no reúnen algu pasivos del ICA, y como tal deben cumplir los deberes sustanciales y formales que la norma tributa derecho privado que prestan servicios de salud y aquellas que teniendo carácter público, no se enco del ICA.

Manifestó que la limitación de la exención se justifica plenamente, en la medida en que los recurso: concepto de pago del POS, se hallan vinculados sólo parcialmente al cubrimiento de las prestacione de otros rubros relativos a gastos administrativos y utilidades, los cuales no pueden gozar de exenci

Añadió que las IPS de carácter público, así como las de derecho privado, que sean sujetos pasivos c medida en que contraten con personas que tengan el carácter de agentes de retención del impuesto, Acuerdo 65 de 2002: i) Los pagos o abonos en cuenta que se efectúen a los no contribuyentes del ir abonos en cuenta no sujetos o exentos; iii) cuando el beneficiario del pago sea una entidad de derec catalogado como gran contribuyente por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales y sea de Bogotá, excepto cuando quien actúe como agente retenedor sea una entidad pública.

Recordó que cuando se trata de sujetos pasivos cuyos ingresos están gravados, que hayan obtenido salud dentro del Plan Obligatorio de Salud, deberán tributar sobre la parte que constituye gasto adrn conforme a las reglas generales de la base gravable del ICA.

Con respecto a la calidad de fundación de la demandante, dijo que para las fundaciones y, en gener: sujeción la determina el hecho de realizar actividades de beneficencia o caridad pública y/o activida ejercer actividades sin ánimo de lucro.

Dijo que revisado el Decreto 807 de 1993, se advirtió que no existe disposición que exija como pre proferir la liquidación oficial de aforo, un pliego de cargos. Esta situación, agregó, implica que la A condicionada a que se haya notificado la resolución sanción, conforme con el artículo 103 del menc marzo de 2003, proferida por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca en el expediente 2002-C

Precisó que los artículos 715 y 716 del E.T. señalan el procedimiento de la sanción por no declarar. cumplan con la obligación de declarar el impuesto, deberán ser sancionados por no declarar, caso e para declarar, en el que se le indica al obligado que dentro del término perentorio de un mes deberá

Dijo que una cosa es el requerimiento especial previsto para la liquidación oficial de revisión, en el cargo, y otra muy distinta el emplazamiento para declarar, que antecede a la sanción por no declara

contribuyente su obligación de no declarar y se le advierte sobre las consecuencias que acarrea no haber declarado, sino para otros tipos de sanciones.

De tal manera, agregó, que no es procedente el argumento del demandante de que se requiera de un objeto de discusión.

Dijo que de acuerdo con los plazos para declarar el ICA, establecidos en la Resolución 1227 del 7 de julio de 2001, la acción sancionatoria de la demandante, la facultad para sancionar venció el 18 de julio de 2006.

Como la resolución sanción objeto de discusión fue proferida el 7 de julio de 2006, notificada el 14 de julio de 2006, extemporánea y se ajustó a lo que para el efecto dispone el artículo 55 del E.T.

II. LA SENTENCIA APELADA

El Tribunal Administrativo de Cundinamarca declaró la nulidad de los actos demandados y, a título de costas, condenó a la demandante a pagar la sanción que le fue impuesta en los mismos. Para el efecto de la sanción, declaró que la demandante no estaba obligada a pagar la sanción que le fue impuesta en los mismos.

Dijo que conforme con artículo 39 del Decreto 352 de 2002, “los servicios prestados por los hospitales no son sujetos al impuesto de industria y comercio y por lo tanto no están obligados a registrarse ni a pagar el impuesto de industria y comercio.”

Agregó que “la norma no distingue entre hospitales cuya naturaleza jurídica sea de derecho público o de derecho privado, los servicios son prestados por hospitales o clínicas públicas o privadas, en ambos casos hay lugar a la imposición del impuesto de industria y comercio y se distingue si los servicios corresponden al POS o a otros conceptos como consultas privadas, servicios de diagnóstico por imagen, con compañías aseguradoras, con ARS, etc.”.

Después de transcribir el artículo 9º del mismo decreto, precisó que la sanción por no declarar el ICA se aplica sobre los ingresos brutos obtenidos en Bogotá o los que figuren en la última declaración presentada. Que, sin embargo, de acuerdo con el Consejo de Estado, al imponerse la sanción se deben observar los principios de justicia, equidad y proporcionalidad.

Que al aplicarse los anteriores principios al caso de la demandante, la Administración no debió liquidar el impuesto de industria y comercio indiscriminadamente sobre la totalidad de los ingresos brutos que percibió la Fundación.

Conforme con las pruebas que obran en el expediente, el Tribunal dedujo que la demandante es una entidad sin ánimo de lucro, que presta servicios de salud como hospital.

A partir de la sentencia del 15 de junio de 2006, expediente 15185, CP. Juan Ángel Palacio Hincapié, se concluyó que la Fundación pertenece al Sistema de Seguridad Social en Salud y que, por ese hecho, debe ser considerada no sujeta al impuesto de industria y comercio de acuerdo con la Ley 14 de 1983.

Dijo que carecía de fundamento la afirmación de la demandada, sustentada en diversos conceptos jurídicos, de que los servicios derivados del POS no están gravados con el ICA, toda vez que la Ley 14 de 1983 no hace distinción entre los servicios que realizan los hospitales. Aclaró que la norma establece la prohibición de gravar con el impuesto de industria y comercio a los servicios que prestan los hospitales del Sistema de Seguridad Social en Salud.

En consecuencia, concluyó que si la Fundación no era sujeto pasivo del ICA, tampoco estaba obligada a declarar el impuesto de industria y comercio conforme al parágrafo 2º del artículo 39 del Decreto Distrital 352 de 2002, y tampoco se generaba el impuesto de industria y comercio por no declarar, contemplado en el artículo 9 del Acuerdo 27 de 2001.

RECURSO DE APELACIÓN

La SECRETARÍA DE HACIENDA DISTRITAL interpuso recurso de apelación en contra de la decisión del Tribunal Administrativo de Cundinamarca.

Manifestó apartarse de la sentencia proferida por el Tribunal y transcribió textualmente el “MEMO Industria y Comercio, Subtema: Base Gravable EPS, ARS e IPS por los servicios que presten dentro de la zona urbana de Bogotá”, y el “MEMORANDO CONCEPTO No. 1028, Tema: Industria y Comercio, Subtema: Aplicación de la Ley 788 del 2002, por el cual se declaran inexecutable las expresiones porcentuales contenidas en el artículo 111 de la Ley 788 del 2002”.

ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

La SECRETARÍA DE HACIENDA DISTRITAL alegó de conclusión. Para el efecto reiteró los argumentos en el recurso de apelación.

La FUNDACIÓN CARDIO INFANTÍL – INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA alegó de conclusión. Dijo que el recurso interpuesto por la Secretaría de Hacienda debe ser declarado desierto.

Adicionalmente, consideró que el recurso interpuesto por la Secretaría de Hacienda debe ser declarado desierto. Dijo que en el recurso no se hace ninguna sustentación en contra de la sentencia que dice literalmente dos conceptos de la Subdirección Jurídica, sin incluir una sola tachita frente a la sentencia.

Añadió que la misma naturaleza jurídica de los conceptos transcritos impide que la argumentación especial como medio para impugnar un fallo. Que los conceptos transcritos tratan de un sinnúmero de conceptos, objeto o materia de litigio.

Solicitó que se declare desierto el recurso interpuesto, por no reunir los requisitos dispuestos en los artículos 100 y 101 del Código de Procedimiento Civil.

El MINISTERIO PÚBLICO alegó de conclusión. Solicitó que se confirmara la sentencia apelada.

Además, después de transcribir el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 y apartes de la sentencia del 10 de octubre de 2006, proferida por el Subdirector de Impuestos a la Producción y al Consumo, y 064053-DDI-2006, de la Subdirección Jurídica Tributaria de la Secretaría de Hacienda Distrital, por medio de las cuales se sancionó a la Fundación Cardio Infantil por no declarar el Impuesto de Industria, Comercio, Avisos y Tableros, correspondiente al año 2002.

Transcribió apartes de la sentencia del 24 de julio de 2008, expediente 2005-01352, CP. Héctor Rodríguez, legislador, al expedir el literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, fue exonerar del cumplimiento de los requisitos atinentes al impuesto de industria y comercio a los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud. Indicadas en el fallo de primera instancia, pertenece la demandante.

II. CONSIDERACIONES DE LA SALA

De acuerdo con el recurso de apelación interpuesto, la Sala decidirá si son nulas las Resoluciones N.º 064053-DDI-2006, proferida por el Subdirector de Impuestos a la Producción y al Consumo, y 064053-DDI-2006, de la Subdirección Jurídica Tributaria de la Secretaría de Hacienda Distrital, por medio de las cuales se sancionó a la Fundación Cardio Infantil por no declarar el Impuesto de Industria, Comercio, Avisos y Tableros, correspondiente al año 2002.

Para el efecto, se establecerá si la Fundación Cardio Infantil - Instituto de Cardiología es sujeto pasivo del impuesto de industria y comercio. Si no, contrario, se encuentra cobijada por la no sujeción prevista en el literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983.

Dependiendo de lo anterior, la Sala establecerá si era procedente imponer a la demandante sanción de multa. Si no, si para hacerlo debía proferirse previamente un pliego de cargos.

Para resolver lo anterior, se resaltan los siguientes hechos probados:

- La Fundación Cardio Infantil es una IPS privada sin ánimo de lucro, prestadora de servicios hospitalarios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.

- El 14 de enero de 2005, el Coordinador del Grupo de Fiscalización de la Unidad de Determinación Consumo de la Dirección Distrital de Impuestos, profirió el emplazamiento para declarar no. 2005I para que dentro del término de 1 mes, contado a partir de la notificación de dicho acto, presentara la a 6 de 2000, 2001 y 2002

- Previa respuesta al emplazamiento, la Subdirección de Impuestos a la Producción y al Consumo p julio de 2006, por medio de la cual impuso sanción por no declarar el ICA a la Fundación Cardio Ir

- La anterior resolución fue confirmada mediante la Resolución No. DDI064053 del 30 de julio de 1 interpuesto por el demandante.

DE SI LA FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL ES SUJETO PASIVO DEL IMPUESTO DE INDU

Esta Sección, en las sentencias del 29 de enero del 2009 y del 25 de marzo de 201, se refirió a otros nulidad de los actos administrativos que determinaron el impuesto de industria, comercio, avisos y

En esa oportunidad la Sala concluyó que la Fundación Cardio Infantil - Instituto de Cardiología hac Salud, y que de acuerdo con el literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 era sujeto pasivo del i únicamente respecto de los ingresos que percibía por el desarrollo de actividades industriales y com

Posición que se acoge en el caso in examine.

DE SI PROCEDÍA IMPONER SANCIÓN POR NO DECLARAR EL ICA Y SI ERA NECESARIO IMPOSICIÓN

El Acuerdo 21 del 9 de diciembre de 1983, en el artículo 50, estableció la facultad de la Dirección I a aquellos contribuyentes que estando obligados a presentar la declaración del impuesto de industri 55 estableció la “sanción por aforo”, que se impondría en el mismo acto de liquidación, equivalente Administración.

Posteriormente, el artículo 60 numeral 2° del Decreto Distrital 807 de 199 estableció la sanción por y tableros equivalente “al diez por ciento (10%) de las consignaciones o ingresos brutos del período diez por ciento (10%) de los ingresos brutos que figuren en la última declaración presentada por dic

El aparte subrayado fue declarado nulo por el Consejo de Estado, mediante sentencia del 10 de nov Palacio Hincapié, en la que para el efecto precisó:

“En materia del impuesto de industria y comercio, como atrás se señaló, se aplican en primer lugar 1993 y en lo que no pugne o haya sido regulado en ellas, las previsiones del Acuerdo 21 de 1983. A la facultad de la administración distrital para sancionar la omisión en la presentación de la declaraci Dicho ordenamiento tenía prevista la práctica de liquidación de aforo y la imposición consecuencia cargo.

No se desconoce que fue el Estatuto Orgánico del Distrito, vía remisión al Estatuto Tributario Naci directa el incumplimiento del deber formal de declarar, y se tiene en cuenta que el Concejo Distrital de la ley, que le permite crear disposiciones jurídicas, tanto sustantivas como procedimentales, con artículo 1° le reconoce "atribuciones normativas" en materia administrativa y en el 12 entre sus "atr numeral 3, las de "establecer, reformar, eliminar tributos .. con el fin de garantizar el efectivo recau

De modo que el derecho de la entidad territorial sobre sus impuestos, implica el ejercicio de las pot en sus diversos aspectos, para concretar la aplicación de las previsiones legales, a través de acuerdo dictar las normas que permitieran para el asunto concreto, la implantación de las sanciones, confor

impuestos distritales. Ello no fue así, dado que en virtud del artículo 176, norma habilitante, el Alcalde finalmente plasmó la descripción típica de la sanción, sus elementos, e introdujo el procedimiento p

Debe determinarse ahora, si al expedir la norma acusada el Alcalde ejerció la autorización en los términos del artículo 176, en primer lugar para la aplicación de las disposiciones vigentes, armonizó el procedimiento con el Estatuto de la Municipalidad, conformó a la naturaleza y estructura funcional de los impuestos distritales.

Considera la Sala que la norma de que se trata, es una regulación de carácter sustancial sancionatoria que adapta la adecuación de la preceptiva legal a las particularidades propias del ámbito del impuesto de industria y comercio, prosperidad de la demanda, "antes existía sanción de aforo que equivalía al 200% del valor del impuesto de industria y comercio sancionatorio, esa sanción desapareció y en cambio de ella se creó una nueva que es la por no declarar

Advierte, que aún cuando se aceptara que la norma acusada fuese estrictamente necesaria, el texto contenido en el artículo 176 del procedimiento tributario nacional, acorde con la "naturaleza y estructura de los impuestos distritales", no constituye una norma nueva de carácter sustancial en materia de sanciones. Es claro que el artículo en el apartado 176 no crea una sanción previamente establecida, sino que constituye una nueva regulación en el punto específico.

Es precisamente esta consagración la que halla ilegal la Sala, puesto que el hecho de que el artículo 176 autoriza la presentación de las declaraciones de renta, ventas y otras, no habilitaba a una autoridad distinta del Alcalde Mayor en sus aspectos sustanciales.

Y es que no podía el Alcalde Mayor, en desarrollo de la autorización legal, ir más allá del espíritu y letra de la ley, hacer efectivo su cumplimiento y establecer una sanción tributaria que por la materia a que se refiere de la ley, pues no estaba habilitado para crear conductas infractoras y estructurar las sanciones, además señalados al comienzo de estas consideraciones, no es viable que sea la misma administración quien ejecute la ejecución de las sanciones.

A lo sumo, podían dictarse normas contentivas de especificaciones o graduaciones a las sanciones que sin constituir nuevos tipos jurídicos, ni alterar la naturaleza y límites de las existentes, las "armónicas" de la administración distrital y sus impuestos.

Se observa así que a través de un decreto, se incluyó la disposición acusada que no hacía parte de una nueva figura infractora; se estableció una sanción no prevista, por lo que como lo reclamó el actor se precisaba de la intervención posterior, dentro del sistema implantado por el artículo 176 del Estatuto de la Municipalidad las normas sustanciales reguladoras de las sanciones, la que no se satisfizo por cuanto el Decreto 807 del Alcalde Mayor, y radicado como "Proyecto de Acuerdo N° 185 de 1993" fue "archivado", conforme al artículo 176 del Estatuto de la Municipalidad, expediente, proceder que constituyó una omisión de esa Corporación, también destinataria de la norma

Luego, el artículo 60 del Decreto 807 ibídem fue modificado por el Decreto 422 del 22 de junio de 1993, el cual declara, fijó su equivalencia en el diez por ciento (10%) de las consignaciones o ingresos brutos de la declaración presentada, o al diez por ciento (10%) de los ingresos brutos que figuren en la última declaración presentada.

Al igual que ocurrió con el artículo 60 del Decreto 807 de 1993, el Consejo de Estado, mediante sentencia del 15 de mayo de 2000, 15163, CP. Juan Ángel Palacio Hincapié, declaró la nulidad del numeral segundo del artículo 60 de la Ley de Procedimiento Tributario acogidas en la sentencia del 10 de noviembre de 2000.

De tal manera que antes de la expedición del Decreto 807 de 1993, la Administración Distrital no podía imponer la presentación de la declaración tributaria del impuesto de industria y comercio, ya que el artículo 176 del Estatuto de la Municipalidad autorizaba al Alcalde Mayor a imponer el aforo y la imposición consecuencial de una sanción equivalente al doble del impuesto a cargo.

Posteriormente a las declaratorias de nulidad de los artículos 60 del Decreto 807 de 1993 y 422 de 1993,

27 del 24 de mayo de 2001, por medio del cual adecuó el régimen sancionatorio en materia impositiva consagró la sanción por no declarar el impuesto de industria y comercio, equivalente al al cero pun obtenidos en Bogotá D. C. en el período al cual corresponda la declaración no presentada, o al cero que figuren en la última declaración presentada por dicho impuesto, la que fuere superior; por cada vencimiento del plazo para declarar hasta la fecha del acto administrativo que impone la sanción. Y por no declarar será equivalente a uno punto cinco (1,5) salarios mínimos diarios vigentes al momento de la fracción de mes calendario de retardo, contados a partir del vencimiento del plazo para declarar.

El anterior artículo fue recogido por el artículo 33 del Decreto 362 de 2002, por medio del cual se actualizó los impuestos distritales.

Hechas las anteriores precisiones, la Sala pasa a resolver el caso concreto.

La Sala encuentra que a pesar de que la Fundación Cardio Infantil sí era sujeto del impuesto de industria y comercio por los bimestres 3 a 6 del año gravable 2001 y 1 a 6 de 2002, motivo por el que la Administración de Impuestos Distritales declaró prevista en el Acuerdo 27 de 2001 y en el Decreto 362 de 2002, pero calculada sobre el valor de las actividades industriales y comerciales, distintos a la prestación de servicios de salud.

Ahora bien, cabe anotar que no era necesario el pliego de cargos como acto previo a la imposición de la sanción, ya que consideró la demandante, ya que, conforme al artículo 103 del Decreto 807 de 1993, en concordancia con el artículo 33 del Decreto 362 de 2002, en el caso de la sanción por no declarar, el acto previo es el emplazamiento, sin que la ley hubiera requerido el pliego de cargos.

De acuerdo con lo anterior, la Sala establecerá si el cálculo de la sanción por no declarar el impuesto de industria y comercio de los acusados, tuvo en cuenta la totalidad de los ingresos percibidos por la Fundación o sólo los que obtiene de la prestación de servicios de salud.

Según se desprende de la Resolución 9600DDI057816 del 7 de julio de 2006, la Administración Tributaria declaró la siguiente forma:

BIMESTRE MAYO-JUNIO DE 2001

VENCIMIENTO 3 BIMESTRE 2001	18 de julio del 2001
FECHA ACTO ADMINISTRATIVO	7 de julio de 2006
NUMERO DE MESES	60 meses
INGRESOS CERTIFICADOS	10.998.926.000
SANCION	0.1%
TOTAL SANCION	659.936.000

BIMESTRE JULIO-AGOSTO DE 2001

VENCIMIENTO 4 BIMESTRE 2001	19 de septiembre del 2001
FECHA ACTO ADMINISTRATIVO	7 de julio de 2006
NUMERO DE MESES	58 meses
INGRESOS CERTIFICADOS	10.937.199.000
SANCION	
TOTAL SANCION	634.358.000

BIMESTRE SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 2001

VENCIMIENTO 5 BIMESTRE 2001	20 de noviembre del 2001
FECHA ACTO ADMINISTRATIVO	7 de julio de 2006
NUMERO DE MESES	56 meses
INGRESOS CERTIFICADOS	11.059.853.000
SANCION	0.1%
TOTAL SANCION	619.352.000

BIMESTRE NOVIEMBRE-DICIEMBRE DE 2001

VENCIMIENTO 6 BIMESTRE 2001	22 de enero del 2002
FECHA ACTO ADMINISTRATIVO	7 de julio de 2006
NUMERO DE MESES	54 meses
INGRESOS CERTIFICADOS	12.771.225.000
SANCION	0.1%
TOTAL SANCION	689.646.000

BIMESTRE ENERO-FEBRERO DE 2002

VENCIMIENTO 1 BIMESTRE 2002	21 de marzo del 2002
FECHA ACTO ADMINISTRATIVO	7 de julio de 2006
NUMERO DE MESES	52 meses
INGRESOS CERTIFICADOS	11.378.298.000
SANCION	0.1%
TOTAL SANCION	591.671.000

BIMESTRE MARZO-ABRIL DE 2002

VENCIMIENTO 2 BIMESTRE 2002	21 de mayo del 2002
FECHA ACTO ADMINISTRATIVO	7 de julio de 2006
NUMERO DE MESES	50 meses
INGRESOS CERTIFICADOS	12.186.751.000
SANCION	0.1%
TOTAL SANCION	609.338.000

BIMESTRE MAYO-JUNIO DE 2002

VENCIMIENTO 3 BIMESTRE 2002	19 de julio del 2002
FECHA ACTO ADMINISTRATIVO	7 de julio de 2006
NUMERO DE MESES	48 meses
INGRESOS CERTIFICADOS	13.346.140.000
SANCION	0.1%
TOTAL SANCION	640.615.000

BIMESTRE JULIO-AGOSTO DE 2002

VENCIMIENTO 4 BIMESTRE 2002	20 de septiembre del 2002
FECHA ACTO ADMINISTRATIVO	7 de julio de 2006
NUMERO DE MESES	46 meses
INGRESOS CERTIFICADOS	13.582.669.000
SANCION	0.1%
TOTAL SANCION	624.803.000

BIMESTRE SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 2002

VENCIMIENTO 5 BIMESTRE 2002	21 de noviembre del 2002
FECHA ACTO ADMINISTRATIVO	7 de julio de 2006
NUMERO DE MESES	44 meses
INGRESOS CERTIFICADOS	15.257.681.000
SANCION	0.1%
TOTAL SANCION	671.338.000

BIMESTRE NOVIEMBRE-DICIEMBRE DE 2002

VENCIMIENTO 6 BIMESTRE 2002	21 de enero del 2003
FECHA ACTO ADMINISTRATIVO	7 de julio de 2006
NUMERO DE MESES	42 meses
INGRESOS CERTIFICADOS	12.497.854.000
SANCION	0.1%
TOTAL SANCION	524.910.000

La Sala observa que la Administración calculó la sanción a partir del valor de todos los ingresos que se discutieron, sin discriminar si estos correspondían o no a actividades de salud.

Por lo tanto, la liquidación de la sanción por no declarar impuesta en los actos acusados debe ser sobre los ingresos obtenidos por la prestación de servicios de salud, y mantener los ingresos obtenidos por las actividades de salud.

En el expediente obran unas relaciones que discriminan, por cuenta, los ingresos totales que percibió la Administración en el año gravable 2001, as:

AÑO GRAVABLE 2001

CUENTA	NOMBRE CUENTA	1 BIMESTRE	2 BIMESTRE	3 BIMESTRE	4 BIMESTRE
410520	URGENCIAS	282,481,080	373,070,529	460,529,304	446,620,000
411069	GASTROENTEROLOGIA	50,924,040	56,316,658	52,909,409	57,160,000
411070	CONSULTA EXTERNA NIÑ	55,626,607	61,309,422	73,601,629	52,030,000
411071	CONSULTA EXTERNA ADU	116,872,705	159,788,130	218,862,879	190,610,000
411072	CENTRO DE ATENCION B	309,744,976	271,340,870	132,618,282	13,490,000
411513	U.C.I. ADULTOS	538,001,162	662,900,530	730,879,503	615,550,000
411515	HOSPITALIZACION ADUL	1,574,634,717	1,863,063,304	1,621,128,574	1,616,820,000
411516	NEONATOLOGIA	165,851,542	229,164,283	70,450,968	80,270,000
411517	HOSPITALIZACION NINO	344,915,241	565,206,602	617,049,942	571,980,000
411518	U.C.I. NIÑOS	521,638,200	845,731,712	854,777,327	917,790,000
411519	ONCOLOGIA Y HEMATOLO	30,694,935	64,912,813	0	0
411520	UNIDAD DE CUIDADO ME	305,991,552	294,866,225	299,810,066	325,780,000
412073	CIRUGIA NIÑOS	486,436,717	627,644,349	626,775,222	617,380,000
412074	CIRUGIA ADULTOS	1,220,536,460	1,384,820,659	1,374,424,978	1,356,290,000
412075	HEMODINAMIA NIÑOS	144,518,606	172,274,180	173,997,959	244,830,000

412076	HEMODINAMIA ADULTOS	630,892,648	770,663,683	847,299,358	802,45
412502	RADIOLOGIA	239,778,167	294,121,719	304,759,059	319,58
412503	LABORATORIO CLINICO	401,160,600	435,675,775	502,717,109	470,38
41304	LABORATORIO DE PATOL	32,039,404	37,132,254	41,980,664	41,39
412577	UNIDAD DE DIAGNOSTIC	143,537,943	211,821,586	186,481,112	158,47
412578	UNIDAD DE DIAGNOSTIC	180,636,183	197,768,686	205,337,334	185,10
412580	ODONTOLOGIA	37,614,285	48,315,829	104,014,683	116,48
412581	MEDICINA NUCLEAR	123,277,636	126,436,612	148,337,285	169,58
412582	NEUMOLOGIA	162,835,204	182,336,815	202,230,679	203,46
412583	NEFROLOGÍA	3,438,758	10,186,444	2,334,025	29,58
412584	TOMOGRAFÍA	56,380,570	69,500,791	87,090,175	104,84
413085	REHABILITACION (TERA	41,187,760	48,383,246	73,054,799	66,98
413086	BANCO DE SANGRE	207,540,484	204,709,824	233,006,482	249,74
417515	UNIDAD FUN. DE HOSPI	-45,683,014	-45,288,082	-90,080,399	-106,23
417525	UNIDAD FUNCIONAL DE	-18,867,875	-90,284,245	-76,975,731	-132,02
421005	INTERESES	4,749,239	12,933,208	14,675,846	16,85
421030	DESCUENTOS COMERCIAL				
421505	DIVIDEN. DE SOCIEDAD			1,691,640	
421510	PARTICIPACIONES DES			18,942,460	
423505	ADMINISTRATIVOS	36,235,246	36,152,978	34,131,859	37,07
424532	MAQUINARIA Y EQUIPO				
425005	DEUDAS DE DIFICIL COBRO			13,068,253	
425010	RECLAMOS DE COMPANIA DE SEGUROS	64,141,022		4,925,161	65
425030	REINTEGRO PROVISIONES				
425045	REINTEGRO DE OTROS COSTOS Y GASTOS	11,258,975	8,131,315	13,541,356	19,90

425520	POR INCAPACIDADES	225,958	0	0	
426505	INGRESOS DE EJERCICIOS ANTERIORES	23,301,649	-9,680,817	1,242	30,08.
429520	VENTA DE DESPERDICIO	986,145	750,060	501,300	1,85.
429530	APROVECHAMIENTOS	298,023	29,125,954	-1,632,297	1,08
429535	ACOMPañANTE	8,022,500	10,466,560	7,496,000	7,74.
429536	LLAMADAS DE LARGA DISTANCIA	41,933	177,402	453,810	
429538	RECARGOS	2,175,970	2,992,233	3,592,090	3,09.
429540	DONACIONES	356,546,129	352,293,630	419,395,409	577,49.
429511	VENTA DE MEDICAMENTOS	9,178,881	1,327,653	741,269	3,01.
429542	AMBULANCIAS	1,336,311	2,321,043	1,166,445	77.
429544	INGRESOS POR REESTERILIZACIÓN	84,527,410	103,555,535	156,310,900	215,44.
42954b	OTROS HONORARIOS ADMINISTRATIVOS	130,055,125	103,796,145	136,168,880	119,29.
429546	INGRESOS POR ESTERIL. DE TERCEROS	2,916,400	5,325,000	3,529,000	20.
429547	EXCEDENTE SERVICIOS	44,507,545	42,588,860	48,477,940	37,90.
429548	RECAUDO DE HONORARIOS	800,500	5,546,592	3,129,755	3,12.
429550	EDUCACION CONTINUADA	54,203,296	-15,145,626	-7,620,376	19,59.
429551	CONCESIONES	42,590,787	47,608,152	46,835,093	47,82.
429552	BONIFICACIONES	58,192,020	156,000	7,668,670	
TOTALES		9,216,787,334	11,024,837,753	10,998,925,713	10,937,19.

AÑO GRAVABLE 2002

CUENTA	CONCEPTO	1 BIMESTRE	2 BIMESTRE	3 BIMESTRE	4 BIMESTRE
410520	URGENCIAS	445,343,840	494,375,167	560,183,757	648,3.
411069	GASTROENTEROLOGIA	76,234,138	77,446,186	91,222,409	103,1.
411070	CONSULTA EXTERNA NIÑ	61,378,699	50,836,604	64,526,570	82,9.

411071	CONSULTA EXTERNA ADU	166,999,742	166,339,619	188,325,336	216,11
411072	CENTRO DE ATENCION B	90,576,098	-22,842,265	10,081,130	-38,8
411073	UROLOGIA			13,051,382	24,1
411513	U.C.I. ADULTOS	788,265,857	776,233,234	1,092,771,312	935,6
411515	HOSPITALIZACION ADUL	1,415,843,549	1,791,261,267	2,006,816,150	1,670,9
411516	NEONATOLOGIA	263,727,306	234,115,789	270,587,566	301,6
411517	HOSPITALIZACION NINO	406,437,690	553,610,852	611,480,593	436,2
411518	U.C.I. NIÑOS	577,082,273	635,605,739	788,206,986	870,3
411519	ONCOLOGIA Y HEMATOLO				
411520	UNIDAD DE CUIDADO ME	398164,780	362,219,940	323,015,787	529,1
411521	HOSPITALIZACION 3 PISO			216,371	3,1
412066	CIRUGIA CARDIOVASCUL				
412067	CIRUGIA CARDIOVASCUL				
412073	CIRUGIA NIÑOS	521,212,256	587,459,762	540,449,990	797,3
412074	CIRUGIA ADULTOS	1,529,119,536	1,639,768,734	1,705,177,650	1,941,8
412075	HEMODINAMIA NIÑOS	179,441,706	158,840,139	166,988,201	179,6
412076	HEMODINAMIA ADULTOS	1,051,185,011	1,252,708,451	1,160,841,190	1,149,3
412502	RADIOLOGIA	313,272,374	349,749,767	395,019,446	407,5
412503	LABORATORIO CLINICO	509,123,982	530,582,228	581,270,396	649,3
412504	LABORATORIO DE PATOLOGÍA	43,331,224	42,329,051	46,231,943	49,9
412577	UNIDAD DE DIAGNOSTICO	174,758,335	134,350,531	183,396,285	181,2
412578	UNIDAD DE DIAGNOSTIC	227,96,806	221,210,746	256,028,898	246,0
412580	ODONTOLOGIA	98,437,303	106,749,847	110,299,348	133,4
412581	MEDICINA NUCLEAR	167,689,385	151,715,881	185,987,912	163,3
412582	NEUMOLOGIA	184,153,926	225,013,036	231,524,376	210,7

412583	NEFROLOGIA	3,643,499	11,427,428	4,478,876	2,8
412584	TOMOGRAFIA	109,485,641	113,076,099	112,785,055	128,3
413085	REHABILITACION (TERA	105,189,478	87,762,788	90,649,675	118,6
413086	BANCO DE SANGRE	284,923,064	339,266,554	328,719,193	355,1
417510	UNIDAD FUNCIONAL DE			-499,710	-5
417515	UNIDAD FUN. DE HOSPI	-3,087,600	-4,289,743	-4,793,780	-3,3
417520	UNIDAD FUN. DE QUIRO				
417525	UNIDAD FUNCIONAL DE	-19,65,417		-102,367,649	-142,7
421005	INTERESES	3,876,578	2,338,837	13,638,821	4,7
421015	DIFERENCIA EN CAMBIO			8,380,550	
421030	DESCUENTOS COMERCIAL	149,;25,905	165,379,084	250,613,118	252,9
421505	DIVIDEN. DE SOCIEDAD				
423505	ADMINISTRATIVOS	34,404,633	31,030,350	0	
424532	MAQUINARIA Y EQUIPO	640,000		0	
425005	DEUDAS DE DIFICIL CO	500,000	27,927,194	-27,227,194	2,9
425010	RECLAMOS DE COMPAÑÍA	14,325,240	0	0	4,4
425025	DESCUENTOS CONCEDIDO	5,797,519		381,780	
425030	REINTEGRO PROVISIONE	1,332,191		27,570,490	
425045	REINTEGRO DE OTROS C	78,454,283	18,133,701	14,481,058	18,9
425051	INGRESOS EJERCICIOS			7,804,765	
425053	BONIFICACIONES	73,200,000	11,568,834	10,389,098	13,1
426505	INGRESOS DE EJERCICI	11,340,120	0	23,920,224	8
429520	VENTA DE DESPERDICIO	1,845,210	1,068,720	746,750	9
429530	APROVECHAMIENTOS	34,809,549	24,134,826	21,098,625	40,6
429535	ACOMPAÑANTE	7,640,300	8,574,500	6,056,600	10,6

429536	LLAMADAS DE LARGA DI	38,901	2,300	32,238	1.
429538	RECARGOS	2,827,030	2,340,508	3,629,847	3,7.
429540	DONACIONES	473,096,769	643,997,245	671,396,879	704,7.
429541	VENTA DE MEDIC? MATER	3,008,961	3,287,485	1,533,421	2,2'
429542	AMBULANCIAS RECLS	1,100,716	1,413,931	877,729	1,9.
429544	INGRESOS POR REESTER	13,177,132	6,433,016	55,547,067	24,2'
429545	OTROS HONORARIOS ADM	164,114,754	126,446,153	145,334,345	133,3.
429546	INGRESOS X ESTERILD				
429547	EXCEDENTE SERVICIOS	50,788,310	69,106,500	69,123,100	101,8
-429548	RECAUDO DE HONORARIO	5,080,000	4,300,000	3,160,000	3,0
429550	EDUCACION CONTINUADA	51,267,735	4,320,566	-5,566,575	4,1'
429551	CONCESIONES	47,428,002	48,296,220	46,508,784	45,2'
TOTALES		11,378,289,370	12,186,750,702	13,313,346,312	13,582,6'

De la anterior información, para la Sala, los siguientes ingresos deben ser tenidos en cuenta para liquidar los ingresos que obtuvo la demandante por actividades diferentes a la prestación de servicios de salud.

AÑO GRAVABLE 2001:

CUENTA	CONCEPTO	BIM 3-01	BIM 4-01
421005	INTERESES	14,675,846	16,851,725
421505	DIVIDEN. DE SOCIEDAD	1,691,640	0
421510	PARTICIPACIONES DES	18,942,460	0
426505	INGRESOS DE EJERCICIOS ANTERIORES	1,242	30,085,558
429520	VENTA DE ESPERDICIO	501,300	1,853,580
429530	APROVECHAMIENTOS	-1,632,297	1,081,185
429535	ACOMPAÑANTE	7,496,000	7,748,800
429511	VENTA DE MEDICAMENTOS	741,269	3,010,207
429544	INGRESOS POR REESTERILIZACIÓN	156,310,900	215,446,151
42954b	OTROS HONORARIOS ADMINISTRATIVOS	136,168,880	119,295,440

429546	INGRESOS POR ESTERIL. DE TERCEROS	3,529,000	200,000	
429547	EXCEDENTE SERVICIOS	48,477,940	37,905,190	
429548	RECAUDO DE HONORARIOS	3,129,755	3,120,000	
429550	EDUCACION CONTINUADA	-7,620,376	19,599,402	
429551	CONCESIONES	46,835,093	47,826,270	
429552	BONIFICACIONES	7,668,670		
TOTAL INGRESOS GRAVABLES		1.598.516.090	1.809.778.838	

AÑO GRAVABLE 2002

CUENTA	CONCEPTO	BIM 1-02	BIM 2-02	BIM 3-02
421005	INTERESES	3,876,578	2,338,837	13,638,821
421015	DIFERENCIA EN CAMBIO			8,380,550
421505	DIVIDEN. DE SOCIEDAD			
425051	INGRESOS EJERCICIOS			7,804,765
425053	BONIFICACIONES	73,200,000	11,568,834	10,389,098
426505	INGRESOS DE EJERCICI	11,340,120	0	23,920,224
429520	VENTA DE DESPERDICIO	1,845,210	1,068,720	746,750
429530	APROVECHAMIENTOS	34,809,549	24,134,826	21,098,625
429535	ACOMPAÑANTE	7,640,300	8,574,500	6,056,600
429541	VENTA DE MEDIC.	3,008,961	3,287,485	1,533,421
429544	INGRESOS POR REESTER	13,177,132	6,433,016	55,547,067
429545	OTROS HONORARIOS ADM	164,114,754	126,446,153	145,334,345
429546	INGRESOS X ESTERILD			
429547	EXCEDENTE SERVICIOS	50,788,310	69,106,500	69,123,100
-429548	RECAUDO DE HONORARIO	5,080,000	4,300,000	3.160,000
429550	EDUCACION CONTINUADA	51,267,735	4,320,566	-5,566,575
429551	CONCESIONES	47,428,002	48,296,220	46,508,784
TOTAL INGRESOS GRAVABLES		1.833.311.000	1.718.735.246	1.632.350.545

Hechas las anteriores precisiones, la Sala considera que el cargo de apelación propuesto por la dem. quedó establecido, la Fundación demandante sí es sujeto pasivo del Impuesto de Industria y Comer percibió durante los períodos gravables, sino sobre los ingresos que recibió por el desarrollo de acti prestación de servicios de salud.

De tal manera que la sanción por no declarar debió calcularse sobre la totalidad de los ingresos gravados recibidos por la Fundación.

Ahora bien, la demandante objetó, de manera general, la inclusión de ciertos ingresos. Protestó por que la Fundación prestaba servicios de salud o porque se la pretendía asimilar a una EPS o ARP.

También se refirió a los honorarios por médicos, a la venta de medicamentos y ambulancias y dijo que los ingresos no operacionales, que no formaban parte del hecho generador, toda vez que no eran el resultado de actividades comerciales o de servicios.

Argumentó, también, que habían ingresos de ejercicios anteriores que provenían de la prestación de servicios que se reconocieron en las vigencias fiscales objeto del presente proceso como ingresos no operacionales. Alegó que modifique la naturaleza jurídica y económica de los recursos.

Mencionó que el servicio de ambulancia, por ejemplo, no era un servicio de transporte, sino que formaba parte de una entidad, particularmente en casos donde el paciente requería ser trasladado bajo la supervisión y custodia de personal médico.

Que lo mismo ocurría respecto de los recargos provenientes de cobros propios de uso de habitación y de la prestación del servicio de salud. Que lo mismo sucedía con la venta de medicamentos que se suministraban al paciente médico.

Que argumentos similares podían predicarse de los demás conceptos que el Distrito pretendió gravar.

Pues bien, sobre el particular la Sala precisa que el artículo 365 de la Carta Política dispone que los servicios públicos del Estado y que es deber de éste asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio.

Por lo tanto, precisa la norma, los servicios públicos están sometidos al régimen jurídico que fije la ley, ya sea por comunidades organizadas, o por particulares pero que, en todo caso, el Estado garantiza la prestación de dichos servicios.

En concordancia con esta disposición, el artículo 49 de la Carta Política dispone que, la atención de los servicios públicos que le corresponde organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes del territorio, en condiciones de universalidad y solidaridad. También le corresponde establecer las políticas para la prestación de los servicios de salud, la vigilancia y control, así como, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los términos y condiciones señalados en la ley.

Precisamente, para garantizar la seguridad social integral en general y, en particular, la prestación de los servicios de salud, la Carta Política dispuso que la seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley, y utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.”

En desarrollo de las normas citadas, el gobierno nacional profirió la Ley 100 de 1993, por la cual se reorganiza el sistema general de seguridad social en salud.

En el artículo 155 determinó que integraban dicho sistema, entre otros sujetos, las entidades promotoras de salud, la administración y financiación y, las instituciones prestadoras de salud, en calidad de prestadoras de servicios de salud.

De conformidad con el artículo 177, las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la organización del sistema de seguridad social en salud y del recaudo de las cotizaciones, por delegación del Fondo de Garantía de Solidaridad y Garantía, es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados. En la Ley 100, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes cotizaciones de Solidaridad y Garantía.

Por otra parte, las instituciones prestadoras de salud son aquellas que prestan los servicios de salud, afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la Ley 100 de 1993.

A efectos de garantizar la eficiencia del servicio, del artículo 185 de la Ley 100 de 1993 se deriva que deben prestar esos servicios conforme con las reglas de la libre competencia y dentro del mercado.

Precisamente porque se parte del presupuesto de que, además del servicio público de salud, existe una norma citada dispone que estas instituciones deben contar con un sistema contable que permita registrar independientemente de que se presten en cumplimiento del plan obligatorio de salud.

Como puede apreciarse, a diferencia de lo previsto para las entidades promotoras de salud, a las que se les restan de rentas y bienes, el ingreso por concepto de la UPC, a las entidades prestadoras de servicios de salud por los servicios ofrecidos.

Lo anterior tiene su razón de ser porque, en estricto sentido, quienes perciben como ingreso la unidad de medida de las entidades promotoras de salud. No obstante, como las entidades prestadoras de servicios de salud son las que prestan los servicios que se retribuyen con la UPC, con sujeción a los mecanismos

es pertinente concluir que los ingresos que perciben las instituciones prestadoras de servicios de salud de los servicios de salud pública, también son ingresos que forman parte de los recursos de la seguridad social.

En ese contexto, para la Sala, las IPS gozan de la exención prevista en el literal d) del numeral 2° de la Ley 100 de 1993 que no están sujetos al impuesto de industria y comercio “(...) los servicios prestados por los hospitales de salud”.

Sin embargo, dado que la norma citada se profirió antes de la Ley 100 de 1993, su análisis debe abordarse en el contexto de la seguridad social en Salud.

En el nuevo régimen de seguridad social en salud se parte de la noción de **servicio público de salud** que incluye la asistencia pública y beneficencia, noción que incluso adoptó la Ley 10 de 1990 por la cual se reorganizó el sistema de salud.

A partir de la noción de servicio público de salud, el Estado se obliga a prestar ese servicio, bajo los

integralidad y participación, a partir de un plan obligatorio de salud con cobertura universal.

Para la prestación del plan obligatorio de salud se cuenta con la participación de las entidades promotoras de salud. Las primeras, como garantes de la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados, lo hacen en el nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y prioridades.

En ese orden de ideas, la Sala considera que cuando el literal d) del No. 2 del artículo 39 de la Ley 100 de 1993, en su actualidad se refiere al servicio público de salud cuya prestación debe garantizar el Estado a través de la Seguridad Social Integral y, especialmente, de las empresas promotoras de salud y de las instituciones de naturaleza pública, privada o mixta, en desarrollo del plan obligatorio de salud.

Adicionalmente, que constituye servicio público de salud los prestados en desarrollo de los planes de salud contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993

, y los que se prestan con cargo a los recursos del FOSYGA.

Ahora bien, los ingresos que perciban las IPS por la prestación de servicios de salud diferentes a los contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, porque si bien son servicios que se pueden prestar por instituciones adscritas o vinculadas a la Seguridad Social Integral, no debe perderse de vista que este nuevo sistema, conforme se precisó en el artículo 39 de la Ley 100 de 1993, “mercado de servicios de salud”, mercado que incluye, por una parte, los servicios prestados de manera obligatoria, por ejemplo, a instancia de sentencias judiciales y, por otra, los servicios prestados de manera voluntaria o por mera liberalidad del cliente que requiere servicios médicos extraordinarios.

Por lo tanto, la Sala considera que la sentencia de primera instancia debe ser modificada, en el sentido de que, a título de restablecimiento del derecho, se reliquidará la sanción por no declarar a cargo de la FOSYGA para los bimestres 3 a 6 del año 2001 y 1 a 6 del 2002.

Para el efecto, excluirá del cálculo de la sanción los ingresos obtenidos por la prestación de servicios de salud que no cumplan con el criterio anteriormente señalado, en cuanto tales ingresos se encuentren probados.

No excluirá otros conceptos, porque la demandante no objetó individualmente cada ítem, a pesar de que algunos de los conceptos que, según dijo, se contabilizaron como ingresos no operacionales.

Por lo tanto, los valores a tener en cuenta son:

BIMESTRE MAYO-JUNIO DE 2001

VENCIMIENTO 3 BIMESTRE 2001	18 de julio del 2001
FECHA ACTO ADMINISTRATIVO	7 de julio de 2006
NUMERO DE MESES	60 meses
INGRESOS GRAVABLES	1.598.516.090
SANCION	0.1%
TOTAL SANCION	95.910.960

BIMESTRE JULIO-AGOSTO DE 2001

VENCIMIENTO 4 BIMESTRE 2001	19 de septiembre del 2001
FECHA ACTO ADMINISTRATIVO	7 de julio de 2006
NUMERO DE MESES	58 meses
INGRESOS CERTIFICADOS	1.809.778.838 1.810.549.411
SANCION	0.1%
TOTAL SANCION	104.967.124

BIMESTRE SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 2001

VENCIMIENTO 5 BIMESTRE 2001	20 de noviembre del 2001
FECHA ACTO ADMINISTRATIVO	7 de julio de 2006
NUMERO DE MESES	56 meses
INGRESOS CERTIFICADOS	1.844.540.261
SANCION	0.1%
TOTAL SANCION	103.294.240

BIMESTRE NOVIEMBRE-DICIEMBRE DE 2001

VENCIMIENTO 6 BIMESTRE 2001	22 de enero del 2002
FECHA ACTO ADMINISTRATIVO	7 de julio de 2006
NUMERO DE MESES	54 meses
INGRESOS CERTIFICADOS	1.932.110.924
SANCION	0.1%
TOTAL SANCION	104.333.940

BIMESTRE ENERO-FEBRERO DE 2002

VENCIMIENTO 1 BIMESTRE 2002	21 de marzo del 2002
FECHA ACTO ADMINISTRATIVO	7 de julio de 2006
NUMERO DE MESES	52 meses
INGRESOS CERTIFICADOS	1.833.311.000
SANCION	0.1%
TOTAL SANCION	95.332.172

BIMESTRE MARZO-ABRIL DE 2002

VENCIMIENTO 2 BIMESTRE 2002	21 de mayo del 2002
FECHA ACTO ADMINISTRATIVO	7 de julio de 2006
NUMERO DE MESES	50 meses
INGRESOS CERTIFICADOS	1.718.735.246
SANCION	0.1%
TOTAL SANCION	85.936.750

BIMESTRE MAYO-JUNIO DE 2002

VENCIMIENTO 3 BIMESTRE 2002	19 de julio del 2002
FECHA ACTO ADMINISTRATIVO	7 de julio de 2006
NUMERO DE MESES	48 meses
INGRESOS CERTIFICADOS	1.632.350.545
SANCION	0.1%
TOTAL SANCION	78.352.800

BIMESTRE JULIO-AGOSTO DE 2002

VENCIMIENTO 4 BIMESTRE 2002	20 de septiembre del 2002
FECHA ACTO ADMINISTRATIVO	7 de julio de 2006
NUMERO DE MESES	46 meses
INGRESOS CERTIFICADOS	1.789.318.421
SANCION	0.1%
TOTAL SANCION	82.308.628

BIMESTRE SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 2002

VENCIMIENTO 5 BIMESTRE 2002	21 de noviembre del 2002
FECHA ACTO ADMINISTRATIVO	7 de julio de 2006
NUMERO DE MESES	44 meses
INGRESOS CERTIFICADOS	1.906.784.376
SANCION	0.1%
TOTAL SANCION	83.898.496

BIMESTRE NOVIEMBRE-DICIEMBRE DE 2002

VENCIMIENTO 6 BIMESTRE 2002	21 de enero del 2003
FECHA ACTO ADMINISTRATIVO	7 de julio de 2006
NUMERO DE MESES	42 meses
INGRESOS CERTIFICADOS	1.676.624.919
SANCION	0.1%
TOTAL SANCION	70.418.208

En ese orden de ideas, la sanción por no declarar el ICA a cargo de la Fundación Cardio Infantil, por la siguiente:

PERÍODO	VALOR SANCIÓN POR NO DECLARAR
3 BIMESTRE DE 2001	95.910.960
4 BIMESTRE DE 2001	104.967.124
5 BIMESTRE DE 2001	103.294.240
6 BIMESTRE DE 2001	104.333.940
1 BIMESTRE DE 2002	95.332.172
2 BIMESTRE DE 2002	85.936.750
3 BIMESTRE DE 2002	78.352.800
4 BIMESTRE DE 2002	82.308.628
5 BIMESTRE DE 2002	83.898.496
6 BIMESTRE DE 2002	70.418.208
TOTAL SANCIONES	904.753.318

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, Sala de lo Contencioso Administrativo, República y por autoridad de la ley,

F A L L A

PRIMERO: MODIFÍCASE la sentencia apelada. En su lugar se dispone:

PRIMERO. ANÚLANSE parcialmente las Resoluciones No. 9600-DD-057816-2006-EE-204954 de Impuestos a la Producción y el Consumo, y 064053-DDI-2007-EE-177581 del 30 de julio del 2007, dependencias ambas pertenecientes a la Dirección Distrital de Impuestos de la Secretaría de Hacienda, las cuales se impuso sanción a la FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL-INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA, industria, comercio, avisos y tableros correspondientes a los bimestres 3 a 6 de 2001, y 1 a 6 de 2002,

SEGUNDO. Como consecuencia de lo anterior y a título de restablecimiento del derecho, **DECLÁRASE** Industria, Comercio, Avisos y Tableros, por los bimestres 3 a 6 de 2001 y 1 a 6 de 2002, a cargo de la Fundación Cardio Infantil, por la siguiente:

PERÍODO	VALOR SANCIÓN POR NO DECLARAR
3 BIMESTRE DE 2001	95.910.960
4 BIMESTRE DE 2001	104.967.124
5 BIMESTRE DE 2001	103.294.240
6 BIMESTRE DE 2001	104.333.940
1 BIMESTRE DE 2002	95.332.172
2 BIMESTRE DE 2002	85.936.750
3 BIMESTRE DE 2002	78.352.800
4 BIMESTRE DE 2002	82.308.628
5 BIMESTRE DE 2002	83.898.496
6 BIMESTRE DE 2002	70.418.208
TOTAL SANCIONES A CARGO DE LA FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL	904.753.318

SEGUNDO. CONFÍRMASE en lo demás la sentencia apelada.

Cópiese, notifíquese, comuníquese y devuélvase el expediente al Tribunal de origen. Cúmplase.

Esta providencia se estudió y aprobó en la sesión de la fecha.

MARTHA TERESA BRICEÑO DE VALENCIA

Presidente de la Sala

HUGO FERNANDO BASTIDAS BÁRCENAS

WILLIAM GIRALDO GIRALDO

CARMEN TERESA ORTIZ DE RODRÍGUEZ



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.

JEP - Jurisdicción Especial para la Paz

n.d.

Última actualización: 14 de diciembre de 2020



**Consejo de Estado: Sentencia 17914
del 24 de mayo de 2012. C.P. Martha
Teresa Briceño**

IMPEDIMENTO DE CONSEJERO DE ESTADO – Improcedencia. Procede si el juez o alguno de sus parientes posee interés directo o indirecto en el proceso

[L]a Sala observa que la Dra. Carmen Teresa Ortiz de Rodríguez manifiesta su impedimento para conocer de este asunto, con fundamento en la causal prevista en el artículo 150-1 del C.P.C., sin embargo, no se advierte que la situación planteada para sustentar la causal pueda generar un interés directo o indirecto en la materia que es objeto de controversia en el proceso.

FUENTE FORMAL: CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL – ARTÍCULO 150 NUMERAL 1

HOSPITALES – No tienen obligación sustancial ni formal con el impuesto de industria y comercio / SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – Su reorganización en nada afecta la no sujeción subjetiva del artículo 39 numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983 / HOSPITAL Y CLINICA – No existe diferencia para efectos del impuesto de industria y comercio / ICA SOBRE EL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD – No está gravado con el impuesto de industria y comercio. Reiteración de jurisprudencia

Los hospitales hacían parte del Sistema de Salud, así pertenecieran al sector privado, incluidas las fundaciones, corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro o de utilidad común. Por consiguiente, en cuanto al tema de la no sujeción prevista en el numeral segundo literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, en lo que se refiere a “los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud”, la intención del Legislador del año 1983, fue la de no someter a las entidades de salud al cumplimiento de ninguna de las obligaciones sustanciales ni formales relacionadas con el impuesto de industria y comercio. Ahora bien, con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 se reorganizó nuevamente el sector salud, bajo el nombre de “Sistema de Seguridad Social en Salud” en el cual, conforme al artículo 156 ib., concurren en su conformación, el Gobierno Nacional, el Fosyga, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). El criterio expuesto, que se reitera en esta oportunidad, reconoce la vigencia del artículo 5° de la Ley 10 de 1990, en consideración a que, tal como lo precisara la Sala en la sentencia de 22 de abril de 2004, Exp.13224, M. P. Dr. Germán Ayala Mantilla, el Sistema de Seguridad Social en Salud que desarrolló la Ley 100 de 1993 en nada afecta la no sujeción subjetiva del artículo 39 numeral 2° literal d) de la Ley 14 de 1983, si se tiene en cuenta el criterio teleológico de la norma. Además, el concepto de “Sistema de Salud”, hoy “Sistema de Seguridad Social en Salud”, debe ser apreciado en su alcance bajo las consideraciones existentes en la Ley 14 de 1983, que es la fuente normativa remota de la cual surge el beneficio fiscal para las entidades públicas o privadas del sector salud. Tampoco sería procedente entender que existe una distinción entre “hospital” a que se refiere la norma de la no sujeción, y “clínica”, pues esta Corporación ha indicado que “tales expresiones en su sentido natural y obvio vienen a ser sinónimas, toda vez que no tienen una referencia técnica ni ha sido definida especialmente por el legislador, y en cambio, los diccionarios de lenguaje usual y de expresión especializada se refieren indistintamente a ellos como “establecimientos destinados al tratamiento de enfermos.”. Ahora bien, es necesario precisar que si bien los recursos que perciban las clínicas y hospitales destinados a la prestación del servicio público de salud, no son susceptibles de ser gravados con el impuesto de Industria y Comercio, el artículo 11 de la Ley 50 de 1984.

FUENTE FORMAL: LEY 14 DE 1983 - ARTÍCULO 32 / LEY 14 DE 1983 - ARTÍCULO 39, NUMERAL 2, LITERAL D / DECRETO 352 DE 2002 - ARTÍCULO 39, LITERAL C / LEY 10 DE 1990 – ARTÍCULO 4 / LEY 10 DE 1990 – ARTÍCULO 5 / LEY 10 DE 1990 – ARTÍCULO 7 / LEY 100 DE 1993 - ARTÍCULO 156 / LEY 100 DE 1993 - ARTÍCULO 177 / LEY 50 DE 1984 - ARTÍCULO 11 / DECRETO 352 DE 2002 - ARTÍCULO 39, PARÁGRAFO 1

NOTA DE RELATORÍA: Sobre la no sujeción de las clínicas y hospitales al impuesto de industria y comercio, avisos y tableros, consultar entre otras, sentencia del Consejo de Estado, Sección Cuarta del 2 de marzo de 2001, Exp. 68001-23-15-000-1998-0408-01(10888), C.P. Juan Angel Palacio Hincapié; sentencia del Consejo de Estado, Sección Cuarta del 10 de junio de 2004, Exp. 25000-23-27-000-2000-1495-01(13299), C.P. Elizabeth Whittingham García; sentencia del Consejo de Estado, Sección Cuarta del 9 de diciembre del 2004, Exp. 50001-23-31-000-1997-6271-01(14174), C.P. Ligia López Díaz; sentencia del Consejo de Estado, Sección Cuarta del 5 de mayo de 2005, Exp. 66001-23-31-000-2002-00941-01(14442), C.P. María Inés Ortiz Barbosa; sentencia del Consejo de Estado, Sección Cuarta del 13 de octubre de 2005, Exp. 25000-23-27-000-2003-00801-01(15265), C.P. Ligia López Díaz

ENTIDADES HOSPITALARIAS – No están sometidas al impuesto de industria y comercio / SALUD – Es un servicio público

Con base en las anteriores disposiciones, se observa que los recursos provenientes de actividades industriales y comerciales, que no sean propias de las entidades hospitalarias, no quedan cobijados por la no sujeción del artículo 39 numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983. Es decir, que las actividades de servicios que prestan los hospitales en su calidad de tales son las únicas a las que se les puede aplicar la no sujeción creada por el Legislador. En este sentido, no puede aceptarse el criterio expuesto por la demandada, según el cual, todas las actividades que no sean financiadas con recursos del POS pueden ser gravadas con el impuesto de industria y comercio, pues tal argumento no tiene fundamento legal. En efecto, del artículo 39 numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983 se establece que la no sujeción fue concedida por la ley a las entidades o instituciones constituidas para la prestación de servicios de salud por el solo hecho de tener esa condición sin que el Legislador hubiera hecho alguna precisión en cuanto al origen de los recursos que manejan. Además, el propio Legislador indicó qué tipo de actividades de esas instituciones eran las que podían ser gravadas con el tributo al referirse expresamente en el artículo 11 de la Ley 50 de 1984 a las actividades industriales y comerciales. En este punto, la Sala precisa que si bien el artículo 49 de la Constitución Política hace referencia a que la salud es un servicio público, no sólo pueden entenderse como integrantes de ese servicio los que se derivan exclusivamente del Plan Obligatorio de Salud, conforme a lo establecido por la Ley 100 de 1993. En efecto, la no sujeción dispuesta tanto en la Ley 14 de 1983 como el Decreto 352 de 2002, no está condicionada a que los servicios prestados correspondan a los contenidos en el POS, pues el beneficio se dirige a no gravar el ingreso que proviene directamente como retribución del servicio de salud que prestan los hospitales y clínicas. Tampoco puede entenderse que sólo los ingresos que provengan de la prestación de servicios incluidos en el POS sean a los que se les aplica la no sujeción para concluir que los ingresos que se perciben por la prestación de servicios de salud no previstos en el POS estarían gravados, por las siguientes razones: De acuerdo con el artículo 49 de la Constitución Política ya citado, la atención en salud es un servicio a cargo del Estado y a este le corresponde organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes, conforme a los principios de eficiencia,

universalidad y solidaridad, así como establecer políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control.

FUENTE FORMAL: LEY 14 DE 1983 - ARTÍCULO 39, NUMERAL 2, LITERAL D / CONSTITUCIÓN POLÍTICA - ARTÍCULO 48 / CONSTITUCIÓN POLÍTICA - ARTÍCULO 49 / LEY 100 DE 1993 – ARTÍCULO 8 / LEY 100 DE 1993 – ARTÍCULO 152 / LEY 100 DE 1993 – ARTÍCULO 157

SEGURIDAD SOCIAL – Forma de acceder al sistema / PLAN ADICIONAL DE SALUD – Hace parte del sistema general de salud. Hacen parte del servicio público de salud / PLAN ADICIONAL AL POS – los ingresos percibidos por esta actividad no están gravados con el impuesto de industria y comercio

Concretamente en relación con la Seguridad Social en Salud, dentro del esquema de la Ley 100 de 1993, señaló que los objetivos del Sistema de Seguridad Social en Salud “son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención” y dispuso dos formas de acceder al mencionado Sistema, así:: Como afiliados, bien sea al régimen contributivo o subsidiado, a quienes se les presta el servicio público de salud mediante los Planes Obligatorios de Salud expedidos para cada uno de los regímenes antes mencionados. 2. Como vinculados, para aquellas personas que no tienen capacidad de pago, pero que mientras acceden al régimen subsidiado, el Estado les ofrece un plan de atención básica en salud. A los afiliados al régimen contributivo, la Ley 100 de 1993, además de garantizarles los servicios del POS, ha previsto la posibilidad de que puedan acceder a “Planes Adicionales de Salud” (PAS) que permiten mejorar los servicios que reciben del Sistema y que son financiados con recursos propios, tal como lo prevé el artículo 17 del Decreto 806 de 1998. De la normativa y la jurisprudencia antes transcrita, la Sala advierte que constitucionalmente el servicio público es amplio en cuanto se refiere a la “atención en salud”. Sin embargo, el Estado, dentro de sus posibilidades, garantiza a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud una parte de ese servicio que denomina servicio público esencial de salud, esto es, unas prestaciones básicas a las que tenga acceso toda la población con el fin de recuperar la salud e impedir el menoscabo de la capacidad económica y así lo reconoce cuando define al POS como “el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Contributivo que cumpla con las obligaciones establecidas para el efecto (...)” No obstante lo anterior, la Carta permitió que en la prestación del servicio de salud concurrieran las entidades privadas, con el objeto de ampliar su cobertura y mejorar la calidad, no solo a través de la prestación de los servicios que integran esa parte esencial que garantiza el Estado (POS), sino que además puedan intervenir con planes adicionales de salud, estos últimos autorizados dentro del esquema del Sistema de Seguridad Social en Salud y que deben ser regulados por el Estado por hacer parte de un servicio público. Uno de los principios del Sistema de Seguridad Social en Salud es el de la libre escogencia, que consiste en garantizar a los usuarios libertad en la elección entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo. En esa medida, la ley introduce un campo de libre competencia económica entre los particulares y el Estado para ofrecer servicios de salud, todo ello con la finalidad de hacer competitivo el mercado y mejorar la calidad y eficiencia del servicio. En suma, la Sala advierte que los servicios POS son una parte del servicio público de salud, que corresponde a la atención básica que el Estado puede garantizar, sin embargo, existen otros servicios que complementan al POS y que también hacen parte del servicio público de salud y, por tanto, los ingresos que reciben las clínicas y hospitales, por la prestación de

esa clase de servicios no están sujetos al impuesto de industria y comercio, pues mantienen la naturaleza de servicios y no podrían clasificarse como actividades industriales o comerciales, para poder ser gravados. En esas condiciones, se insiste, que no es de recibo el argumento de la Administración Distrital en el sentido de aplicar la no sujeción, dependiendo bien sea de los recursos con los que se pagan los servicios de salud o si están o no incluidos en el POS, porque el beneficio que en materia de impuesto de industria y comercio prevé la Ley 14 de 1983, abarca de manera general la actividad de servicios que prestan los hospitales y clínicas, situación que, a la luz de la normativa vigente en materia de salud mantiene vigencia, en la medida en que, se insiste, la finalidad de la norma fue la de no someter a estas instituciones a obligaciones formales ni sustanciales en materia de ICA, respecto de las actividades de servicios que presten.

FUENTE FORMAL: LEY 14 DE 1983 / DECRETO 806 DE 1998 - ARTÍCULO 17 / LEY 100 DE 1993 – ARTÍCULO 169

IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO – Grava los ingresos por los servicios que se encuentren excluidos del POS y de los planes complementarios del POS / SENTENCIA DE LA CORTE CONSTITUCIONAL – Alcance. Efectos / ACTIVIDADES DE SERVICIOS Y COMERCIALES – Las que estén por fuera del POS están gravados con el impuesto de industria y comercio / BASE GRAVABLE DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO – De ella se excluyen los recursos que integran el Sistema de Seguridad Social en Salud / CLINICA DE LA MUJER - Está amparada por la exclusión del impuesto de industria y comercio / SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS – Está acorde con el objeto de la clínica y está excluido del impuesto de industria y comercio

Resulta oportuno precisar que en el POS está expresamente excluida la cirugía estética con fines de embellecimiento y procedimientos de cirugía plástica cosmética. Sin embargo, el Decreto 806 de 1998 autoriza a los Planes de Atención Complementaria (PAC) a incluir procedimientos expresamente excluidos del POS, por lo que para efectos de la no sujeción del impuesto de industria y comercio que aquí se analiza, sólo tendría aplicación en la medida en que el servicio se encontrara expresamente incluido en el Plan aprobado por las entidades competentes y que el servicio fuera prestado por EPS o IPS integrantes del Sistema de Seguridad Social en Salud, pues cualquier procedimiento estético realizado por cualquier otra entidad no afiliada al sistema, ya no tendría la condición de clínica u hospital dentro de la que se ha concebido la no sujeción en ICA. Sin embargo, precisa la Sala que la Corte Constitucional llega a la conclusión que sobre los ingresos provenientes de las actividades comerciales y de servicios de las EPS e IPS que excedan los destinados exclusivamente para prestación del POS, puede recaer el impuesto de industria y comercio, para lo cual sólo hace referencia al artículo 32 de la Ley 14 de 1983, pero omite un análisis integral de la normativa que en materia de industria y comercio rige para ese tipo de entidades de salud. De acuerdo con los anteriores documentos y las normas antes analizadas, esta Corporación advierte que la CLÍNICA DE LA MUJER en su condición de entidad privada con ánimo de lucro y cuya actividad específica es la prestación de servicios de salud, está amparada por la exclusión del impuesto de industria y comercio.

FUENTE FORMAL: DECRETO 806 DE 1998 / LEY 788 DE 2002 - ARTÍCULO 111

NOTA DE RELATORÍA: Con salvamento de voto de los doctores William Giraldo

Giraldo y Hugo Fernando Bastidas Bárcenas.

NOTA DE RELATORÍA: El salvamento de voto del doctor William Giraldo Giraldo no está disponible porque no reposa en el archivo de la Corporación y el expediente original del proceso se devolvió al Tribunal Administrativo de Cundinamarca.

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCION CUARTA

Consejera ponente: MARTHA TERESA BRICEÑO DE VALENCIA

Bogotá D. C., veinticuatro (24) de mayo de dos mil doce (2012)

Radicación número: 25000-23-27-000-2008-00115-01(17914)

Actor: CLINICA DE LA MUJER S.A.

Demandado: SECRETARIA DE HACIENDA - DIRECCION DISTRITAL DE IMPUESTOS

FALLO

Procede la Sala a decidir el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada contra la sentencia de 23 de julio de 2009 del Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Cuarta- Subsección "A", proferida dentro del proceso de nulidad y restablecimiento del derecho promovido contra los actos de la Dirección Distrital de Impuestos de Bogotá D.C., que modificaron la liquidación privada del impuesto de industria y comercio, avisos y tableros presentada por los periodos 2º a 6º del año gravable 2003.

La providencia apelada en su parte resolutive dispuso:

“PRIMERO.- DECLÁRASE LA NULIDAD de la Resolución No. 38DDI001950 de 31 de enero de 2007, expedida por la Subdirección de Impuestos a la Producción y al consumo de la Dirección Distrital de Impuestos de Bogotá.

SEGUNDO.- DECLÁRASE LA NULIDAD de la Resolución No. DDI-009854 2008EE-51233 de 10 de marzo de 2008, proferida por la Subdirección Jurídico Tributaria de la Dirección Distrital de Impuestos de Bogotá.

TERCERO.- DECLÁRASE a título de restablecimiento del derecho, que la CLÍNICA DE LA MUJER S.A. no le adeuda suma alguna a la Dirección Distrital de Impuestos de Bogotá por concepto de impuesto de industria,

comercio, avisos y tableros, respecto de los bimestres 2 a 6 del año gravable 2003, de que tratan los actos anulados.

CUARTO.- *No se condena en costas por cuanto no aparecen causadas.*

(...)"

ANTECEDENTES

La Clínica de la Mujer S.A. presentó las declaraciones del impuesto de industria y comercio, avisos y tableros por los bimestres 2º, 3º, 4º, 5º y 6º del año gravable 2003, en las que liquidó como valores a pagar las sumas de \$14.076.000, \$13.001.000, \$14.068.000, \$15.717.000 y \$13.244.000, respectivamente¹.

La sociedad actora solicitó corrección de las declaraciones presentadas para liquidar como valor a pagar cero (0)². Mediante la Liquidación Oficial de Corrección LC-IPC-12-0633 de 16 de abril de 2004 la Secretaría de Hacienda Distrital, aceptó las correcciones propuestas³.

Por Resolución 172 de 31 de mayo de 2004 se ordenó la devolución a la actora de \$70.106.000 correspondiente al valor a cargo pagado en exceso⁴.

La Administración inició investigación post devolución y profirió Requerimiento Especial 2006EE108710 de 12 de mayo de 2006⁵ en el que propone modificar la Liquidación Oficial de Corrección para incluir como ingresos gravados los provenientes de servicios de salud (medicina prepagada y atención a particulares) y comercialización de productos farmacéuticos e impone para cada periodo sanción por inexactitud. La sociedad actora dio respuesta oportuna al anterior requerimiento en el que se opuso a las glosas propuestas y a la sanción impuesta⁶.

El 31 de enero de 2007, la Administración Distrital profiere Liquidación Oficial de Revisión 38DDI001950 en la que confirma las glosas inicialmente planteadas⁷. Contra esta decisión la contribuyente interpone recurso de reconsideración⁸, que fue decidido mediante Resolución DDI-009854 2008EE-51233 de 10 de marzo de

¹ Fls. 166-170 c.a.

² Fls. 1-17 c.a.

³ Fls. 18-25 c.a.

⁴ Fls. 214-216 c.a.

⁵ Fls. 217-230 c.a.

⁶ Fls. 238-253 c.a.

⁷ Fls. 259-267 c.a.

2008 que confirma en todas sus partes el acto recurrido.

LA DEMANDA

El apoderado de la actora, en ejercicio de la acción de nulidad y restablecimiento del derecho, pretende la nulidad de la Liquidación Oficial de Revisión 38DD1001950 de 31 de enero de 2007 y de la Resolución DDI-009854 de 10 de marzo de 2008, dictadas por la Dirección Distrital de Impuestos- Secretaría de Hacienda de Bogotá. A título de restablecimiento del derecho solicita se declare que la sociedad actora no tiene obligación sustancial alguna frente al impuesto de industria y comercio.

De no prosperar la pretensión principal, solicita que subsidiariamente se anule la imposición de la sanción por inexactitud. Pide que se condene en costas a la parte demandada.

Citó como violados los artículos 2º y 29 de la Constitución Política, 2, 3, 35 y 59 del Código Contencioso Administrativo y 39 de la Ley 14 de 1983. A continuación se exponen brevemente los argumentos de la demandante.

Con la actuación fiscalista, ilegal e injusta de la Administración se desconoce su deber de cumplir con los fines esenciales del Estado, entre ellos, el de garantizar la efectividad de los principios y derechos, en su caso, los principios de equidad, justicia e imparcialidad y el derecho a que los ingresos percibidos por prestación de servicios de salud no sean gravados con el impuesto de industria y comercio.

Además, la Administración tiene la obligación de respetar las formas en cada procedimiento frente a los administrados. En este caso, se violaron el derecho fundamental al debido proceso y el principio de contradicción porque la demandada no valoró ni desvirtuó los argumentos fácticos y jurídicos formulados en el recurso de reconsideración, en especial, los referidos a la jurisprudencia del Consejo de Estado sobre la prohibición establecida en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983. La demandada se limita a exponer su posición con base en un concepto de la propia Administración, lo cual es simplista y meramente formal.

El artículo 39 de la Ley 14 de 1983 prohíbe gravar con el impuesto de industria y comercio a los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud. No obstante, la Administración consideró como gravados los ingresos recibidos por la Clínica de la Mujer por prestación de servicios de salud.

Asimismo, sostiene que las resoluciones demandadas están viciadas de nulidad por lo siguiente:

No existe norma distrital que determine que los hospitales están gravados con

⁸ Fls. 292-298 c.a.

impuesto de industria y comercio. La única norma que existía se anuló por el Consejo de Estado. Advierte que el artículo 1º de la Resolución 1195 de 1998⁹, por el cual se establecían los códigos para las IPS y se señalaba la tarifa del impuesto de industria y comercio, fue anulada por la Sección Cuarta del Consejo de Estado en sentencia de 6 de diciembre de 2006, Exp. 15291. Al anular la citada norma, el Consejo de Estado ratifica que las entidades adscritas o vinculadas al sector de la salud no están gravadas con el impuesto de industria y comercio.

La misma Administración, en la contestación de la demanda presentada dentro del proceso 2007-00241, reconoció que no existe norma legal aplicable antes del 1º de marzo de 2004 porque la que existía se anuló.

Entonces, al no existir norma no pueden gravarse los ingresos que la Clínica de la Mujer S.A. recibió por prestación de servicios de salud diferentes al POS, como la medicina prepagada, seguros, particulares, entre otros, durante los periodos anteriores a 1º de marzo de 2004. A pesar de ello la Administración incluyó esos ingresos en la base gravable para liquidar el impuesto.

La ley y la jurisprudencia han determinado que la exención se aplica a todas las entidades integrantes del Sistema General de Salud sin tener en cuenta su denominación o su calidad de pública o privada. La exención no deviene del objeto social comercial de la sociedad sino de su condición de institución adscrita al Sistema General de Salud y de que sus ingresos se deriven de la prestación de servicios de salud.

La Clínica de la Mujer S.A. es una entidad privada, constituida legalmente, cuyo objeto social, en lo que se refiere al debate, consiste en “... *prestar toda clase de servicios médicos, quirúrgicos, hospitalarios y de laboratorio clínico...*”, para lo cual está autorizada por las autoridades locales y nacionales competentes. Insiste en que es una institución prestadora de servicios de salud- IPS perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, acorde con lo dispuesto en los artículos 5 [2. d)] y 7 de la Ley 10 de 1990 y 155 [3] de la Ley 100 de 1993.

Determinada su condición de integrante del referido Sistema concluye que tiene derecho a la exclusión del impuesto de industria y comercio por los ingresos derivados de los servicios de salud. Con fundamento en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, aclara que la jurisprudencia ha explicado que el alcance de la palabra *Hospitales* que trae la norma debe entenderse aplicable a todas las instituciones prestadoras de los servicios de salud. Sobre este tema citó variada jurisprudencia del Consejo de Estado en la que se ha reconocido la no sujeción del sector salud

⁹ En la demanda no se indica la entidad que expidió la Resolución 1195 de 1998, por lo que se ubicó la sentencia referida de la cual se observa que fue la Secretaría de Hacienda de Bogotá, D.C.

al impuesto de industria y comercio¹⁰.

Finalmente, y si en gracia de discusión le asistiera razón a la demandada, es improcedente aplicar la sanción por inexactitud porque la actuación de la contribuyente constituye una clara diferencia de criterios respecto de la ley aplicable al caso fundada en el marco constitucional, legal y jurisprudencial. La administración no ha desvirtuado el origen y naturaleza de los ingresos de la Clínica como provenientes de la prestación de servicios de salud y cualquier interpretación contraria violaría las normas superiores invocadas.

LA OPOSICIÓN

La apoderada de la parte demandada se opuso a las pretensiones de la sociedad actora con fundamento en los siguientes argumentos:

Los recursos de la demandante destinados al POS se excluyeron de la base gravable pero los demás derivados de actividades comerciales, industriales o de servicios están gravados con el impuesto de industria y comercio, entre ellos se encuentran los obtenidos por servicios de salud prestados a compañías de medicina prepagada, a compañías de seguros y a entidades públicas o privadas que por convenciones laborales o prerrogativas especiales y excepcionales tienen convenio con la Clínica actora para que preste servicios de salud no cubiertos por el POS o cubierto pero en condiciones privilegiadas de hotelería clínica a sus afiliados, empleados o pensionados. Es evidente que el pago de esos servicios se realiza con recursos no parafiscales por lo que no están exentos de ICA.

La actora toma como soporte varias sentencias para concluir que todos los recursos de la Clínica están excluidos del impuesto de industria y comercio. No obstante, la misma jurisprudencia invocada ha indicado que los ingresos de las entidades prestadoras de salud que provengan de fuente diferente al POS están gravados y así también se indica en la sentencia C-1040 de 2003. En consecuencia, al existir ingresos que deben estar gravados, la sociedad actora es responsable del impuesto de industria y comercio.

Antes de la sentencia C-1040 de 2003 no existía en el ordenamiento patrón normativo, constitucional, jurisprudencial o doctrinario que permitiera interpretar que los recursos de la seguridad social no estaban gravados, pues las Leyes 633 de 2000 y 788 de 2002 trataron de precisar porcentajes y circunstancias en las que se indicaba que los recursos estaban gravados.

Al respecto, transcribe apartes del Concepto 1166 de 2007 de la Subdirección Jurídico Tributaria de la Secretaría de Impuestos Distritales de Bogotá en el que se concluye que la excepción contenida en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 se aplica a los servicios de salud prestados por las entidades adscritas o vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Tales servicios son todos aquellos que el Estado ha organizado con el objeto de prestar asistencia en

¹⁰ Fls. 19-27 de la demanda.

seguridad social: POS, SOAT, régimen de vinculados y prestación social de vejez, así como los ingresos con los cuales se financian.

En el mismo Concepto se indica que los demás servicios prestados por dichas entidades de salud que no correspondan al servicio público de salud, según los artículos 153 y 162 de la Ley 100 de 1993, quedan excluidos de la norma exceptiva y es aplicable la regulación general del impuesto de industria y comercio, así como los recursos que obtienen con cargo a estos servicios los cuales no son recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Con el anterior Concepto estima que los actos administrativos demandados se expedieron conforme al ordenamiento vigente, por los funcionarios competentes, con fundamentos de hecho y derecho y con la observancia del debido proceso, por lo que solicita negar las pretensiones de la demanda.

LA SENTENCIA APELADA

El Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Cuarta- Subsección A, mediante sentencia de 23 de julio de 2009, accedió a las pretensiones de la demanda con fundamento en lo siguiente:

Analiza y transcribe las normas aplicables al caso, tales como los artículos 32 al 37 y 39 del Decreto Distrital 352 de 2002, que tratan sobre el impuesto de industria y comercio en el Distrito Capital; el artículo 39 [2- d.] de la Ley 14 de 1983 que contiene la prohibición de gravar con el citado impuesto a los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud; artículos 4, 5 y 7 de la Ley 10 de 1990 y 155 de la Ley 100 de 1993, normas que regulan la organización del Sistema Nacional de Salud. Así como el precedente jurisprudencial del Consejo de Estado y las pruebas allegadas al proceso.

De lo anterior concluye que la prestación de servicios de salud por las empresas privadas que hacen parte del Sistema Nacional de Salud, constituye una actividad no sujeta al impuesto de industria y comercio, presupuesto que cumple la Clínica actora, por lo que no puede tenerse como contribuyente de dicho impuesto si se tienen en cuenta los servicios que presta.

En consecuencia, el *a quo* estima que la demandada erró al expedir los actos demandados frente a una persona jurídica que está al margen de la obligación tributaria, de conformidad con lo dispuesto en el literal c) del artículo 39 del Decreto Distrital 352 de 2002, lo que conlleva a la nulidad de los actos y al restablecimiento del derecho. No condena en costas por no estar probadas.

EL RECURSO DE APELACIÓN

La **demandada** reitera los argumentos expuestos en la contestación de la demanda. Advierte que el Tribunal en la sentencia apelada considera que todos los recursos de la Clínica demandante están excluidos del impuesto de industria y comercio sin referirse a los ingresos percibidos no cubiertos por el POS, que no tienen el carácter de parafiscales y por lo tanto deben incluirse en la base gravable del ICA.

Destaca algunos apartes del Concepto 1166 de 2007 de la Subdirección Jurídico Tributaria, según el cual, la no sujeción prevista en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 no tenía por objeto excluir del impuesto a cualquier entidad que desarrollara actividades de salud, pues este tratamiento tributario estaba dirigido a un determinado grupo de entidades con unas condiciones especiales, como se indicó en la exposición de motivos de la Ley, cuando se afirmó que “en este capítulo se precisa qué actividades no pueden gravarse con el impuesto de industria y comercio, conservando las prohibiciones que corresponden a actividades que afecten directamente el nivel de vida del pueblo colombiano o que el estado tiene interés en desarrollar”.

Entonces, el contexto de la no sujeción está limitado a entidades que tuvieran a su cargo la prestación de servicios de salud como asistencia pública entendido como tal el nivel mínimo de salud que le corresponde al Estado brindar a los ciudadanos en el cumplimiento de sus deberes constitucionales.

El artículo 152 de la Ley 100 de 1993 enuncia como objetivo del Sistema de Seguridad Social en Salud, la regulación del servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a toda la población. La Ley citada organiza el Sistema de Seguridad Social en Salud alrededor de un Plan Obligatorio de Salud, que otorga una protección integral básica y que se complementa para llenar algunos vacíos a sectores no específicos como el SOAT, entre otros.

Cualquier prestación de salud adicional al modelo propuesto por la Ley 100, va más allá del cubrimiento del deber fundamental a cargo del Estado, como es la atención privada de salud y los seguros adicionales de hospitalización y cirugía, que son servicios financiados exclusivamente por el afiliado y que no entran a formar parte de los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud, según lo dispuesto en el artículo 169 de la Ley 100 de 1993.

Estas últimas modalidades de prestación de salud, corresponden a un modelo de empresa excluida del cubrimiento básico, que están sometidas por las leyes económicas de oferta, demanda y libre competencia. En consecuencia, al no corresponder al servicio público de salud, quedan excluidos de la norma exceptiva y, por tanto, les es aplicable la regulación general del impuesto de industria y comercio, así como los recursos que obtienen con cargo a estos servicios, que no son recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud.

La demandada hace referencia a la sentencia del 6 de octubre de 2005, Exp. 15060 del Consejo de Estado, entre otras, en la que se indicó que las clínicas y hospitales que reciban recursos del Estado no están obligados a pagar el impuesto

de industria, comercio y avisos, pero están gravados todos los recursos provenientes de actividades industriales y comerciales que no son propias de las entidades hospitalarias.

Transcribe apartes de la sentencia C-1040 de 2003 de la Corte Constitucional en la que se señaló que los recursos que excedan los recursos exclusivos para prestación del POS son rentas que pueden ser gravadas con impuestos que den, a los recursos captados, una decisión diferente a la seguridad social.

La apelante indica que es indudable que la no sujeción estudiada entraña una doble connotación, por un lado subjetiva, al señalar la prohibición de gravar con el impuesto de industria y comercio a los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud y, por otro lado, es objetiva al expresar los servicios prestados, condición que se tipifica, como se explicó, en relación con los servicios públicos de salud que son los incluidos en el POS.

Concluye la Administración Distrital que *“... se tiene que las clínicas y hospitales son sujetos pasivos del Impuesto de Industria, comercio y Avisos, con la salvedad de que aquellas clínicas y hospitales que reciban recursos del Estado para cumplir el servicio público de salud y sólo por este concepto, no están obligados a pagar el mencionado impuesto. Los recursos parafiscales no hacen parte de la base gravable de dicho impuesto, pero los recursos obtenidos por prestación de servicios de salud diferentes a los ingresos del pos, tales como medicina prepagada, seguros, beneficios extralegales, planes complementarios, etc, están gravados con el impuesto de industria y comercio, por lo que siendo sujeto pasivo de este impuesto, la demandante debía presentar declaración por estos conceptos e incluirlos en su base gravable.”*

Por lo anterior, solicita se revoque la sentencia de primera instancia y en su lugar se declare la legalidad y firmeza de los actos demandados.

ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

La **parte demandante** indica que la demandada en el recurso de apelación no plantea ninguna inconformidad frente a la sentencia por lo que no existe razón para revocarla. En la apelación se refiere a aspectos diferentes que no fueron fundamento de la decisión de nulidad de los actos demandados y describe interpretaciones ajenas al tema en cuestión como lo es la prohibición contenida en el artículo 48 de la Constitución Política de destinar recursos de las entidades de la seguridad social para fines diferentes, pero no controvierte la prohibición de gravar establecida en la Ley 14 de 1983 a la que se refiere el Tribunal Administrativo de Cundinamarca.

Se remite a todos los argumentos expuestos en la demanda y solicita la confirmación de la sentencia apelada.

La **parte demandada** reitera, en términos generales, los planteamientos expuestos en la contestación de la demanda y en el recurso de apelación e insiste en que la Clínica actora es responsable del impuesto de industria y comercio por la realización de actividades gravadas con este impuesto, que no son retribuidas con los recursos del Plan Obligatorio de Salud- POS y, por tal motivo, es contribuyente en el Distrito Capital y debe cumplir todas las obligaciones y procedimientos determinados para los responsables de ese impuesto.

El **Ministerio Público** no intervino en esta oportunidad procesal.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

Corresponde a la Sala determinar la legalidad de la actuación administrativa mediante la cual la Administración Distrital modificó la liquidación privada del impuesto de industria y comercio, avisos y tableros de los bimestres 2º a 6º del año gravable 2003.

Cuestión Previa

Previo a decidir de fondo, la Sala observa que la Dra. Carmen Teresa Ortiz de Rodríguez manifiesta su impedimento para conocer de este asunto, con fundamento en la causal prevista en el artículo 150-1 del C.P.C.¹¹, sin embargo, no se advierte que la situación planteada para sustentar la causal pueda generar un interés directo o indirecto en la materia que es objeto de controversia en el proceso.

Asunto de fondo

Se advierte que el asunto planteado en este proceso ha sido analizado por la Sala en anteriores oportunidades, por lo que procederá a reiterar, en lo pertinente, las consideraciones que han sido expuestas en relación con la no sujeción de las clínicas y hospitales al impuesto de industria y comercio, avisos y tableros¹².

¹¹ La causal se fundamentó en que su hijo se desempeña como médico en la institución demandante.

¹² Sentencias del 2 de marzo de 2001, Expediente 10888, C.P. Dr. Juan Angel Palacio Hincapié, del 10 de junio de 2004, Expediente 13299, C.P. Dra. Elizabeth Whittingham García, del 9 de diciembre del 2004, Expediente 14174, C.P. Dra. Ligia López Díaz, de mayo 5 de 2005, expediente 14442, C.P. Dra. María Inés Ortiz Barbosa, de 13 de octubre de 2005, Exp. 15265, C.P. Dra. Ligia López Díaz, de 7 de febrero de 2008, Exp. 15785, de 10 de abril de 2008, Exp. 16640, M.P. Dra. María Inés Ortiz Barbosa, de 14 de octubre de 2010, Exp. 17926, M.P. Dra. Carmen Teresa Ortiz de Rodríguez, entre otras.

De conformidad con el artículo 32 de la Ley 14 de 1983, el impuesto de industria y comercio grava el ejercicio en una jurisdicción municipal de actividades comerciales, industriales o de servicios. Los sujetos pasivos son las personas naturales, jurídicas y sociedades de hecho, que realizan el hecho gravado, independientemente de la naturaleza jurídica que ostenten, salvo que la ley las exceptúe, como ocurre en el artículo 39 de la misma norma, que prohíbe gravar con este tributo, los servicios que prestan los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud.

El artículo 39 de la Ley mencionada, en el aparte que interesa al caso, dispone:

“Artículo 39.—No obstante lo dispuesto en el artículo anterior continuarán vigentes:

(...)

2. Las prohibiciones que consagra la Ley 26 de 1904; además, subsisten para los departamentos y municipios las siguientes prohibiciones:

(...)

d) La de gravar con el impuesto de industria y comercio, los establecimientos educativos pblicos, las entidades de beneficencia, las culturales y deportivas, los sindicatos, las asociaciones de ticos y los hospitales adscritos o sin ánimo de lucro, los partidos polJ profesionales y gremiales sin ;vinculados al sistema nacional de salud

(...) (Subraya la Sala)

A su vez, en el Distrito Capital la no sujeción de los hospitales fue incluida en el artículo 39 literal c) del Decreto 352 de 2002, vigente para la época de los hechos objeto de estudio, así:

Art. 39- Actividades no sujetas. No están sujetas al impuesto de industria y comercio las siguientes actividades:

(...)

c) La educación pública, las actividades de beneficencia, culturales y/o deportivas, las actividades desarrolladas por los sindicatos, por las asociaciones profesionales y gremiales sin ánimo de lucro, por los partidos políticos y los servicios prestados por los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud¹³.

(...)

¹³ Al respecto el Decreto 356 de 1975 “por el cual se establece el régimen de adscripción y vinculación de las entidades que prestan servicio de salud”, disponía en su artículo 9º: “Las entidades de derecho privado que presten servicios de salud a la comunidad, por el solo hecho de prestar estos servicios, se entienden vinculadas al sistema nacional de salud”.

(Negrillas fuera de texto)

Ahora bien, el **Sistema Nacional de Salud** existente para la época de la expedición de la Ley 14 de 1983, fue cambiado por el “**Sistema de Salud**” en la Ley 10 de 1990 “por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones” que en su artículo 4° expresa:

“Para efectos de la presente ley, se entiende que el sistema de salud comprende los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación: que en él intervienen diversos factores tales como los de orden biológico, ambiental, de comportamiento y de atención propiamente dicha, y que de él forman parte, tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, como también en lo pertinente, las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud....”.

Por su parte, el artículo 5° de la misma Ley señaló:

“El sector salud está integrado por:

(...)

2. El subsector privado, conformado por todas las entidades o personas privadas que presten servicios de salud y, específicamente por:

- a. *Entidades o instituciones de seguridad social y cajas de compensación familiar en lo pertinente a la prestación de servicios de salud;*
- b. *Fundaciones o instituciones de utilidad común;*
- c. *Corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro;*
- d. *Personas privadas naturales o jurídicas*”.

En relación con las entidades privadas, el artículo 7° de la Ley 10 de 1990 indicó:

“ART. 7°—**Prestación de servicios de salud por entidades privadas.** Las fundaciones o instituciones de utilidad común, las asociaciones y corporaciones, sin ánimo de lucro, y en general, las personas privadas jurídicas, podrán prestar servicios de salud en los niveles de atención y grados de complejidad que autorice el Ministerio de Salud o la entidad territorial delegatoria”.

De acuerdo con los preceptos legales transcritos, los hospitales hacían parte del Sistema de Salud, así pertenecieran al *sector privado*, incluidas las fundaciones, corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro o de utilidad común.

Por consiguiente, en cuanto al tema de la no sujeción prevista en el numeral segundo literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, en lo que se refiere a “los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud”, la intención del Legislador del año 1983, fue la de no someter a las entidades de salud al cumplimiento de ninguna de las obligaciones sustanciales ni formales relacionadas con el impuesto de industria y comercio.

Ahora bien, con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 se reorganizó nuevamente el sector salud, bajo el nombre de “**Sistema de Seguridad Social en Salud**” en el cual, conforme al artículo 156 ib., concurren en su conformación, el Gobierno Nacional, el Fosyga, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).

Respecto a las Entidades Promotoras de Salud el artículo 177 de la misma Ley 100 las define como “*las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de solidaridad y garantía...*”.

Por otro lado las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud según el artículo 156 de la Ley 100 de 1993 son “*entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del sistema general de seguridad social en salud, dentro de las promotoras de salud o fuera de ellas...*”.

El criterio expuesto, que se reitera en esta oportunidad, reconoce la vigencia del artículo 5° de la Ley 10 de 1990, en consideración a que, tal como lo precisara la Sala en la sentencia de 22 de abril de 2004, Exp.13224, M. P. Dr. Germán Ayala Mantilla, el Sistema de Seguridad Social en Salud que desarrolló la Ley 100 de 1993 en nada afecta la no sujeción subjetiva del artículo 39 numeral 2° literal d) de la Ley 14 de 1983, si se tiene en cuenta el criterio teleológico de la norma.

Además, el concepto de “Sistema de Salud”, hoy “Sistema de Seguridad Social en Salud”, debe ser apreciado en su alcance bajo las consideraciones existentes en la Ley 14 de 1983, que es la fuente normativa remota de la cual surge el beneficio fiscal para las entidades públicas o privadas del sector salud.

Por ello, no es posible considerar que, en virtud de la expedición de la citada Ley 100, se haya presentado una derogatoria tácita del artículo 5 de la Ley 10 de 1990, que haría inaplicable la no sujeción al gravamen que consagra el numeral 2 literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, para “los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud”.

Tampoco sería procedente entender que existe una distinción entre “hospital” a que se refiere la norma de la no sujeción, y “clínica”, pues esta Corporación ha indicado que *“tales expresiones en su sentido natural y obvio vienen a ser sinónimas, toda vez que no tienen una referencia técnica ni ha sido definida especialmente por el legislador, y en cambio, los diccionarios de lenguaje usual y de expresión especializada se refieren indistintamente a ellos como “establecimientos destinados al tratamiento de enfermos.”*¹⁴.

Ahora bien, es necesario precisar que si bien los recursos que perciban las clínicas y hospitales destinados a la prestación del servicio público de salud, no son susceptibles de ser gravados con el impuesto de Industria y Comercio, el artículo 11 de la Ley 50 de 1984 consagró:

*ARTICULO 11.-Cuando las entidades a que se refiere el artículo 39, numeral 2º, literal d) de la Ley 14 de 1983 realicen actividades **industriales o comerciales** serán sujetos del impuesto de industria y comercio en lo relativo a tales actividades.*
(Negritas fuera de texto)

En el mismo sentido el párrafo primero del artículo 39 del Decreto 352 de 2002, aplicable al caso concreto, dispuso para los hospitales lo siguiente:

Art. 39.- Actividades no sujetas. *No están sujetas al impuesto de industria y comercio las siguientes actividades:*

(...)

¹⁴ Sentencia de 10 de junio de 2004, Exp. 13299, M.P. Dra. Elizabeth Whittingham García, reiterada en sentencia del 27 de agosto de 2009, Exp. 17126, M.P. Dra. Martha Teresa Briceño de Valencia, entre otras.

*Parágrafo primero.- Cuando las entidades a que se refiere el literal c) de este artículo, **realicen actividades industriales o comerciales**, serán sujetos del impuesto de industria y comercio respecto de tales actividades.*

(...) (Negrillas fuera de texto)

Con base en las anteriores disposiciones, se observa que los recursos provenientes de actividades *industriales y comerciales*, que no sean propias de las entidades hospitalarias, no quedan cobijados por la no sujeción del artículo 39 numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983. Es decir, que las *actividades de servicios* que prestan los hospitales en su calidad de tales son las únicas a las que se les puede aplicar la no sujeción creada por el Legislador.

En este sentido, no puede aceptarse el criterio expuesto por la demandada, según el cual, todas las actividades que no sean financiadas con recursos del POS pueden ser gravadas con el impuesto de industria y comercio, pues tal argumento no tiene fundamento legal.

En efecto, del artículo 39 numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983 se establece que la no sujeción fue concedida por la ley a las entidades o instituciones constituidas para la prestación de servicios de salud por el solo hecho de tener esa condición sin que el Legislador hubiera hecho alguna precisión en cuanto al origen de los recursos que manejan. Además, el propio Legislador indicó qué tipo de actividades de esas instituciones eran las que podían ser gravadas con el tributo al referirse expresamente en el artículo 11 de la Ley 50 de 1984 a las actividades industriales y comerciales.

El argumento de la Administración Distrital equivale a convertir automáticamente en actividades comerciales los servicios médicos prestados por fuera del Plan Obligatorio de Salud (POS) cuando ello no se desprende de la normativa que rige el impuesto de industria y comercio para las clínicas y hospitales pues, se reitera, sólo serán gravables las actividades que estas instituciones realicen si son *industriales y comerciales*, y sin que por el hecho de tratarse de servicios prestados fuera del POS dejen de tener la condición de “servicios” propios de estas instituciones que es sobre lo que recae la no sujeción al tributo.

En este punto, la Sala precisa que si bien el artículo 49 de la Constitución Política hace referencia a que la salud es un servicio público, no sólo pueden entenderse como integrantes de ese servicio los que se derivan exclusivamente del **Plan Obligatorio de Salud**¹⁵, conforme a lo establecido por la Ley 100 de 1993.

En efecto, la no sujeción dispuesta tanto en la Ley 14 de 1983 como el Decreto 352 de 2002, no está condicionada a que los servicios prestados correspondan a los contenidos en el POS, pues el beneficio se dirige a no gravar el ingreso que proviene directamente como retribución del servicio de salud que prestan los hospitales y clínicas.

Tampoco puede entenderse que sólo los ingresos que provengan de la prestación de servicios incluidos en el POS sean a los que se les aplica la no sujeción para concluir que los ingresos que se perciben por la prestación de servicios de salud no previstos en el POS estarían gravados, por las siguientes razones:

De acuerdo con el artículo 49 de la Constitución Política ya citado, la atención en salud es un servicio a cargo del Estado y a este le corresponde organizar, dirigir y reglamentar *la prestación de servicios de salud* a los habitantes, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, así como establecer políticas para la prestación de servicios de salud *por entidades privadas* y ejercer su vigilancia y control.

El Legislador, dentro de su libertad de configuración del Sistema Seguridad Social, escogió un modelo en el que concurren el Estado y los particulares para la prestación del servicio público de salud¹⁶. En desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Carta, expidió la Ley 100 de 1993, en la que se estableció este principio, así:

ARTÍCULO 8o. CONFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD

¹⁵ Decreto. 806/98. Art. 7o. PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, POS. Es el **conjunto básico de servicios de atención en salud** a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Contributivo que cumpla con las obligaciones establecidas para el efecto y que está obligada a garantizar a sus afiliados las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y Entidades Adaptadas, EAS, debidamente autorizadas, por la Superintendencia Nacional de Salud o por el Gobierno Nacional respectivamente, para funcionar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sus contenidos son definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud e incluye educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, en los diferentes niveles de complejidad así como el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica.

A través de este plan integral de servicios y con sujeción a lo establecido en el artículo [162 de la Ley 100 de 1993](#), se debe responder a todos los problemas de salud conforme al manual de intervenciones, actividades y procedimientos y el listado de medicamentos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas podrán incluir el tratamiento con medicinas alternativas autorizadas para su ejercicio en Colombia, de conformidad con su eficacia y seguridad comprobada.

Dcto. 806/98. Art. 13. PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO, POS-S. Es el **conjunto básico de servicios de atención en salud** a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Subsidiado y que están obligadas a garantizar las Entidades Promotoras de Salud, las Empresas Solidarias de Salud y las Cajas de Compensación Familiar debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para administrar los recursos del Régimen Subsidiado.

El contenido del Plan Subsidiado será definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

¹⁶ C-615/02

SOCIAL INTEGRAL. El Sistema de Seguridad Social Integral es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la presente ley. (Negrillas fuera de texto)

Concretamente en relación con la Seguridad Social en Salud, dentro del esquema de la Ley 100 de 1993, señaló que los objetivos del Sistema de Seguridad Social en Salud “*son regular el **servicio público esencial de salud** y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención*”¹⁷ y **dispuso dos formas de acceder al mencionado Sistema, así:**¹⁸:

1. Como *afiliados*, bien sea al régimen contributivo o subsidiado, a quienes se les presta el servicio público de salud mediante los Planes Obligatorios de Salud expedidos para cada uno de los regímenes antes mencionados.

2. Como *vinculados*, para aquellas personas que no tienen capacidad de pago, pero que mientras acceden al régimen subsidiado, el Estado les ofrece un plan de atención básica en salud¹⁹.

A los afiliados al régimen contributivo, la Ley 100 de 1993, además de garantizarles los servicios del POS, ha previsto la posibilidad de que puedan acceder a “*Planes Adicionales de Salud*” (PAS) que permiten mejorar los servicios que reciben del Sistema y que son financiados con recursos propios, tal como lo prevé el artículo 17 del Decreto 806 de 1998, así:

ARTICULO 17. OTROS BENEFICIOS. Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud pueden prestarse beneficios adicionales al conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como **servicio público esencial en salud, que no corresponde garantizar al Estado bajo los principios de solidaridad y universalidad. Estos beneficios se denominan **Planes Adicionales de Salud** y son financiados con cargo exclusivo a los recursos que cancelen los particulares.**

¹⁷ Art. 152 Ley 100/93

¹⁸ Art. 157 Ley 100/93

¹⁹ En efecto, el Sistema de Seguridad Social en Salud ofrece a los afiliados y vinculados, dependiendo cada caso, unos planes definidos en el artículo 3º del Decreto 806 de 1998, así:

Artículo 3º. De los tipos de planes. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud como servicio público esencial existen únicamente los siguientes planes de beneficios:

1. Plan de Atención Básica en Salud, PAB.
2. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, POS.
3. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POSS.
4. Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos.
5. Atención inicial de urgencias.

Estos planes serán ofrecidos por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las compañías de medicina prepagada y las aseguradoras. (Negrillas fuera de texto).

Ahora bien, los Planes Adicionales de Salud son definidos como el “conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria. El acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los particulares, como un servicio privado de **interés público**, cuya prestación no corresponde prestar al Estado, sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias. (...)”²⁰

De acuerdo con el artículo 169 de la Ley 100 de 1993²¹, los PAS pueden ser de diferentes tipos:

- **Planes de atención complementaria²² del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud.**
- **Planes de Medicina Prepagada²³, de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.**
- **Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera.**
- **Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud.**

Todos los anteriores planes tienen en común que su objeto es la **prestación de servicios de salud** y están regulados *dentro* del sistema de seguridad social en

²⁰ Art. 18 Dcto. 80/98

²¹ Norma modificada por el art. 37 de la Ley 1438 de 2011. En su texto original, el artículo 169 de la Ley 100/93 disponía:

ARTÍCULO 169. *Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo [204 de la presente Ley.](#)*

PARÁGRAFO. El reajuste del valor de los planes estará sujeto a un régimen de libertad vigilada por parte del Gobierno Nacional.

²² Dcto. 806/98. **Artículo 23.** Planes de Atención Complementaria. Los PAC son aquel conjunto de beneficios que comprende actividades, intervenciones y procedimientos no indispensables ni necesarios para el tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento o la recuperación de la salud o condiciones de atención inherentes a las actividades, intervenciones y procedimientos incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud.

Tendrán uno o varios de los siguientes contenidos:

1. Actividades, intervenciones y procedimientos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud o expresamente excluidos de éste.

2. Una o varias condiciones de atención diferentes que permitan diferenciarlo del POS tales como comodidad y red prestadora de servicios.

Parágrafo. Sólo podrán ofrecerse los contenidos del POS en las mismas condiciones de atención cuando éstos están sometidos a períodos de carencia, exclusivamente durante la vigencia de este período.

²³La medicina prepagada, ha sido definida por el Decreto 1486 de 1994, así: El sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme al presente Decreto, para la gestión de la atención médica, y **la prestación de los servicios de salud** y/o atender directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado. (Negrillas fuera de texto).

salud, como beneficios adicionales al servicio público *esencial* que se garantiza a través del Sistema de Seguridad Social en Salud.

La Corte Constitucional ha señalado que en la prestación del servicio público de salud tienen cabida otros planes que complementan los derechos prestacionales²⁴ **y que aunque se trate de planes adicionales hacen parte del servicio público de salud, con fundamento en las siguientes consideraciones²⁵:**

“En primer lugar, porque *aunque se trata de personas jurídicas privadas, éstas participan en la prestación del servicio público de salud, (...). En efecto, esta Corporación ha señalado en varias ocasiones que la medicina prepagada es un plan adicional de atención en salud, y que las empresas dedicadas a la celebración de este tipo de contratos hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de modo que son responsables de la prestación de un servicio público, aunque su esquema de contratación sea voluntario y se rija por las normas del derecho privado.*²⁶²⁷

En similar sentido se pronunció en la sentencia T-732 de 1998, así:

“No obstante lo anterior, conforme, también al régimen jurídico colombiano, *dentro del sistema general de seguridad social en salud, pueden prestarse otros beneficios adicionales al conjunto de los anteriores planes, a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial en salud, que no corresponde garantizar al Estado, bajo los principios de solidaridad y universalidad. Estos beneficios se denominan "planes adicionales de salud" y son financiados con cargo exclusivo a los recursos que cancelen los particulares, los cuales pueden ser ofrecidos, independientemente, por las EPS, o por las entidades adaptadas e igualmente por las compañías de medicina prepagada o aún por las aseguradoras, según lo dispuesto por el art. 17 del Decreto 806/98, (...)*

(...)

En efecto en la sentencia T-307 de 1997 (M.P. Dr. José Gregorio Hernández Galindo), señaló la Corte lo siguiente, a propósito de los criterios de interpretación de tales contratos en relación con los derechos fundamentales:

"Pero los contratos de medicina prepagada, que, según lo visto, tienen por objeto exclusivo la prestación del servicio público de salud, no pueden ser tratados en todos sus aspectos bajo la misma óptica ni dentro de criterios iguales a los que gobiernan las relaciones puramente patrimoniales, ya que en su ejecución están comprometidos, más allá del conmutativo interés convencional y económico, derechos constitucionales fundamentales como la

²⁴ C-331/03

²⁵ Si bien los pronunciamientos se han hecho con ocasión de acciones de tutela interpuestas contra empresas de medicina prepagada, tal conclusión resulta igualmente aplicable a los demás planes adicionales de salud, señalados en el art. 169 de la Ley 100 de 1993.

²⁶ Ver al respecto las sentencias T-307 de 1997, M.P. José Gregorio Hernández Galindo; T-732 de 1998, M.P. Fabio Morón Díaz; y T-236 de 2003, M.P. Jaime Córdoba Triviño, entre otras.

²⁷ T-1064/05

salud, la integridad personal y en especial la vida humana.

(...)

*Además, ha sido opinión uniforme de esta Corte el considerar que es necesario preservar en tales negocios jurídicos de medicina prepagada, **como servicios privados de salud pero de interés público** (art. 18 Dto. 806 de 1993), un mínimo equilibrio entre los contratantes, (...)*

De la normativa y la jurisprudencia antes transcrita, la Sala advierte que constitucionalmente el servicio público es amplio en cuanto se refiere a la “atención en salud”. Sin embargo, el Estado, dentro de sus posibilidades, garantiza a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud una parte de ese servicio que denomina servicio público *esencial* de salud, esto es, unas prestaciones básicas a las que tenga acceso toda la población con el fin de recuperar la salud e impedir el menoscabo de la capacidad económica y así lo reconoce cuando define al POS como “el **conjunto básico de servicios de atención en salud** a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Contributivo que cumpla con las obligaciones establecidas para el efecto (...)”²⁸

No obstante lo anterior, la Carta²⁹ **permitió que en la prestación del servicio de salud concurrieran las entidades privadas, con el objeto de ampliar su cobertura y mejorar la calidad, no solo a través de la prestación de los servicios que integran esa parte esencial que garantiza el Estado (POS), sino que además puedan intervenir con planes adicionales de salud, estos últimos autorizados dentro del esquema del Sistema de Seguridad Social en Salud y que deben ser regulados por el Estado por hacer parte de un servicio público**³⁰.

Precisamente, respecto de la concurrencia a la prestación del servicio de salud y la regulación del Estado, la Corte Constitucional ha indicado:

“El legislador al diseñar el modelo de seguridad social en salud abrió unos espacios para la concurrencia privada en condiciones de libre competencia, situación que impone un análisis del concepto de libertad económica. La posibilidad que los particulares concurren a la prestación

²⁸ Dcto. 806/98 art. 7°.

²⁹ Art. 49 inciso 2°. C.P.

³⁰ C-736/07. “Ahora bien, de esta reglamentación constitucional, de manera especial de lo afirmado por el artículo 365 cuando indica que los servicios públicos “*estarán sometidos al régimen jurídico que fije la ley, podrán ser prestados por el Estado, directa o indirectamente, por comunidades organizadas, o por particulares*”, la Corte entiende que el constituyente quiso definir que las personas o entidades que asuman la prestación de los servicios públicos tendrán no sólo un régimen jurídico especial, sino también una naturaleza jurídica especial; esta particular naturaleza y reglamentación jurídica encuentra su fundamento en la necesidad de hacer realidad la finalidad social que es definida por la misma Carta como objetivo de la adecuada prestación de los servicios públicos”.

del servicio de salud en condiciones de competencia económica, no es incompatible con su carácter de interés público y su finalidad eminentemente social, pese a que se trata de sujetos que actúan motivados por intereses privados, que también gozan de la protección de la Constitución. Por otro lado, resulta claro que el ejercicio de la libertad económica y la libre competencia en materia de salud, sólo puede darse dentro del ámbito que el legislador haya previsto para el efecto, y dentro de las rigurosas condiciones de regulación, vigilancia y control que se derivan de la responsabilidad constitucional que el Estado tiene en este sector social.³¹

(...)

Cuando nuestra Constitución Política permite que particulares concurren con el Estado a prestar el servicio público de salud, no se está reservando el ejercicio de esta actividad, sino que está delegando en los particulares su prestación. Por ello, en este escenario debe existir la libre competencia y el Estado debe velar porque no se presente obstáculos o limitaciones a la concurrencia de los sujetos económicos por la conquista del mercado; y si estas existen deben ser iguales para todas las personas naturales o jurídicas que tengan la capacidad de prestar el servicio”.

En efecto, uno de los principios del Sistema de Seguridad Social en Salud es el de la *libre escogencia*, que consiste en garantizar a los usuarios libertad en la elección entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo³².

En esa medida, la ley introduce un campo de libre competencia económica³³ **entre los particulares y el Estado para ofrecer servicios de salud, todo ello con la finalidad de hacer competitivo el mercado y mejorar la calidad y eficiencia del servicio³⁴. Entonces, es dentro del mercado de servicios de salud, donde tienen cabida todas las prácticas comerciales legales que pueden implementar los participantes del sector para ofrecer y vender sus servicios, lo cual es aplicable no sólo a la prestación de los previstos en el POS sino además a todos los planes adicionales que la Ley 100 de 1993 ha habilitado para que sean prestados por los particulares y que, como se vio, también hacen parte del servicio público de salud y se sujetan a las normas que sobre competencia rigen para la actividad económica y la iniciativa privada.**

En suma, la Sala advierte que los servicios POS son una parte del servicio público de salud, que corresponde a la atención básica que el Estado puede garantizar, sin

³¹ C-616/01

³² Art. 153-12 L. 100/93

³³ Art. 333 C.P.

³⁴ C-974/02

embargo, existen otros servicios que complementan al POS y que también hacen parte del servicio público de salud y, por tanto, los ingresos que reciben las clínicas y hospitales, por la prestación de esa clase de servicios no están sujetos al impuesto de industria y comercio, pues mantienen la naturaleza de servicios y no podrían clasificarse como actividades industriales o comerciales, para poder ser gravados.

En esas condiciones, se insiste, que no es de recibo el argumento de la Administración Distrital en el sentido de aplicar la no sujeción, dependiendo bien sea de los recursos con los que se pagan los servicios de salud o si están o no incluidos en el POS, porque el beneficio que en materia de impuesto de industria y comercio prevé la Ley 14 de 1983, abarca de manera general la *actividad de servicios* que prestan los hospitales y clínicas, situación que, a la luz de la normativa vigente en materia de salud mantiene vigencia, en la medida en que, se insiste, la finalidad de la norma fue la de no someter a estas instituciones a obligaciones formales ni sustanciales en materia de ICA, respecto de las actividades de servicios que presten.

Resulta oportuno precisar que en el POS está expresamente excluida la cirugía estética con fines de embellecimiento y procedimientos de cirugía plástica cosmética³⁵. **Sin embargo, el Decreto 806 de 1998 autoriza a los Planes de Atención Complementaria (PAC) a incluir procedimientos expresamente excluidos del POS, por lo que para efectos de la no sujeción del impuesto de industria y comercio que aquí se analiza, sólo tendría aplicación en la medida en que el servicio se encontrara expresamente incluido en el Plan aprobado por las entidades competentes y que el servicio fuera prestado por EPS o IPS integrantes del Sistema de Seguridad Social en Salud, pues cualquier procedimiento estético realizado por cualquier otra entidad no afiliada al sistema, ya no tendría la condición de clínica u hospital dentro de la que se ha concebido la no sujeción en ICA.**

Ahora bien, debe integrarse al anterior análisis el artículo 111 de la Ley 788 de 2002, que excluyó de la base gravable del impuesto de industria y comercio los recursos de las entidades integrantes del sistema de seguridad social en salud.

En primer término, debe precisarse que la citada disposición, antes de ser demandada ante la Corte Constitucional, establecía lo siguiente:

Artículo 111. *En su condición de recursos de la seguridad social, no forman parte de la base gravable del impuesto de industria y comercio,*

³⁵ Art. 54 Acuerdo 008 de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES)

los recursos de las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el porcentaje de la Unidad de Pago Por Capitación, UPC, destinado obligatoriamente a la prestación de servicios de salud, conforme a su destinación específica, como lo prevé el artículo 48 de la Constitución Política.

Este porcentaje será para estos efectos, del ochenta por ciento (80%) en el régimen contributivo y del ochenta y cinco por ciento (85%) de la UPC en el régimen subsidiado.

Los apartes subrayados por la Sala fueron declarados inexecutable por la Corte Constitucional en la sentencia C-1040 de 2003. En esa oportunidad, el análisis de la Corte se concretó en decidir si era constitucional o no que el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 incluyera dentro de la base gravable del ICA un porcentaje de las Unidades de Pago por Capitación (UPC)³⁶ **que reciben las EPS del régimen subsidiado y contributivo, a pesar de la prohibición prevista en el artículo 48 de la Carta.**

En la citada sentencia, la Corte Constitucional declaró inexecutable los apartes demandados de la norma, porque consideró que: *“La Unidad de Pago por Capitación no puede ser objeto de ningún gravamen pues todos los recursos que la integran, tanto los destinados obligatoriamente a la prestación del servicio de salud como los administrativos, son de carácter parafiscal en la medida en que están afectos en su totalidad a la prestación de los servicios de seguridad social en salud previstos en el POS”.*

En esas condiciones, la Sala advierte que el asunto debatido por la Corte en el fallo en mención, sólo es obligatorio y vinculante en cuanto decidió sobre la inexecutable de los apartes antes indicados y la parte motiva que fundamentó dicha decisión o *ratio decidendi*, es decir, los argumentos que tienen relación directa o nexo causal con la prohibición de incluir las UPC en la base gravable del impuesto de industria y comercio de las entidades integrantes del Sistema de Seguridad Social en Salud.

³⁶ **ARTÍCULO 182. DE LOS INGRESOS DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD.** *Las cotizaciones que recauden las Entidades Promotoras de Salud pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitación UPC. Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud. (Negrillas de la Sala)

En efecto, el artículo 48 de la Ley 270 de 1996, establece:

ARTÍCULO 48. ALCANCE DE LAS SENTENCIAS EN EL EJERCICIO DEL CONTROL CONSTITUCIONAL. <CONDICIONALMENTE exequible> *Las sentencias proferidas en cumplimiento del control constitucional tienen el siguiente efecto:*

1. *Las de la Corte Constitucional dictadas como resultado del examen de las normas legales, ya sea por vía de acción, de revisión previa o con motivo del ejercicio del control automático de constitucionalidad, sólo serán de obligatorio cumplimiento y con efecto erga omnes en su parte resolutive. La parte motiva constituirá criterio auxiliar para la actividad judicial y para la aplicación de las normas de derecho en general. La interpretación que por vía de autoridad hace, tiene carácter obligatorio general.*

(...)

En relación con la norma transcrita, la Corte Constitucional ha indicado:

“3. ¿Que parte de las sentencias de constitucionalidad tiene la fuerza de la cosa juzgada?”

La respuesta es doble: poseen tal carácter algunos apartes de las sentencias en forma explícita y otros en forma implícita.

Primero, goza de cosa juzgada explícita la parte resolutive de las sentencias, por expresa disposición del artículo 243 de la Constitución.

Segundo, goza de cosa juzgada implícita los conceptos de la parte motiva que guarden una unidad de sentido con el dispositivo de la sentencia, de tal forma que no se pueda entender éste sin la alusión a aquéllos.

En efecto, la parte motiva de una sentencia de constitucionalidad tiene en principio el valor que la Constitución le asigna a la doctrina en el inciso segundo del artículo 230: criterio auxiliar -no obligatorio-, esto es, ella se considera obiter dicta.

Distinta suerte corren los fundamentos contenidos en las sentencias de la Corte Constitucional que guarden relación directa con la parte resolutive, así como los que la Corporación misma indique, pues tales argumentos, en la medida en que tengan un nexo causal con la parte resolutive, son también obligatorios y, en esas condiciones, deben ser observados por las autoridades y corrigen la jurisprudencia.”³⁷ (Resalta la Sala)

Ahora bien, teniendo en cuenta lo anterior, la Sala advierte que en la sentencia C-1040 de 2003, la Corte también señaló lo siguiente:

“16. Es verdad que las EPS tienen derecho a un margen de ganancia por la

³⁷ C-037 de 1996

actividad que desarrollan y a ello no ha sido indiferente la jurisprudencia de la Corte. Tampoco soslaya la Corte el hecho de que dichas entidades desarrollen en forma profesional y habitual actividades comerciales y de servicios que constituyan el hecho generador del impuesto de industria y comercio, conforme a lo dispuesto en el artículo 32 de la Ley 14 de 1983 que regula este tributo en los siguientes términos:

“El impuesto de industria y comercio recaerá, en cuanto a la materia imponible, sobre todas las actividades comerciales, industriales y de servicio que ejerzan o realicen en las respectivas jurisdicciones municipales, directa o indirectamente, por personas naturales, jurídicas o por sociedades de hecho, ya sea que se cumplan en forma permanente u ocasional, en inmuebles determinados, con establecimientos de comercio o sin ellos”.

Sin embargo, **la actividad comercial o de servicios de la EPS no puede dar lugar al hecho generador del impuesto de industria y comercio** cuando quiera que las mismas comprometen recursos de la Unidad de Pago por Capitación, pues según se explicó, en razón de su carácter parafiscal no constituyen ingresos propios de las EPS, quedando, en consecuencia, excluidos de todo gravamen. Por tanto, **solamente habría lugar a aplicar el aludido impuesto sobre la actividad comercial y de servicios de las EPS que compromete recursos que excedan los destinados exclusivamente para prestación del POS, pues son ingresos propios de las EPS sobre los cuales puede recaer el citado gravamen impositivo, sin que se esté vulnerando el artículo 48 Superior.**

17. Las anteriores consideraciones deben hacerse extensivas a las Instituciones Prestadoras de Salud -IPS-, pues en su condición de integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, están encargadas de la prestación de los servicios de salud a los afiliados con base en los recursos del POS que reciben de las EPS. En consecuencia, dichas entidades tampoco están obligadas a cancelar el impuesto de industria y comercio sobre **las actividades comerciales y de servicios** que comprometan recursos del POS, por tratarse de rentas parafiscales, y **solamente lo harán sobre los recursos que no están destinados al POS”.**

Como se advierte, las anteriores consideraciones de la sentencia C-1040 de 2003, no guardan relación directa con la decisión adoptada por la Corte, pues no tienen nexo causal con la declaración de inexecutable parcial del artículo 111 de la Ley 788 de 2002 objeto de demanda.

Por consiguiente, dichos argumentos constituyen *obiter dicta* o criterio auxiliar de la actividad judicial, por tanto, no hacen tránsito a cosa juzgada constitucional y no son de obligatorio cumplimiento para los jueces.

Sin embargo, precisa la Sala que la Corte Constitucional llega a la conclusión que sobre los ingresos provenientes de las *actividades comerciales y de servicios* de las EPS e IPS que *excedan los destinados exclusivamente para prestación del POS*, puede recaer el impuesto de industria y comercio, para lo cual sólo hace referencia al artículo 32 de la Ley 14 de 1983, pero omite un análisis integral de la

normativa que en materia de industria y comercio rige para ese tipo de entidades de salud.

En efecto, lo expuesto por la Corte en los apartes 16 y 17 antes transcritos, se sustentan en una norma general del ICA sin hacer referencia a las siguientes normas:

Artículo 39 Ley 14/83:	Señala que está prohibido gravar con este impuesto los hospitales adscritos y vinculados al sistema nacional de salud
Artículo 39 Dcto. 354/02:	Señala expresamente que no están sujetos al ICA los servicios prestados por los hospitales.
Artículo 11 L. 50/84	Hacer referencia a la prohibición de gravar a las entidades que menciona el art. 39 num. 2º lit. d) L. 14 de 1983, para indicar que solo serán sujetas del ICA cuando realicen actividades comerciales e industriales.

Además, resultan extensivas en este punto, las consideraciones antes expuestas en relación con el concepto de atención esencial de salud en el que se incluyen otros servicios adicionales autorizados por la Ley y que no hacen parte del POS, a los que también les aplica la no sujeción prevista en el literal d) numeral 2º de la Ley 14 de 1983, en la medida en que corresponden a servicios prestados por las EPS e IPS.

Ahora bien, se observa que el artículo 111 de la Ley 788 de 2002, luego de la declaratoria de inexecutable parcial, dispone:

ARTÍCULO 111. *En su condición de recursos de la seguridad social, no forman parte de la base gravable del impuesto de industria y comercio, los recursos de las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme a su destinación específica, como lo prevé el artículo 48 de la Constitución Política.*

Al respecto, se advierte que de la disposición transcrita, no podría afirmarse válidamente que en virtud de su expedición se deba entender *derogada* la *prohibición* establecida en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, por las siguientes razones:

El artículo 71 del Código Civil establece las modalidades de derogación de las leyes, así:

ARTICULO 71. <CLASES DE DEROGACIÓN>. *La derogación de las leyes podrá ser expresa o tácita.*

Es expresa, cuando la nueva ley dice expresamente que deroga la antigua.

Es tácita, cuando la nueva ley contiene disposiciones que no pueden conciliarse con las de la ley anterior.

La derogación de una ley puede ser total o parcial.

De acuerdo con lo anterior, se observa que, de una parte, la Ley 788 de 2002 no señaló **expresamente** la derogatoria del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 y, por otra, éste último artículo no es incompatible con la nueva disposición, para concluir que exista una derogatoria **tácita**, pues la ley anterior –art. 39 numeral 2 literal d) de Ley 14/83- establece una *prohibición* de gravar los *servicios prestados por los hospitales*, mientras que la nueva disposición –art. 111 de Ley 788/02- prevé una *exclusión* de la *base gravable* del impuesto de los *recursos* de las *entidades* que integran el Sistema de Seguridad Social en Salud.

Por consiguiente, las dos disposiciones no son incompatibles sino que se complementan en la medida en que una es de carácter subjetivo pues establece un beneficio a favor de los hospitales y clínicas y, la otra, es de carácter real porque excluye de la base gravable del impuesto los recursos de dichas entidades cuando integran el Sistema de Seguridad Social en Salud, es decir, que no están gravados los recursos que reciben por concepto de los servicios de salud que prestan.

En los anteriores términos, se reitera el criterio expuesto por esta Sala en varias oportunidades³⁸.

Si bien en la sentencia de 3 de marzo de 2011³⁹, **se consideró que cuando el literal d) del num. 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 dispone que no están sujetos al impuesto de industria y comercio “...los servicios prestados por los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud”, debe entenderse que en la actualidad se refiere al servicio público de salud que se presta en desarrollo del plan obligatorio de salud (POS) y que los servicios médicos prestados de manera voluntaria en virtud de seguros médicos, planes complementarios salud o por mera liberalidad del cliente que requiere**

³⁸ Sentencias del 2 de marzo de 2001, Expediente 10888, C.P. Dr. Juan Angel Palacio Hincapié, del 10 de junio de 2004, Expediente 13299, C.P. Dra. Elizabeth Whittingham García, del 9 de diciembre del 2004, Expediente 14174, C.P. Dra. Ligia López Díaz, de mayo 5 de 2005, expediente 14442, C.P. Dra. María Inés Ortiz Barbosa, de 13 de octubre de 2005, Exp. 15265, C.P. Dra. Ligia López Díaz, de 7 de febrero de 2008, Exp. 15785, de 10 de abril de 2008, Exp. 16640, M.P. Dra. María Inés Ortiz Barbosa, de 14 de octubre de 2010, Exp. 17926, M.P. Dra. Carmen Teresa Ortiz de Rodríguez, entre otras.

³⁹ Expediente: 17459, Fundación Cardio Infantil – Instituto de Cardiología.

servicios médicos extraordinarios, están gravados con el impuesto de industria y comercio, debe precisarse que esta consideración no fue la que determinó la decisión adoptada en el fallo en mención, porque se estableció que la demandante era sujeto pasivo del impuesto al haber desarrollado *actividades industriales y comerciales*, distintas de la prestación del servicio de salud, razón por la cual se ajustó la liquidación de la sanción por no declarar discutida únicamente a los ingresos obtenidos por dichas actividades.

Caso concreto

En el sub examine de los documentos allegados al expediente se observa que:

- Según Certificación del Ministerio de la Protección Social Salud, la CLÍNICA DE LA MUJER está inscrita en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, a nivel nacional⁴⁰.

La Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud - Área de Vigilancia y Control de la Oferta- de la Secretaría de Salud de la Alcaldía Mayor de Bogotá, certificó que la CLÍNICA DE LA MUJER está inscrita en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Distrito, como una entidad privada con ánimo de lucro y que tiene servicios habilitados de: hospitalización, quirúrgico, consulta externa, urgencias, apoyo diagnóstico y terapéutico y en el área de promoción y prevención⁴¹.

Del Certificado de Existencia y Representación Legal se observa que el objeto social de la CLÍNICA DE LA MUJER se circunscribe a *“Prestar toda clase de servicios médicos, quirúrgicos, hospitalarios y de laboratorio clínico”*⁴²

De acuerdo con los anteriores documentos y las normas antes analizadas, esta Corporación advierte que la CLÍNICA DE LA MUJER en su condición de entidad privada con ánimo de lucro y cuya actividad específica es la prestación de servicios de salud, está amparada por la exclusión del impuesto de industria y comercio.

Ahora bien, la Administración Distrital adicionó ingresos gravados por *“la prestación de servicios de salud diferentes al POS, es decir, medicina prepagada, atención a particulares y venta de medicamentos”*⁴³.

En relación con la actividad de servicios diferentes al POS de medicina prepagada

⁴⁰ Fls. 152 a 155 c.p.

⁴¹ Fls. 181 a 183 c.p. Allí se pueden ver los servicios específicos de cada uno de los indicados de manera general.

⁴² Fl. 290 c.a.

y atención a particulares, la Sala reitera que la no sujeción del impuesto de industria y comercio ampara la *actividad de servicios de salud* por lo que, en este punto se remite a lo antes expuesto, en donde se indicó que independientemente del origen de los recursos que recibe la actora por la prestación de sus servicios, dicha actividad no está sujeta al impuesto de industria y comercio.

En cuanto a la venta de medicamentos, la Sala advierte que los actos acusados no especifican la forma en que realiza esta actividad, motivación deficiente que hace imposible el análisis de la glosa. Sin embargo, se observa en el cuaderno de antecedentes administrativos que la Administración recaudó el convenio de prestación de servicios de salud que tiene la CLÍNICA DE LA MUJER con la compañía SALUD COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA y en ella se especifican los servicios médicos que presta, dentro de los que se incluyen los insumos y medicamentos para su tratamiento, atención y prevención⁴⁴.

De acuerdo con lo anterior, la demandante se obliga a suministrar los medicamentos a los pacientes, todo lo cual resulta necesario y acorde con el objeto de la Clínica, es decir la prestación del servicio de salud y, por ello, no puede considerarse en este caso como una actividad comercial aislada del servicio de salud.

Por lo antes analizado, esta Corporación confirmará la decisión apelada que anuló los actos administrativos demandados.

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley.

FALLA

1. CONFÍRMASE la sentencia del 23 de julio del 2009, proferida por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca Sección Cuarta Subsección "A".

2. NIÉGASE el impedimento manifestado por la Doctora Carmen Teresa Ortiz de Rodríguez, por las razones expuestas.

Cópiese, notifíquese, comuníquese. Devuélvase al Tribunal de origen. Cúmplase.

La anterior providencia se estudió y aprobó en la sesión de la fecha.

⁴³ Fl. 222 vto. c.a.

⁴⁴ Fls. 152, 153 y 162 c.a.

HUGO FERNANDO BASTIDAS BÁRCENAS **MARTHA TERESA BRICEÑO DE VALENCIA**
Presidente de la Sala

WILLIAM GIRALDO GIRALDO **CARMEN TERESA ORTIZ DE RODRÍGUEZ**

JUAN RAFAEL BRAVO ARTEAGA
Conjuez

HOSPITALES ADSCRITOS O VINCULADOS AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD – No están gravados con el impuesto de industria y comercio porque antes de la Ley 100 su actividad era de beneficencia o de caridad / HOSPITAL Y CLINICA – La diferencia es irrelevante para efectos del impuesto de industria y comercio / APLICACION DE LA SENTENCIA DE LA CORTE CONSTITUCIONAL – ingresos del sistema de seguridad social que están gravados / INTERPRETACION ERRONEA - artículo 111 de la Ley 788 de 2002 no derogó el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983

Considero que la prohibición de gravar con el impuesto de industria y comercio prevista en la Ley 14 de 1983, a los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud no obedeció a que tales instituciones fueran simplemente parte de ese sistema sino a que, antes de la Ley 100 de 1993, el sistema nacional de salud era una actividad asistencial, de beneficencia o de “caridad”. En efecto, la exención obedeció, en realidad, a que de una parte, el servicio de salud pública no era una actividad industrial, comercial o de servicios, al tenor de la Ley 14 de 1983, sino que era una especie equívoca de función pública a cargo del Estado que se fundamentaba en la asistencia pública. Las entidades que prestaban ese servicio – función no podían estar gravadas con el impuesto de industria y comercio, porque la función pública no era hecho generador de tal impuesto. De otra parte, la exención obedeció a que los servicios de salud pública los venían prestando los particulares, especialmente las entidades privadas de utilidad común, que promovieron la creación de hospitales, asilos, auspicios, orfanatos, casas de reposo, leprocomios, etc, financiados con recursos provenientes del erario (auxilios) o del producido de la explotación de los juegos de suerte y azar, de las loterías, de los impuestos por venta de licores y cigarrillos. De manera que la exención se fundamentó en principios de equidad, justicia social y capacidad contributiva de tales entidades que suplían, en cierta medida, la incapacidad del Estado para prestar los servicios de salud pública. El Estado, simplemente, promovió la incorporación de los privados al sistema nacional de salud. Además, por políticas de control y para garantizar la prestación idónea del servicio público, como era su deber tenía que incorporarlos al sistema de salud reinante en ese tiempo.

FUENTE FORMAL: DECRETO 056 DE 1975 / DECRETO 350 DE 1975 / DECRETO 356 DE 1975 / DECRETO 352 DE 1975 - ARTÍCULO 17 / LEY 10 DE 1990 - ARTÍCULO 2 / LEY 100 DE 1993 / CONSTITUCIÓN POLÍTICA –

ARTÍCULO 48

CONSEJO DE ESTADO
SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
SECCION CUARTA
SALVAMENTO DE VOTO

Consejero: HUGO FERNANDO BASTIDAS BARCENAS

Radicación número: 25000-23-27-000-2008-00115-01(17914)

Actor: CLINICA DE LA MUJER

Demandado: SECRETARIA DE HACIENDA - DIRECCION DISTRITAL DE IMPUESTOS

Consejero ponente: MARTHA TERESA BRICEÑO DE VALENCIA

Con el acostumbrado respeto, disiento de la decisión que tomó la sala en la sentencia del 24 de mayo de 2012. Esa sentencia confirmó la del 23 de julio de 2009, que dictó el Tribunal Administrativo de Cundinamarca por la que se declaró la nulidad de los actos administrativos de liquidación del impuesto de industria y comercio que el Distrito Capital le formuló a la empresa Clínica de la Mujer.

La sentencia declaró la nulidad de los actos administrativos demandados, por la aparente interpretación errónea del literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 y del artículo 111 de la Ley 788 de 2002, interpretación errónea que habría hecho el Distrito Capital cuando dictó los actos acusados.

En la sentencia se dice que, conforme con el correcto entendimiento de esas normas, las empresas que prestan servicios de salud en ejecución de planes complementarios o en virtud de la atención particular de pacientes sin cargo a ningún seguro médico obligatorio no están sujetas al impuesto de industria y comercio. Dijo que la no sujeción se aplicaba en atención a la naturaleza subjetiva (criterio orgánico) de que presta los servicios de salud, conforme con el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, y al origen de los recursos (criterio material) derivados de la prestación del servicio, conforme con el artículo 111 de la Ley 788 de 2002.

No comparto la decisión que tomó la Sala, por las siguientes razones:

Oposición a los argumentos referidos a la exención del impuesto de industria y comercio en virtud del sujeto que presta los servicios de salud.

El literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 dispone lo siguiente:

• **gArtículo 39.** No obstante lo dispuesto en el artículo anterior, continuarán vigentes:

(...)

2. Las prohibiciones que consagra la Ley 26 de 1904; además, subsisten para los departamentos y municipios las siguientes prohibiciones:

(...)

d) La de gravar con el impuesto de industria y comercio, los establecimientos educativos públicos, las entidades de beneficencia, las culturales y deportivas, los sindicatos, las asociaciones de profesionales y gremiales sin ánimo de lucro, los partidos políticos y **los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud (...)** (negrilla fuera de texto)

La Sala fijó la interpretación de la norma transcrita y concluyó que “en lo que se refiere a *‘los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud’*, la intención del Legislador del año 1983, fue la de no someter a las entidades de salud al cumplimiento de ninguna de las obligaciones sustanciales ni formales relacionadas con el impuesto de industria y comercio.”

La interpretación se fundamentó esencialmente en que, de conformidad con los artículos 4, 5, 7 y 10 de la Ley 10 de 1990, las entidades públicas y privadas del sector salud conformaban y conforman el sistema nacional de salud.

Considero que la prohibición de gravar con el impuesto de industria y comercio prevista en la Ley 14 de 1983, a los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud no obedeció a que tales instituciones fueran simplemente parte de ese sistema sino a que, antes de la Ley 100 de 1993, el sistema nacional de salud era una actividad asistencial, de beneficencia o de “caridad”.

En efecto, la exención obedeció, en realidad, a que de una parte, el servicio de salud pública no era una actividad industrial, comercial o de servicios, al tenor

de la Ley 14 de 1983, sino que era una especie equívoca de función pública⁴⁵ a cargo del Estado que se fundamentaba en la asistencia pública⁴⁶. Las entidades que prestaban ese servicio – función no podían estar gravadas con el impuesto de industria y comercio, porque la función pública no era hecho generador de tal impuesto.

De otra parte, la exención obedeció a que los servicios de salud pública los venían prestando los particulares, especialmente las entidades privadas de utilidad común, que promovieron la creación de hospitales, asilos, auspicios, orfanatos, casas de reposo, leprocomios, etc, financiados con recursos provenientes del erario (auxilios) o del producido de la explotación de los juegos de suerte y azar, de las loterías, de los impuestos por venta de licores y cigarrillos⁴⁷. De manera que la exención se fundamentó en principios de equidad, justicia social y capacidad contributiva de tales entidades que suplían, en cierta medida, la incapacidad del Estado para prestar los servicios de salud pública. El Estado, simplemente, promovió la incorporación de los privados al sistema nacional de salud. Además,

⁴⁵ El servicio público era entendido conforme la noción subjetiva, según la cual, los servicios públicos eran los “prestados” o “realizados” por la Administración Pública” [“La concepción subjetiva, en su inspiración original, Alberto Montaña Plata *“El concepto de servicio público en el derecho administrativo”*. Universidad Externado de Colombia. Segunda Edición. Mayo 2005. Bogotá- Colombia.]

En efecto, antes de la Constitución de 1991, tanto desde el punto de vista orgánico, material o formal el servicio público era función pública. Desde el punto de vista material: el servicio público es función pública porque atañe a la actividad del Estado ejecutada para satisfacer necesidades de interés público, y sujeta al derecho público. Desde el punto de vista orgánico: el servicio público es función pública en virtud de los órganos públicos que cumplen las tareas de interés general sujetas al derecho público. Y, desde el punto de vista formal: el servicio público es función pública, porque el derecho público tiende a regular toda actividad orientada a la satisfacción de necesidades públicas.

⁴⁶ Acto Legislativo 01 de 1936. Artículo 16. La asistencia pública es función del Estado. Se deberá prestar a quienes careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla de otras personas, estén físicamente incapacitados para trabajar.

La ley determinará la forma como se preste la asistencia y los casos en que deba darla directamente el Estado.

Conforme con el artículo 1 del Decreto Ley 3224 de 1963, la asistencia pública como función del Estado era entendida como la ayuda que éste debe prestar para procurar el bienestar individual, familiar y colectivo, y mediante la prevención y la recuperación de la salud de quienes careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla de otras personas, están incapacitados para trabajar” Cfr. Op. Cit 5.

⁴⁷ “Por iniciativa privada vinieron apareciendo en el país las instituciones de utilidad común, conformadas por fundaciones o corporaciones sin ánimo de lucro, establecidas por particulares que destinan parte de sus bienes a un fin social o aún esfuerzos para realizar actividades de beneficio social y cuya vigilancia ha estado a cargo del Estado.

Las instituciones de utilidad común estuvieron enmarcadas dentro del concepto de asistencia pública, regulado por el Estado conforme a la Ley 93 de 1938, y son todas aquellas entidades creadas por iniciativa privada y pública inicialmente, y sólo las de origen privado con posterioridad a la reforma administrativa de 1968 [3 Álvaro Tafur G. Establecimientos públicos e instituciones de utilidad común, Bogotá, Ministerio de Salud Pública, 1969, pp.47 y ss.; Ley 93 de 1938 y Decreto ley 3130 de 1968], que destinan un patrimonio a una finalidad social sin ánimo de lucro y sobre las cuales el Estado ejerce control y vigilancia, con la finalidad de que sus bienes se mantengan y cumplan el objeto para el cual fueron establecidas [4 Numeral 19 artículo 120, y artículos 36 y 44 C.P. de 1986; numeral 26 artículo 189 y artículo 36 CPC].

De igual manera, a iniciativa de los departamentos y municipios se crearon las Juntas de Beneficencia, encargadas de recaudar recursos con destino a la financiación de las instituciones de asistencia pública y que ayudaron a la construcción y sostenimiento de establecimientos de beneficencia, en los cuales se atendía a personas con necesidades sociales [5 Régimen legal de Loterías, Rifas y Concursos, Federación de Loterías de Colombia —Fedelco—, Ley 64 de 1923, Bogotá, PRAG, 1978, p.3]. Tomado de Leonardo Cañón Ortigón. Una visión Integral de la Seguridad Social. Universidad Externado de Colombia. Volumen I. 2ª edición actualizada. Bogotá, 2007.

por políticas de control y para garantizar la prestación idónea del servicio público, como era su deber tenía que incorporarlos al sistema de salud reinante en ese tiempo.

En efecto, dado que los particulares han prestado de vieja data los servicios de salud pública, incluso desde antes de la entrada en vigencia de la Ley 10 de 1990, el sistema nacional de salud que se adoptó en el año 1975⁴⁸ se gestó, precisamente, a raíz del proceso de fortalecimiento de las instituciones públicas y privadas dedicadas a la prestación de los servicios de asistencia pública y de servicios de salud.

En virtud de ese proceso de fortalecimiento, desde la Ley 12 de 1963 se creó el Plan Hospitalario Nacional, y en 1973, mediante la Ley 12, el Congreso le concedió facultades extraordinarias al ejecutivo para que reorganizara el sistema nacional de salud que había sido definido inicialmente por el Decreto 2470 de 1968.⁴⁹

En ejercicio de esas facultades, el ejecutivo expidió los Decretos 056, 350 y 356 de 1975 que regularon, respectivamente, el sistema nacional de salud; la organización y funcionamiento de los Servicios Seccionales de Salud y de las Unidades Regionales; y el régimen de adscripción y vinculación de las entidades que prestan servicios de salud.

El Decreto 056 de 1975, para efectos del sistema nacional de salud, definió que las entidades adscritas **“como entidades de asistencia pública”** eran todas las personas jurídicas de derecho público que prestaran servicios de salud a la comunidad, recibieran o no aportes del Estado. Y, así mismo, y con el mismo componente de **“asistencia pública”**, eran entidades adscritas, todas las personas jurídicas de derecho privado que prestaran los mismos servicios de salud, recibieran o no aportes estatales, y estuvieran o no sometidas al control y la vigilancia que preveía el artículo 120 ordinal 19 de la Constitución Política.⁵⁰

⁴⁸ Leonardo Cañón Ortegón. Una visión Integral de la Seguridad Social. Universidad Externado de Colombia. Volumen I. 2ª edición actualizada

⁴⁹ idem

⁵⁰ 20. Ejercer el derecho de inspección y vigilancia sobre instituciones de utilidad común, para que sus rentas se conserven y sean debidamente aplicadas, y que en todo lo esencial se cumpla con la voluntad de los fundadores.

Ahora bien, de conformidad con el Decreto 350 de 1975, el régimen de vinculación aludía a las entidades de derecho privado que prestaran los servicios de salud con ánimo de lucro o sin ánimo de lucro, a efectos de que pudieran ofrecer, auspiciar o iniciar la prestación de servicios de salud a la comunidad, pero con los requisitos que estableciera el Ministerio de Salud Pública [artículo 11]. Adicionalmente, debían suscribir contratos⁵¹ **con los organismos o entidades del sistema nacional de salud en el respectivo nivel, para garantizar la implantación del régimen establecido en el mentado decreto.**

En cuanto a los hospitales, el artículo 17 del Decreto 352 de 1975 precisó que funcionarían como entidades adscritas o vinculadas al sistema nacional de salud.

Lo expuesto permite reafirmar que la no sujeción del impuesto de industria y comercio a los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud no obedeció a que pertenecieran orgánicamente al sistema nacional de salud, sino a que, esencialmente, el servicio salud pública no era una actividad mercantil, sino un servicio que se asimilaba a una función pública a cargo del Estado, prestada directamente por este, mediante su propia red hospitalaria o la de particulares vinculados y en virtud de contratos administrativos, todo ello en un esquema confuso entre lo que es función pública y servicio público.

Ahora bien, los decretos citados fueron derogados expresamente por la Ley 10 de 1990, que reorganizó el sistema nacional de salud. Sin embargo, esta reforma en nada modificó la no sujeción del impuesto de industria y comercio, pues la reforma aludió, esencialmente, a asuntos de política de salud pública. Además, se ha dicho que este sistema *“prácticamente no se llevó a cabo por la expedición de la Constitución de 1991 y de la Ley 100 de 1993, que ordenó la conformación del Sistema de Seguridad Social Integral, dentro del cual es parte fundamental el Sistema General de Seguridad Social de Salud.”*⁵²

En todo caso, la Ley 10 de 1990 también fundamentaba el sistema nacional de salud en la “asistencia pública” como “función” del Estado [artículo 2].

Ahora bien, la entrada en vigencia de la Constitución Política de 1991 y de

⁵¹ En el mismo sentido el artículo 24 de la Ley 10 de 1990

⁵² Idem Op. Cit. 5

la Ley 100 de 1993 incide, a mi juicio, radicalmente en la interpretación del literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 toda vez que, la “asistencia pública” —motor de la prestación de los servicios de salud como una especie de función pública— se reemplazó por los conceptos modernos de seguridad y de protección sociales. El primero como servicio público obligatorio e irrenunciable, y, el segundo, como mecanismo de control de los recursos destinados a la seguridad social.

En efecto, de conformidad con el artículo 48 de la Carta Política, la seguridad social es un servicio público obligatorio e irrenunciable. Como servicio, puede ser prestado por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley y, en todo caso, bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Adicionalmente, la Constitución proscribió la utilización de los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.

Según la doctrina “el modelo de seguridad social colombiana, iniciada a raíz de la expedición de la Ley 100 de 1993 (...) está orientado a la sustitución de los esquemas de asistencia pública, previsión social y seguros sociales obligatorios que vino desarrollando el país durante las últimas cinco décadas.

Con el fin de mejorar los niveles de cobertura de la seguridad social, eliminar las inequidades resultantes del heterogéneo sistema desarrollado en más de medio siglo, tratar de solucionar los problemas de desfinanciación de las instituciones e incorporar elementos para hacer eficiente la prestación de los servicios y beneficios de la seguridad social [19]⁵³, con la expedición de la reforma de la seguridad social se plantea la construcción de un sistema de seguridad social integral, dentro del cual se orienten, coordinen y desarrollen las actividades de seguridad social, cuyas características básicas podrían resumirse de la siguiente forma:

1. Lograr la cobertura universal en forma progresiva, tanto para la población trabajadora y su familia, a través del aseguramiento obligatorio, como para el resto de la población por medio de subsidios.

Unificar los regímenes para hacer más racional y equitativo el sistema en el

⁵³ Cita original: Oscar Rodríguez S. et ál. Estructura y crisis de la seguridad social en Colombia 1946-1992, Bogotá, CID— Universidad Nacional, 1992, p.237.

cubrimiento de las contingencias que afectan la salud y la pérdida de ingreso. Adoptar un sistema mixto de financiación de tipo contributivo para las personas con recursos, y de carácter subsidiario para los grupos más vulnerables de la población, a través de la solidaridad general y del sector productivo. Incorporar elementos de eficiencia en la administración de los servicios y beneficios de la seguridad social, como la libertad de elección, la libre competencia y los estándares mínimos de calidad.

La creación de una cultura del seguro, del ahorro, de la prevención, del autocuidado, de la responsabilidad personal, etc, que redunden en la mejor utilización de los recursos de la seguridad social.

Reconocer y auspiciar la participación del sector privado y público en la gestión de la seguridad social, bajo la orientación y control del Estado.

2. Tratar de desliar el desarrollo de la seguridad social de la relación laboral que vincule a los trabajadores dependientes de un empleador, con base en los nuevos postulados de la Constitución Política de 1991 (...)⁵⁴

Para lo que nos interesa, entonces, el nuevo sistema de seguridad social en salud parte de la noción de **servicio público de salud** en sustitución de “los conceptos decimonónicos de asistencia pública y beneficencia”⁵⁵.

La modificación también implicó que los servicios de salud ya no se prestaran por el Estado y por los particulares contratados por aquel, dentro de un esquema de auxilios procedentes del erario o de la caridad de las personas, sino que se prestan como servicio obligatorio e irrenunciable por entidades públicas y privadas y bajo la coordinación y control del Estado, dentro de un esquema de libre competencia y libertad económica.

En efecto, en el contexto actual de servicio público de salud, el sistema general de seguridad social en salud está integrado, entre otros sujetos, por las entidades promotoras de salud en calidad de organismos de administración y financiación y, las instituciones prestadoras de salud, en calidad de prestadoras del servicio público de salud. [artículo 155 de la Ley 100 de 1993].

Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados al sistema de seguridad social en salud y del recaudo de las cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la Ley 100, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de los afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por

⁵⁴ Idem Op. Cit. 5

⁵⁵ Julio Silva Colmenares. “La modernización del Estado, el reto de la calidad y la eficiencia en el servicio de salud y el papel de la Superintendencia Nacional de Salud. Algunas reflexiones para la discusión”. Superintendencia de Salud. Ediciones Macondo. 1992.

Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía. [artículo 177 de la Ley 100].

La unidad de pago por capitación (UPC) es el pago que se reconoce a cada entidad promotora de salud por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado. Esta Unidad se establece en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y le corresponde definirla al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud. [artículo 182 de la Ley 100 de 1993]

Estos son los recursos que, al tenor del artículo 48 de la Carta política, solo pueden destinarse para la prestación del servicio público obligatorio de la seguridad social en salud.

Ahora bien, las instituciones prestadoras de salud son aquellas que prestan los servicios de salud, en el nivel de atención correspondiente, a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la Ley 100 de 1993.

A efectos de garantizar la aplicación de los principios que orientan el sistema de seguridad social, las instituciones prestadoras de servicios de salud deben prestar los servicios de salud conforme con las reglas de la libre competencia y dentro del mercado de servicios de salud.⁵⁶

Dado el esquema de libre competencia que sugiere el nuevo sistema, el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 dispuso lo siguiente:

⁵⁶ **ARTÍCULO 185. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.** Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.

PARÁGRAFO. Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. Es condición para la aplicación del régimen único de tarifas de que trata el Artículo 241 de la presente Ley, adoptar dicho sistema contable. Esta disposición deberá acatarse a más tardar al finalizar el primer año de vigencia de la presente Ley. A partir de esta fecha será de obligatorio cumplimiento para contratar servicios con las Entidades Promotoras de Salud o con las entidades territoriales, según el caso, acreditar la existencia de dicho sistema.

“ARTÍCULO 111. En su condición de recursos de la seguridad social, no forman parte de la base gravable del impuesto de industria y comercio, los recursos de las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el porcentaje de la Unidad de Pago Por Capitación, UPC, destinado obligatoriamente a la prestación de servicios de salud, conforme a su destinación específica, como lo prevé el artículo 48 de la Constitución Política.

Este porcentaje será para estos efectos, del ochenta por ciento (80%) en el régimen contributivo y del ochenta y cinco por ciento (85%) de la UPC en el régimen subsidiado.”

Considero que fue clarísima la intención del legislador de gravar la utilidad derivada del nuevo mercado de los servicios de salud. Sin embargo, los apartes subrayados de la norma fueron declarados inexecutable por la Corte Constitucional, mediante sentencia C-1040 de 2003, por violación del artículo 48 de la Carta Política, en el entendido de que el 100% de los ingresos que perciben las entidades promotoras de salud por concepto de UPC deben estar destinados a satisfacer el servicio obligatorio de seguridad social en salud.

Esas consideraciones las hizo extensivas a los recursos que perciben las instituciones prestadoras de salud, en el entendido de que los servicios que prestan también se pagan con cargo a los recursos de la UPC.⁵⁷

Es importante precisar que la Corte Constitucional, en la sentencia C-1040 de 2003 aclaró que tales instituciones podían ser sujeto pasivo del impuesto de industria y comercio cuando realizaran actividades gravadas.

Es por eso que, en la sentencia del 3 de marzo de 2011⁵⁸ de la cual fui ponente, la Sala concluyó que cuando el literal d) del No. 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 dispone que no están sujetos al impuesto de industria y comercio “...los servicios prestados por los hospitales adscritos o vinculados al sistema

⁵⁷ En ese sentido se pronunció la Corte Constitucional en sentencia C-1040 de 2003 “17. Las anteriores consideraciones deben hacerse extensivas a las Instituciones Prestadoras de Salud -IPS-, pues en su condición de integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, están encargadas de la prestación de los servicios de salud a los afiliados con base en los recursos del POS que reciben de las EPS. En consecuencia, dichas entidades tampoco están obligadas a cancelar el impuesto de industria y comercio sobre las actividades comerciales y de servicios que comprometan recursos del POS, por tratarse de rentas parafiscales, y solamente lo harán sobre los recursos que no están destinados al POS.”

⁵⁸ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN CUARTA. Consejero ponente: HUGO FERNANDO BASTIDAS BÁRCENAS. Bogotá, D.C., Tres (3) de marzo de dos mil once (2011). Radicación: 250002327000200700243-01.Nº Interno: 17459. Demandante: FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL- INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA. Demandado: SECRETARÍA DE HACIENDA-DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS.

nacional de salud”, debe entenderse que en vigencia del actual sistema de seguridad social en salud, el servicio público de salud al que se refiere la norma, es aquel cuya prestación debe garantizar el Estado a través de las instituciones que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral y, especialmente, de las empresas promotoras de salud y de las instituciones prestadoras de servicios de salud, en ambos casos, de naturaleza pública, privada o mixta, pero en desarrollo del plan obligatorio de salud.

Adicionalmente, se dijo que constituye servicio público de salud los prestados en desarrollo de los planes que se ofrezcan en los regímenes especiales a que hace alusión el artículo 279 de la Ley 100 de 1993⁵⁹, y los que se prestan con cargo a los recursos del FOSYGA.⁶⁰

⁵⁹ ARTÍCULO 279. EXCEPCIONES. El Sistema Integral de Seguridad Social contenido en la presente Ley no se aplica a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, ni al personal regido por el Decreto ley 1214 de 1990, con excepción de aquel que se vincule a partir de la vigencia de la presente Ley, ni a los miembros no remunerados de las Corporaciones Públicas.

Así mismo, se exceptúa a los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989, cuyas prestaciones a cargo serán compatibles con pensiones o cualquier clase de remuneración. Este Fondo será responsable de la expedición y pago de bonos pensionales en favor de educadores que se retiren del servicio, de conformidad con la reglamentación que para el efecto se expida.

Se exceptúan también, los trabajadores de las empresas que al empezar a regir la presente Ley, estén en concordato preventivo y obligatorio en el cual se hayan pactado sistemas o procedimientos especiales de protección de las pensiones, y mientras dure el respectivo concordato.

Igualmente, el presente régimen de Seguridad Social, no se aplica a los servidores públicos de la Empresa Colombiana de Petróleos, ni a los pensionados de la misma. Quienes con posterioridad a la vigencia de la presente Ley, ingresen a la Empresa Colombiana de Petróleos-Ecopetrol, por vencimiento del término de contratos de concesión o de asociación, podrán beneficiarse del régimen de Seguridad Social de la misma, mediante la celebración de un acuerdo individual o colectivo, en término de costos, forma de pago y tiempo de servicio, que conduzca a la equivalencia entre el sistema que los ampara en la fecha de su ingreso y el existente en Ecopetrol.

PARÁGRAFO 1o. La empresa y los servidores de que trata el inciso anterior, quedan obligados a efectuar los aportes de solidaridad previstos en esta ley.

Las entidades empleadoras referidas en el presente artículo, quedan facultadas para recibir y expedir los bonos correspondientes a los periodos de vinculación o cotización a que hubiere lugar, de conformidad con la reglamentación que para tal efecto se expida.

(...)

⁶⁰ En sentencia T-760 de 2008, la Corte Constitucional precisó que “(...) Cuando una persona requiere un servicio de salud que no se encuentra incluido dentro del Plan Obligatorio de Servicios, y carece de recursos para cubrir el costo del mismo que le corresponda asumir, las entidades encargadas de asegurar la prestación del servicio (EPS) deben cumplir con su responsabilidad y, en consecuencia, asegurar el acceso a éste. **No obstante, es el Estado quien ha de asumir el costo del servicio, por cuanto le corresponde la obligación de garantizar el goce efectivo del derecho. En tal sentido, la jurisprudencia constitucional y la regulación han reconocido a la entidad aseguradora el derecho de repetir contra el Estado (ver secciones 4.4. y 6.2.), a través del Fosyga.** El adecuado financiamiento de los servicios de salud no contemplados en el POS depende entonces, del correcto flujo de recursos por parte del Estado para cubrir el pago de los recobros que reglamentariamente sean presentados por las entidades que garantizan la prestación del servicio. **En la medida en que tales costos no están presupuestados por el Sistema dentro del monto que recibe la entidad aseguradora de la prestación del servicio de salud por cuenta de cada uno de sus afiliados o beneficiarios (UPC, unidad de pago por capitación), su falta de pago atenta contra la sostenibilidad del sistema, y en tal medida, al acceso a la prestación de los servicios de salud que se requieran con necesidad. Al ser las entidades encargadas de garantizar la prestación del servicio (EPS), o incluso las instituciones prestadoras de salud (IPS), las que suelen asumir los costos de la demora de los pagos de los recobros, se genera además, una presión sobre éstas para dejar de autorizar la prestación de servicios de servicios no contemplados en el POS.** Así pues, en la medida que la capacidad del Sistema de Salud para garantizar el acceso a un servicio de salud depende de la posibilidad de financiarlo sin afectar la sostenibilidad del Sistema, el que no exista un flujo de recursos adecuado para garantizar el acceso a los servicios de salud que se requieran con necesidad, no incluidos dentro de los planes de servicio, obstaculiza el acceso a dichos servicios. (...)

Respecto de los otros ingresos que perciban las IPS por la prestación de servicios de salud, diferentes a los anteriormente establecidos, la Sala concluyó que estaban gravados, porque si bien son servicios que se pueden prestar por instituciones que forman parte del Sistema General de Seguridad Social en salud, se prestan como parte del mercado de servicios de salud, mercado que incluye, de una parte, los servicios prestados de manera obligatoria por ley (POS) o de manera obligatoria, por ejemplo, a instancia de sentencias judiciales y, de otra, los servicios prestados de manera voluntaria y extraordinaria a cambio de una contraprestación por servicios médicos que se prestan en virtud de seguros médicos, planes complementarios salud⁶¹ o por simple arbitrio del cliente, como cuando requiere servicios médicos extraordinarios⁶².

La Sala se apartó de la anterior tesis que ya había adoptado, fundamentalmente por las siguientes razones:

Partió de reiterar la sentencia del 22 de abril de 2004 (Exp.13224), en la que la Sección Cuarta del Consejo de Estado habría dicho que sigue vigente el artículo 5° de la Ley 10 de 1990, “toda vez que *‘el Sistema de Seguridad Social en Salud que desarrolló la Ley 100 de 1993 en nada afecta la no sujeción subjetiva del artículo 39 numeral 2° literal d) de la Ley 14 de 1983, si se tiene en cuenta el criterio teleológico de la norma’.*”

Que, “además, el concepto de *‘Sistema de Salud’*, hoy *‘Sistema de Seguridad Social en Salud’*, debe ser apreciado en su alcance bajo las consideraciones existentes en la Ley 14 de 1983, que es la fuente normativa remota de la cual surge el beneficio fiscal para las entidades públicas o privadas del sector salud.”

No comparto las conclusiones transcritas por cuanto, reitero, no se puede asimilar la filosofía del Sistema Nacional de Salud de los años ochenta —que era eminentemente asistencial y esquematizado desde una controversial “función pública” — al sistema de Seguridad Social en Salud que previó la Ley 100 de 1993, que es un servicio público obligatorio e irrenunciable, pero que se presta

⁶¹ ARTÍCULO 169. PLANES COMPLEMENTARIOS. *Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo [204 de la presente Ley.](#)*

⁶² Por ejemplo, cirugías de estética.

según un modelo de libre mercado, a pesar de que haya un plan obligatorio y una fuerte intervención controladora del Estado.

Además, el artículo 5º de la Ley 10 de 1990 no definió el sistema nacional de salud⁶³. Ese artículo simplemente describió cómo estaba conformado el sector salud⁶⁴, norma que difiere del artículo 8 de la Ley 100 de 1993 que regula la conformación del sistema de seguridad social, ya no como un simple grupo de instituciones públicas o privadas, sino como el conjunto armónico de esas entidades, las normas y procedimientos que las regulan y los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la citada ley. Es incompatible el espíritu y letra de la Ley 10 con el espíritu y letra de la Ley 100.

Entonces, la no sujeción al impuesto de industria y comercio que consagra el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, para “los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud” no dependía de si el artículo 5º de la ley 10 de 1990 estaba derogado o no, como se infiere de la sentencia de la cual me aparto.

Se dijo también en la sentencia que “tampoco sería procedente entender que existe una distinción entre “hospital” a que se refiere la norma de la no sujeción, y “clínica”, pues esta Corporación ha indicado que *“tales expresiones en su sentido natural y obvio vienen a ser sinónimas, toda vez que no tienen una referencia técnica ni ha sido definida especialmente por el legislador, y en cambio, los diccionarios de lenguaje usual y de expresión especializada se refieren indistintamente a ellos como “establecimientos destinados al tratamiento de*

⁶³ Lo definió el artículo 4º

⁶⁴ 5º. *Sector Salud*. El sector salud está integrado por:

1) El subsector oficial, al cual pertenecen todas las entidades públicas que dirijan o presten servicios de salud, y específicamente: *Ley 10 de 1990 6/38*

a) Las entidades descentralizadas directas o indirectas del orden nacional;
 b) Las entidades descentralizadas directas o indirectas del orden departamental, municipal, distrital o metropolitano o las asociaciones de municipios;
 c) Las dependencias directas de la Nación o de las entidades territoriales;
 d) Las entidades o instituciones públicas de seguridad social, en lo pertinente a la prestación de servicios de salud, sin modificación alguna de su actual régimen de adscripción;
 e) La Superintendencia Nacional de Salud, que a partir de la vigencia de la presente Ley, es un organismo adscrito al Ministerio de Salud, dentro del marco de la autonomía administrativa y financiera que le señala la ley, sin personería jurídica.

2. El subsector privado, conformado por todas las entidades o personas privadas que presten servicio de salud y, específicamente, por:

a) Entidades o instituciones privadas de seguridad social y cajas de compensación familiar, en lo pertinente a la prestación de servicios de salud;
 b) Fundaciones o instituciones de utilidad común;
 c) Corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro;

*enfermos.*⁶⁵.

Discrepo también de esa conclusión toda vez que, claro, el análisis etimológico entre hospital y clínica era irrelevante. Lo relevante era advertir que la intervención privada en la prestación del servicio de salud prevista en la Ley 100 de 1993 es antagónicamente diferente a la intervención privada que se dio en el país con anterioridad a esa ley y que fundamentó, en parte, la organización del sistema nacional en salud en Colombia en esa época, tal como se precisó inicialmente.

Fue de tal envergadura la modificación que hizo la Ley 100 de 1993 que contempló un régimen de transición para la adaptación al nuevo esquema [Título V de la Ley 100 de 1993], que demandaba de las personas jurídicas de derecho privado la acreditación de los requisitos exigidos para constituirse como instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, independientemente de la naturaleza pública o privada y de que el servicio se preste en clínicas o en hospitales en el entendido de que son parte de la infraestructura necesaria que estas instituciones requieren para la prestación del servicio de salud.

Adicionalmente, es fundamental advertir que se pasó de un modelo de actividad privada de carácter asistencial a un modelo de actividad privada basada en la libre competencia y de libertad económica, así haya regulación y control de parte del Estado, lo que es, por lo demás, su obligación.

En el primer modelo, en virtud de los principios de equidad y de justicia, era pertinente exonerar del impuesto de industria y comercio a los prestadores de servicios de salud que hacían asistencialismo y caridad, aunque también esos conceptos bajo esos negocios.

En el segundo modelo, los nuevos operadores ejecutan un servicio público con ánimo de lucro y, por ende, constitutivo del hecho generador del impuesto de industria y comercio. Sin embargo, el artículo 48 de la Carta Política decidió que los recursos de la seguridad social que perciban tales operadores, directamente (EPS) o indirectamente (IPS), no se pueden destinar ni utilizar para fines diferentes a la seguridad social. Por lo tanto, se configura el hecho generador,

d) Personas privadas naturales o jurídicas;

⁶⁵ Sentencia de 10 de junio de 2004, Exp. 13299, M.P. Dra. Elizabeth Whittingham García, reiterada en sentencia del 27 de agosto de 2009, Exp. 17126, M.P. Dra. Martha Teresa Briceño de Valencia, entre otras.

pero, por disposición constitucional, la base gravable se aminora para gravar con el impuesto de industria y comercio únicamente los recursos que excedan los recursos destinados exclusivamente para la seguridad social, tales como los derivados de los planes complementarios de salud.

De manera que, a mi juicio, no bastaba partir del hecho de que, a fin de cuentas, todos los operadores regulados en la ley 100 de 1993 prestan el servicio público de salud, situación que nadie niega.

Lo que ocurre es que, en materia tributaria es imperioso consultar los principios de justicia, equidad, igualdad y capacidad contributiva que permiten ilustrar el fundamento del beneficio o de la exención regulado en la ley y que, en todo caso, debe encontrar fundamento en la Constitución que consagra como fin último del Estado, entre otros: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución. Es más, todo beneficio o privilegio o descuento tributario es excepcional.

La sentencia de la cual me aparto destaca las sentencias de la Corte Constitucional en las que se ha dicho que “(...) **la prestación del servicio de salud en condiciones de competencia económica, no es incompatible con su carácter de interés público y su finalidad eminentemente social, pese a que se trata de sujetos que actúan motivados por intereses privados, que también gozan de la protección de la Constitución.**” Y, con fundamento en las mismas, la sentencia reconoce que “(...) dentro del mercado de servicios de salud, (...) tienen cabida todas las prácticas comerciales legales que pueden implementar los participantes del sector para ofrecer y vender sus servicios, lo cual es aplicable no sólo a la prestación de los previstos en el POS sino además a todos los planes adicionales que la Ley 100 de 1993 ha habilitado para que sean prestados por los particulares y que, como se vio, también hacen parte del servicio público de salud y se sujetan a las normas que sobre competencia rigen para la actividad económica y la iniciativa privada.” Sin embargo, concluye que esos servicios no son mercantiles⁶⁶.

⁶⁶ En suma, la Sala advierte que los servicios POS son una parte del servicio público de salud, que corresponde a la atención básica que el Estado puede garantizar, sin embargo, existen otros servicios que complementan al POS y que también hacen parte del servicio público de salud y, por tanto, los ingresos que reciben las clínicas y hospitales, por la prestación de esa clase de servicios no están sujetos al impuesto de industria y comercio, pues mantienen la naturaleza de servicios y no podrían clasificarse como actividades industriales o comerciales, para poder ser gravados.

Personalmente considero que por ser mercantiles tales servicios están gravados, pero, por disposición del artículo 48 de la Constitución Política, sólo están gravados los recursos que excedan los recursos previstos para cubrir el servicio público obligatorio e irrenunciable a la seguridad social en salud.

Fíjese, además, que en la sentencia de la cual me aparto, se deduce un presupuesto de sujeción al impuesto de industria y comercio, cuando el servicio de salud se presta por una institución *“que no pertenezca al sistema de seguridad social integral”*.

Esa conclusión viola el derecho de igualdad de los prestadores de servicios de salud y desconoce los principios tributarios antedichos, pues se aparta del argumento principal de la sentencia según el cual, el servicio de salud no deja de serlo, independientemente de quien lo preste, con mayor razón si la Ley 100 de 1993 parte del presupuesto de que todo operador de esos servicios forma parte del sistema de seguridad social en salud y, para el efecto, debe cumplir los requisitos que exige la Ley. El sistema no está concebido para que haya operadores por fuera del mismo, porque está de por medio el ejercicio de una actividad de servicio público de interés general, que exige de la regulación, coordinación y control por parte del Estado, máxime que en esa actividad están de por medio derechos fundamentales.

Por las anteriores razones, considero que es errónea la interpretación del literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, a la que se llegó en la sentencia de la cual me aparto.

De la oposición a los argumentos referidos a la exención del impuesto de industria y comercio en consideración al origen de los recursos que se perciben por la prestación de los servicios de salud.

En relación con el origen de los recursos obtenidos por la prestación de servicios de salud, la Sala infirió que el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 se limitó a precisar que los recursos destinados a la seguridad social en salud no pueden ser gravados con el impuesto de industria y comercio. Que esa norma nada dijo sobre la causación del impuesto de industria y comercio por la prestación de servicios de salud que generen recursos adicionales a los destinados a los servicios obligatorios de salud.

La interpretación se fundamentó en el texto literal de la norma. Adicionalmente, la Sala no compartió los argumentos que la Corte Constitucional

dijo en la sentencia C-1040 de 2003, respecto de que los recursos adicionales que por servicios de salud perciben las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de salud están gravados con el impuesto de industria y comercio. Adujo que esas afirmaciones las planteó la Corte a título de *obiter dicta* y sin tener en cuenta las normas específicas que regulan el impuesto de industria y comercio.

También concluyó que el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 no había derogado tácitamente el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, pues no advirtió que hubiera incompatibilidad entre las dos disposiciones.

Pues bien, el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 reguló el impuesto de industria y comercio en la prestación de los servicios de salud pública en el siguiente sentido:

“ARTÍCULO 111. <Apartes tachados INEXEQUIBLES> En su condición de recursos de la seguridad social, no forman parte de la base gravable del impuesto de industria y comercio, los recursos de las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ~~en el porcentaje de la Unidad de Pago Por Capitación, UPC, destinado obligatoriamente a la prestación de servicios de salud,~~ conforme a su destinación específica, como lo prevé el artículo 48 de la Constitución Política.

~~Este porcentaje será para estos efectos, del ochenta por ciento (80%) en el régimen contributivo y del ochenta y cinco por ciento (85%) de la UPC en el régimen subsidiado~~

El artículo 111 de la Ley 788 de 2002 fue demandado por violación del artículo 48 de la Carta Política. Y la Corte consideró probada esa vulneración, esencialmente porque “**la actividad comercial o de servicios de la EPS no puede dar lugar al hecho generador del impuesto de industria y comercio cuando quiera que las mismas comprometen recursos de la Unidad de Pago por Capitación, (...)**”

La Corte Constitucional, previo análisis del nuevo sistema integral de seguridad social, calificó de actividad comercial la que desarrollan las EPS, consideración que hizo extensiva a las IPS. Pero no obstante esa consideración, interpretó que la exención del impuesto de industria y comercio estaba restringida a los recursos destinados a la seguridad social en salud, en virtud de lo dispuesto en el artículo 48 de la Constitución Política.

Consecuente con esa argumentación, interpretó acertadamente que, “**Por tanto, solamente habría lugar a aplicar el aludido impuesto sobre la actividad comercial y de servicios de las EPS que compromete recursos que excedan los destinados exclusivamente para prestación del POS, pues son ingresos**

propios de las EPS sobre los cuales puede recaer el citado gravamen impositivo, sin que se esté vulnerando el artículo 48 Superior.”

Las conclusiones que expuso la Corte Constitucional no fueron dichas a título de obiter dicta, porque para llegar a las mismas partió del hecho de que en el nuevo esquema de seguridad social en salud, los servicios de salud pública se prestan dentro de los postulados de la libre competencia y libertad económica y, por tanto, en la actualidad, tales servicios tienen carácter mercantil. Así estén vinculados a regulaciones de servicio público.

Eso no es de extrañar: la actividad de transporte de personas es un servicio público y, sin embargo, se considera mercantil y sujeta a impuestos. La actividad bancaria es un servicio público y, sin embargo, sujeta a impuesto. Ni la una ni la otra es función pública, pues esto es legislar, dictar sentencias, dictar reglamentos y actos administrativos. Satisfacer necesidades de interés general es servicio público, y no necesariamente a cargo del Estado y siempre bajo su control.

Conforme con la sentencia C-037 de 1996, que citó la Sala en la providencia de la cual me aparto, *“gozan de cosa juzgada implícita los conceptos de la parte motiva que guarden una unidad de sentido con el dispositivo de la sentencia, de tal forma que no se pueda entender éste sin la alusión de aquellos”*.

Guarda unidad de sentido con la parte resolutive de la sentencia de la cual me aparto, que la Corte Constitucional, en la sentencia C-1040 de 2003, haya concluido que están gravados con el impuesto de industria y comercio los servicios de salud pública, pero que están exentos los recursos que se destinen a la seguridad social en salud, en virtud del nuevo esquema dentro del cual se prestan los servicios de salud pública. Por tanto, la sentencia debió dar cumplimiento a la sentencia de la Corte Constitucional.

Por último, lo anteriormente expuesto resulta ilustrativo para concluir que el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 no derogó el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983. Sin embargo, insisto en que la sentencia de la cual me aparto sí interpretó de manera errónea esas normas y, por tanto, discrepo de que se haya calificado de *obiter dicta* las razones que se expusieron en la sentencia de 3 de marzo de 2011⁶⁷ que dictó esta misma sección.

En esta forma dejo expresadas las razones de mi salvamento de voto.

HUGO FERNANDO BASTIDAS BÁRCENAS

⁶⁷ Expediente: 17459, Fundación Cardio Infantil – Instituto de Cardiología.

Fecha ut supra

**Consejo de Estado: Sentencia 18502
del 12 de julio de 2012 C.P. Martha
Teresa Briceño**

PERDIDA DE LA FUERZA DE EJECUTORIA–Afecta la validez del acto administrativo. No es causal de nulidad del acto administrativo / VALIDEZ DEL ACTO ADMINISTRATIVO–Adecuación del acto administrativo a las normas superiores

En todo caso se advierte, frente a la decisión judicial invocada por la demandante y que daría lugar a una de las causales de pérdida de fuerza ejecutoria al dejar sin fundamento los actos acusados que la pérdida de la fuerza ejecutoria de los actos administrativos es un fenómeno que afecta su *eficacia*, que es la característica del acto que le permite producir *efectos* en la vida jurídica, por ello las situaciones señaladas en el artículo 66 del C.C.A. son posteriores a su nacimiento. La *validez* está dada por la adecuación del acto a las *normas superiores* en que debe fundarse tanto para su formación como en su contenido. A este último aspecto del acto administrativo es que apunta el análisis de legalidad que realiza la jurisdicción de lo contencioso administrativa a través de la acción de nulidad ahora propuesta, pues debe confrontarse el acto demandado con el ordenamiento jurídico superior invocado en la demanda como transgredido por su expedición. En esas condiciones, la pérdida de fuerza ejecutoria no constituye causal de nulidad del acto administrativo, pues la pérdida de su vigencia no afecta la validez del acto objeto de esta acción, porque este mantiene la presunción de legalidad, elemento que ahora pretende desvirtuar la parte actora con su solicitud de nulidad.

FUENTE FORMAL: CODIGO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO – ARTICULO 66

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA – Naturaleza jurídica / IPS – Entidad que presta servicios de salud a afiliados al sistema general de salud. No recibe ingresos por concepto de UPC

De lo anterior se advierte que la demandante es una Institución Prestadora de Salud (IPS), es decir, que de conformidad con el artículo 156 de la Ley 100 de 1993 es una entidad organizada para la prestación de los servicios de salud a los afiliados al sistema general de seguridad social en salud, dentro de las promotoras de salud o fuera de ellas. Por lo anterior, la demandante no tiene la naturaleza de una Entidad Promotora de Salud (EPS) que son las responsables de la afiliación y registro y del recaudo de las cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía, y a quienes el Sistema General de Seguridad Social en Salud les reconoce, por la organización y garantía de la prestación de servicios incluidos en el POS, un valor que se denomina Unidad de Pago por Capitación (UPC). En esas condiciones, la demandante no recibe ingresos por concepto de UPC como lo argumenta el Municipio ni de eso dan cuenta los actos acusados, en los que, precisamente, acorde con la condición de IPS que ostenta COMFAMILIAR ANDI, se indica como sustento de la modificación de la declaración privada del impuesto.

SEGURIDAD SOCIAL – Forma de acceder al sistema / PLAN ADICIONAL DE SALUD – Hace parte del sistema general de salud. Hacen parte del servicio público de salud / PLAN ADICIONAL AL POS – los ingresos percibidos por esta actividad no están gravados con el impuesto de industria y comercio

En este punto, la Sala precisa que si bien el artículo 49 de la Constitución Política hace referencia a que la salud es un servicio público, no sólo pueden entenderse como integrantes de ese servicio los que se derivan exclusivamente del Plan Obligatorio de Salud, conforme a lo establecido por la Ley 100 de 1993. En efecto, la no sujeción dispuesta en la Ley 14 de 1983 no está condicionada a que los

servicios prestados correspondan a los contenidos en el POS, pues el beneficio se dirige a no gravar el ingreso que proviene directamente como retribución del servicio de salud que prestan los hospitales y clínicas. Tampoco puede entenderse que sólo los ingresos que provengan de la prestación de servicios incluidos en el POS sean aquellos a los que se les aplica la no sujeción, para concluir que los ingresos que se perciben por la prestación de servicios de salud no previstos en el POS estarían gravados, por las siguientes razones: De acuerdo con el artículo 49 de la Constitución Política ya citado, la atención en salud es un servicio a cargo del Estado y a este le corresponde organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes, conforme con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, así como establecer políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control. El Legislador, dentro de su libertad de configuración del Sistema Seguridad Social, escogió un modelo en el que concurren el Estado y los particulares para la prestación del servicio público de salud. En desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Carta, expidió la Ley 100 de 1993, Ahora bien, los Planes Adicionales de Salud son definidos como el “conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria. El acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los particulares, como un servicio privado de interés público, cuya prestación no corresponde prestar al Estado, sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias. ()De la normativa y la jurisprudencia antes transcrita, la Sala advierte que constitucionalmente el servicio público es amplio en cuanto se refiere a la “atención en salud”. Sin embargo, el Estado, dentro de sus posibilidades, garantiza a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud una parte de ese servicio que denomina servicio público esencial de salud, esto es, unas prestaciones básicas a las que tenga acceso toda la población con el fin de recuperar la salud e impedir el menoscabo de la capacidad económica y así lo reconoce cuando define al POS como “el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Contributivo que cumpla con las obligaciones establecidas para el efecto (...)

IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO – Grava los ingresos por los servicios que se encuentren excluidos del POS y de los planes complementarios del POS / SENTENCIA DE LA CORTE CONSTITUCIONAL – Alcance. Efectos / ACTIVIDADES DE SERVICIOS Y COMERCIALES – Las que estén por fuera del POS están gravados con el impuesto de industria y comercio / BASE GRAVABLE DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO – De ella se excluyen los recursos que integran el Sistema de Seguridad Social en Salud / MEDICINA PREPAGADA, PLANES COMPLEMENTARIOS, POLIZAS – Los ingresos percibidos por estos conceptos no están gravados con el impuesto de industria y comercio

La Sala advierte que los servicios POS son una parte del servicio público de salud, que corresponde a la atención básica que el Estado puede garantizar, sin embargo, existen otros servicios que complementan al POS y que también hacen parte del servicio público de salud y, por tanto, los ingresos que reciben las clínicas y hospitales, por la prestación de esa clase de servicios no están sujetos al impuesto de industria y comercio, pues mantienen la naturaleza de servicios y no podrían clasificarse como actividades industriales o comerciales, para poder ser gravados. En esas condiciones, se insiste, no es de recibo el argumento de la Administración Municipal en el sentido de aplicar la no sujeción, dependiendo de que se trate de los recursos con los que se pagan los servicios de salud o si están o no incluidos en el POS, porque el beneficio que en materia de impuesto de industria y comercio prevé la Ley 14 de 1983, abarca de manera general la

actividad de servicios que prestan los hospitales y clínicas, situación que, a la luz de la normativa vigente en materia de salud mantiene vigencia, en la medida en que, se insiste, la finalidad de la norma fue la de no someter a estas instituciones a obligaciones formales ni sustanciales en materia de ICA, respecto de las actividades de servicios que presten. las anteriores consideraciones de la sentencia C-1040 de 2003, no guardan relación directa con la decisión adoptada por la Corte, pues no tienen nexo causal con la declaración de inexecutable parcial del artículo 111 de la Ley 788 de 2002 objeto de demanda. Por consiguiente, dichos argumentos constituyen *obiter dicta* o criterio auxiliar de la actividad judicial, por tanto, no hacen tránsito a cosa juzgada constitucional y no son de obligatorio cumplimiento para los jueces. Sin embargo, precisa la Sala que la Corte Constitucional llega a la conclusión de que sobre los ingresos provenientes de las actividades comerciales y de servicios de las EPS e IPS que excedan los destinados exclusivamente para prestación del POS, puede recaer el impuesto de industria y comercio, para lo cual sólo hace referencia al artículo 32 de la Ley 14 de 1983, pero omite un análisis integral de la normativa que en materia de industria y comercio rige para ese tipo de entidades de salud. De acuerdo con lo expuesto, se advierte que los ingresos que fueron adicionados por la demandada y que corresponden a la prestación de servicios de “medicina prepagada, planes complementarios, pólizas, entre otros”, no son sujetos del impuesto de industria y comercio pues hacen parte de los servicios de salud que presta la demandante como institución prestadora de salud, sin que se haya demostrado por la Administración la percepción de ingresos por actividades comerciales o industriales.

NOTA DE RELATORIA: Sobre la sujeción de los hospitales y clínicas al impuesto de industria y comercio se reitera sentencia del Consejo de Estado, Sección Cuarta de 24 de mayo de 2012, Rad. 17914, C.P. Martha Teresa Briceño de Valencia

NOTA DE RELATORIA: Con aclaración de voto del doctor William Giraldo Giraldo con salvamento de voto del doctor Hugo Fernando Bastidas Bárcenas

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCION CUARTA

Consejera ponente: MARTHA TERESA BRICEÑO DE VALENCIA

Bogotá D. C., doce (12) de julio de dos mil doce (2012)

Radicación numero: 76001-23-31-000-2006-03345-01(18502)

Actor: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA - COMFAMILIAR ANDI

Demandado: MUNICIPIO DE CALI

FALLO

La Sala decide el recurso de apelación interpuesto por el demandado contra la sentencia del 27 de noviembre de 2009, proferida por el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca, mediante la cual accedió a las pretensiones de la demanda.

La parte resolutive del fallo apelado dispuso:

“1. DECLARAR la nulidad de los siguientes actos administrativos:

“1.1.- Liquidación Oficial de Revisión N° 0550 del 31 de mayo de 2005, proferida por el Subdirector Administrativo de Impuestos, Rentas y Catastro Municipal del Departamento Administrativo de Hacienda del Municipio de Cali.

1.2. Resolución N° 0423 del 17 de mayo de 2006, proferida igualmente por el Subdirector Administrativo de Impuestos, Rentas y Catastro Municipal del Departamento Administrativo de Hacienda del Municipio de Cali, por medio de la cual se resolvió el Recurso de Reconsideración interpuesto por COMFANDI contra el acto administrativo determinado en el numeral anterior.

“2. A título de restablecimiento del derecho se DECLARA que COMFANDI no está obligada a cancelar el mayor valor determinado por el MUNICIPIO DE CALI por concepto de ICA para el periodo gravable 2002, así como tampoco la sanción por inexactitud que le fuera impuesta por tal hecho”.

ANTECEDENTES

La Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca “COMFAMILIAR - ANDI” declaró el impuesto de industria y comercio por el año gravable 2002 con un total a pagar de \$892.207.000¹.

El 30 de enero de 2004, la Administración Municipal de Santiago de Cali notificó el Emplazamiento para Corregir 086 del 27 de enero de 2004, para que fueran incluidos todos los ingresos generados en el ejercicio de su actividad, en especial, los recibidos de la Clínica Tequendama que no corresponden a recursos destinados para la prestación de servicios de salud POS sino que son recursos recibidos por servicios de medicina prepagada, complementarios, pólizas, etc.². La contribuyente no corrigió la declaración.

¹ Fl. 7 c.p.

² Fls. 17 a 18 c.a.

El 10 de septiembre de 2004, la Administración notificó el Requerimiento Especial 160 del 26 de agosto de 2004, en el que propuso modificar la liquidación privada para aumentar a \$949.797.000 el impuesto a cargo y liquidó sanción por inexactitud en la suma de \$170.226.000³. El contribuyente respondió el requerimiento⁴.

El 31 de mayo de 2005, la Administración profirió la Liquidación Oficial de Revisión 0550, en la que mantiene las glosas formuladas en el requerimiento especial⁵.

Previa interposición del recurso de reconsideración⁶, el 23 de mayo de 2006 fue notificada la Resolución N° 0423 del 17 de mayo del 2006, que confirmó el acto recurrido⁷.

DEMANDA

La Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca "COMFAMILIAR - ANDI", en ejercicio de la acción prevista en el artículo 85 del Código Contencioso Administrativo, solicitó la nulidad de la liquidación oficial de revisión y de la resolución que decidió el recurso de reconsideración. A título de restablecimiento del derecho, pidió que se deje en firme la liquidación privada y se condene en costas a la parte demandada.

Citó como normas violadas las siguientes:

- Artículos 48, 95 numeral 9° y 363 de la Constitución Política
- Artículo 39 literal d) numeral 2 de la Ley 14 de 1983
- Artículos 99 numeral 9 y 259 literal d) numeral 2 del Decreto 1333 de 1986
- Artículos 154 literal g) y 155 de la Ley 100 de 1993
- Artículos 2, 3 y 35 del Código Contencioso Administrativo
- Artículos 647 inciso 6, 683, 730 numeral 1° y 745 del Estatuto Tributario
- Artículo 75 último inciso, 98 y 137 numeral 1 del Decreto Municipal 523 de 1999
- Artículo 5 numeral 4° del Acuerdo 35 de 1985.

³ Fls. 11 a 15 c.a.

⁴ La respuesta no consta en el expediente pero en la Liquidación Oficial de Revisión se afirma que fue recibida. (fl. 2 c.a.)

⁵ Fls. 2 a 7 c.a.

⁶ Fls. 24 a 47 c.p.

El concepto de violación se sintetiza así:

En primer término, precisó que el Consejo de Estado mediante sentencia del 30 de noviembre de 2006, Exp. 15608, declaró la nulidad de la tarifa especial de ICA establecida en el Acuerdo 057 de 1999 (6.6x1000) para los hospitales, clínicas y similares y las IPS que desarrollan actividades en Cali, lo cual confirma que los ingresos originados en la prestación de servicios de salud no están gravados con ICA.

La declaratoria de nulidad mencionada tuvo como fundamento que la norma era contraria a los postulados de la Ley 14 de 1983, por lo tanto, se configura la pérdida de la fuerza ejecutoria de los actos demandados, de conformidad con el numeral 2º del artículo 66 del C.C.A. Al ser dicha disposición el sustento de los actos acusados, en virtud de los efectos *ex tunc* de los fallos del Consejo de Estado, desaparecieron los fundamentos jurídicos con los que se profirió la liquidación oficial demandada.

Si bien la pérdida de fuerza ejecutoria no conlleva su declaratoria por vía jurisdiccional, si es razón suficiente para considerar que los actos acusados están viciados de nulidad por indebida o falsa motivación.

Argumentó que la no gravabilidad con el ICA para las IPS, como lo es la demandante, subsiste mientras exista para los municipios la prohibición de la Ley 14 de 1983 de gravar con este impuesto a los hospitales adscritos al sistema nacional de salud y a este grupo pertenecen desde 1975 las entidades públicas o privadas que presten servicios de salud, que están adscritas al Sistema Nacional de Salud o Sistema General de Seguridad Social en Salud, como actualmente se denomina. Al respecto transcribió la sentencia del 2 de marzo de 2001, Exp. 10888 del Consejo de Estado.

La exención del ICA a los hospitales está concebida en razón de la calidad de los sujetos y no de los ingresos que pueda percibir en desarrollo de actividades inherentes a la prestación de servicios de salud, razón por la cual, no es posible diferenciar sobre la naturaleza de los ingresos sobre los cuales puede o no recaer la exención.

⁷ Folios 27 a 42 c.a.

La prohibición establecida en la Ley 14 de 1983 debe interpretarse en forma integral y en armonía con lo previsto en el artículo 11 de la Ley 50 de 1984, norma que señala que las entidades que prestan servicios de salud serán sujetos del ICA cuando realicen actividades industriales o comerciales, lo cual corrobora que la intención del Legislador de 1983 fue la de crear una exención en materia de ICA para ciertos sujetos en lo relativo a los ingresos que perciban por la prestación de servicios, cualquiera que ellos sean.

Lo anterior se traduce en que los hospitales adscritos y vinculados al sistema nacional de salud, como lo es la actora, sólo puedan ser considerados sujetos pasivos del ICA por los ingresos que obtengan en desarrollo de sus actividades industriales y comerciales.

El Consejo de Estado en múltiples sentencias ha indicado que las entidades que prestan servicios de salud, independientemente de su naturaleza, pública o privada, hacen parte del anterior Sistema Nacional de Salud y, por tanto, están exentas del ICA sobre la totalidad de los ingresos que perciben por la prestación de dichos servicios, con fundamento en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983. El anterior criterio ha sido plasmado en los Conceptos 7668 del 26 de noviembre de 2002 y 7283 del 26 de septiembre de 2003 del Ministerio de Protección Social.

Nulidad por incompetencia del funcionario que profirió el Requerimiento Especial.

Sostiene que tanto el Requerimiento Especial como las dos resoluciones que se demandan fueron proferidas por la persona a cargo de la Subdirección Administrativa de Impuestos, Rentas y Catastro Municipal del Departamento Administrativo de Hacienda del Municipio de Cali, a pesar de que el artículo 98 del Decreto 523 de 1999, norma procedimental vigente en dicho municipio, establece que los requerimientos especiales deben ser proferidos por el Jefe de la División de Fiscalización y Control de Impuestos y Rentas Municipales, por tanto, el proceso administrativo que se demanda está viciado de nulidad desde la expedición del requerimiento, porque fue proferido por funcionario distinto al autorizado por la citada norma.

Adicionalmente, teniendo en cuenta la naturaleza y características propias del recurso de reconsideración, el hecho de que haya sido la persona a cargo de la Subdirección Administrativa de Impuestos, Rentas y Catastro Municipal del

Departamento Administrativo de Hacienda del Municipio de Cali quien haya expedido la liquidación oficial que se demanda e igualmente quien resolvió el recurso que se interpuso contra este acto, desnaturaliza la esencia de la impugnación pues se convierte en un recurso de reposición, hecho no autorizado por el procedimiento tributario nacional.

Nulidad por indebida o falsa motivación

Respecto a la **Liquidación Oficial de Revisión** sostuvo que:

- 1) El Municipio de Cali supuso que la actora es una EPS o una ARS, cuando la entidad no ostenta dicha naturaleza.
- 2) Fundamentó su actuación en la Ley 633 de 2000, que para la época en que fue expedida la liquidación oficial en cuestión, había sido declarada inexecutable (Sentencia C-245 de 2002).
- 3) La liquidación demandada se opone a la jurisprudencia del Consejo de Estado sobre el tema.

Acerca de la resolución que resolvió el **Recurso de Reconsideración**, las imprecisiones son:

La afirmación que motivó la expedición de la liquidación oficial de revisión fue que encontró que la demandante no había declarado todos los ingresos ordinarios y extraordinarios del año 2002, mientras que, en la página 5 de esa misma resolución al comparar el valor declarado a título de ingresos ordinarios y extraordinarios del año 2002 y el valor determinado en la fiscalización, es el mismo: \$278.982.354.000.

El Municipio sostuvo que el literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, cuando hace mención a la adscripción, sólo es aplicable a los establecimientos públicos estatales y a los entes con financiación mixta. Sobre este aspecto debe tenerse en cuenta que desde el año 1975, por virtud de lo dispuesto en el Decreto 356 de 1975, la Ley 10 de 1990 y 155 de la Ley 100 de 1993, las entidades públicas o privadas que presten servicios de salud, están adscritas al Sistema Nacional de Salud, o Sistema General de Seguridad Social en Salud como actualmente se denomina, y en esa medida la prohibición de gravar estas entidades con el ICA, establecida en la Ley 14 de 1983, persiste para los municipios.

En la resolución que decide el recurso de reconsideración se sostiene que no todos los ingresos percibidos por las entidades y personas integrantes del Sistema de Seguridad Social en Salud están excluidos del ICA, sino únicamente aquéllos recursos destinados a la prestación del POS, representados en las UPC, pues de lo contrario se estaría vulnerando el artículo 48 C.P. Frente a este argumento la actora indicó que las entidades que prestan servicios de salud no están en la obligación de calcular el ICA en la parte de los ingresos que perciben por fuera del POS como erróneamente lo considera el Municipio ni mucho menos de discriminar estos valores en su contabilidad, pues sobre este último argumento ni siquiera se cita la norma que lo sustenta.

Finalmente, para confirmar la imposición de la sanción por inexactitud a la demandante, la Administración se contradice en su parte motiva y considerativa, dado que en la primera señala que el mayor valor se deriva de diferencias de criterio y que la información declarada es cierta y real, mientras que en la segunda resuelve confirmar en su totalidad la liquidación oficial de revisión ahora demandada, cuando en razón a lo expuesto, no habría lugar a la sanción por inexactitud.

Nulidad por violación al debido proceso y al derecho de defensa.

Los argumentos expuestos por la actora en la actuación administrativa no fueron valorados al momento de proferir la liquidación oficial y la resolución que resolvió el recurso de reconsideración, razón por la cual se negó su derecho de defensa.

Nulidad por violación de las normas en que han debido fundarse los actos acusados

Por las razones antes expuestas en los puntos anteriores, los actos administrativos demandados violan las normas invocadas como violadas, pues en ellas han debido fundarse, y en consecuencia, están viciados de nulidad.

Nulidad de la sanción por inexactitud

La sanción por inexactitud propuesta se deriva del mayor impuesto liquidado oficialmente, el cual, como se ya se explicó, se encuentra igualmente viciado de nulidad por esta y otras causales.

Los fundamentos que originaron la glosa de la Administración sólo se relacionan con el errado entendimiento por parte del Municipio de Cali, según el cual, la actora debe aumentar la base gravable para calcular el pago del ICA, cuando claramente las disposiciones aplicables para las IPS, señalan algo diferente. Además nada se dice respecto de los motivos por los cuales hay lugar a imponer esta sanción, el Municipio solo se limitó a imponerla.

En todo caso, es viable aplicar la diferencia de criterios en cuanto al derecho aplicable pues no existió maniobra fraudulenta tendiente a inducir en error a las autoridades municipales.

Intereses por mora en caso de un fallo adverso

Ni el requerimiento especial, ni la liquidación oficial de revisión incluyeron la liquidación de los intereses por mora, a pesar de ser una sanción. Entonces, en caso de no prosperar las pretensiones de la demanda no podría estar obligada al pago de una sanción no discutida en vía gubernativa.

Finalmente, solicitó la **condena en costas** porque el Municipio de Cali, hizo caso omiso de los argumentos expuestos en vía gubernativa por la demandante e ignoró por completo los pronunciamientos del Consejo de Estado.

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

El Municipio se opuso a las pretensiones de la demandante con fundamento en los siguientes argumentos:

El artículo 39 de la Ley 14 de 1983 dispuso qué actividades están exentas del impuesto de industria y comercio, razón por la cual solo esas no serán gravadas y entre ellas no están las desarrolladas por las entidades prestadoras del servicio de salud.

El artículo 93 de la Ley 633 de 2000 establece unas actividades como exentas del ICA, adicionales a las consagradas en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, pero en relación con la prestación de servicios de salud dispuso la prohibición de gravar el porcentaje de la UPC, destinado obligatoriamente a la prestación de los servicios de salud, los ingresos provenientes de las cotizaciones y los ingresos destinados a las prestaciones económicas, conforme al artículo 48 de la Constitución Política.

En consecuencia, la demandante debía tributar tomando como base gravable los ingresos que por UPC no estuviesen destinados estrictamente a la prestación del servicio de salud. La anterior Ley estuvo vigente hasta el 9 de abril de 2002, fecha en la que la Corte Constitucional la declaró inexecutable mediante sentencia C-242 de 2002.

Al desaparecer la exención era pertinente volver, a partir del 9 de abril de 2002, a lo consagrado en la Ley 14 de 1983, que dispuso las actividades que son la base gravable para el cobro del ICA, entre las cuales están las desarrolladas por las EPS y las ARS.

Está probado dentro del proceso administrativo que la actora dedujo, presentó y pagó su declaración de ICA después de la fecha en la cual el artículo 93 de la Ley 633 de 2000 había sido declarado inexecutable.

La actora ha manifestado que aplicó la exención sobre sus ingresos, porque es una entidad integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud, conforme al artículo 8 de la Ley 100 de 1993. Sin embargo, según la sentencia C-576 de 2003, la prohibición de gravar los recursos del POS, es relativa, dado que la totalidad de estos ingresos que perciben las IPS no son del sistema, sino únicamente los correspondientes a gastos médicos. Por consiguiente, los ingresos para pagos de gastos administrativos y distribución de utilidades y excedentes provenientes del POS no son de destinación específica del sistema de salud y, por ende, son susceptibles de gravamen de industria y comercio.

Los funcionarios de la Administración realizaron una visita a la demandante para verificar la deducción realizada por la parte actora en su liquidación privada del año 2002 y determinar si estos valores correspondían o hacían parte de los recursos destinados a la prestación del POS, pero se logró demostrar que la actora no maneja cuentas independientes que permitan identificar con certeza

este valor. Agregó que en ningún momento la demandante probó documentalmente que los recursos que dedujo de la base gravable correspondieran a la prestación de servicios de salud del POS.

La sentencia C-1040 de 2003 declaró inexecutable parcialmente el artículo 111 de la Ley 788 de 2003 y, conforme con ese pronunciamiento, el Municipio entiende que los ingresos de las entidades integrantes del Sistema de Seguridad Social en Salud que no forman parte de la base gravable del ICA son exclusivamente los que tienen por objeto la prestación de servicios del POS, sean UPC, copagos, cotizaciones, etc., y que los demás ingresos que no corresponden a servicios esenciales, aun cuando las entidades hagan parte del Sistema, están gravados con el impuesto.

En cuanto a la nulidad **de la actuación por incompetencia del funcionario que profirió el requerimiento especial**, precisó que la demandante desconoce la estructura orgánica de la Administración, que el Decreto 0203 de marzo de 2001, compila los Acuerdos 70 de 2000, 01 de 1996 y las demás disposiciones que los modificaron, donde se indica que la Subdirección Administrativa de Impuestos, Rentas y Catastro Municipal es el área encargada de la determinación, liquidación, fiscalización y control de los ingresos tributarios y no tributarios. Adicionalmente, la División de Fiscalización y Control de Impuestos Municipales es una dependencia de apoyo de la mencionada Subdirección.

En esas condiciones, las actuaciones adelantadas por el Municipio, teniendo en cuenta los Decretos que regulan la estructura orgánica y funcional del Municipio de Cali, gozan del principio de legalidad porque no han sido anulados ni suspendidos por la jurisdicción contencioso administrativa.

Frente al cargo de **nulidad total de la actuación administrativa por indebida o falsa motivación** y la **violación al debido proceso y al derecho de defensa**, explicó que desde el mismo momento de la expedición de los actos demandados, la Administración, amparada en los principios de legalidad y publicidad, dio a conocer a la actora las razones de hecho y de derecho que la llevaron a tomar sus decisiones y tuvo la oportunidad de controvertir cada una de las actuaciones expedidas por la Administración y así ejerció el derecho a la defensa.

Insistió en que si bien las IPS están adscritas o vinculadas al Sistema de Salud, condición no demostrada por la actora, la exención sólo cobija a las IPS de carácter público, entonces, las que no tienen ese carácter son sujetos pasivos del ICA. El concepto de UPC está reservado únicamente para las EPS y no para las IPS, razón por la cual estas últimas sólo podrán aplicar la exención respecto de los ingresos recibidos por la prestación del servicio de salud del POS y, por ello, era relevante demostrar que las deducciones realizadas correspondían a dineros de la seguridad social.

Sobre la **nulidad total de los actos administrativos demandados por violación de las normas superiores**, indicó que el artículo 48 de la Constitución Nacional es claro en indicar la prohibición que existe de destinar o utilizar los recursos de las instituciones de seguridad social para fines diferentes a ella, es decir, que la Carta no permite gravar los recursos destinados al POS pero si deben gravarse con ICA los demás ingresos obtenidos.

Se opuso a la pretensión de no tener en cuenta los intereses por mora, por cuanto estos no fueron incluidos en el requerimiento especial y la liquidación oficial, pues el apoderado de la actora confunde los conceptos de "*sanción por intereses moratorios*" con el de "*sanción por inexactitud*". Igualmente se opuso a la condena en costas solicitada por la actora.

Finalmente, planteó como **excepción la ineptitud sustantiva de la demanda**, con fundamento en lo dispuesto en el artículo 138 del Código Contencioso Administrativo porque debió demandarse también el requerimiento especial.

SENTENCIA APELADA

El Tribunal Administrativo del Valle del Cauca accedió a las pretensiones de la demanda por las siguientes razones:

En relación con la excepción de inepta demanda, explicó que el requerimiento especial es un acto de trámite que, en los términos del artículo 135 del C.C.A., no es demandable ante esta jurisdicción. El acto definitivo lo constituye, en este caso, la liquidación oficial de revisión, la cual fue demandada junto con el acto que decidió el recurso de reconsideración, tal como lo dispone el artículo 138 del C.C.A.

En cuanto al asunto de fondo, transcribió apartes de la sentencia del 30 de noviembre de 2006, Exp. 15608, M.P. Dra. Ligia López Díaz dentro del cual se anularon las expresiones “hospitales”, “Clínicas y similares” e IPS contenidas en el artículo 1º del Acuerdo 57 de 1999 del Concejo Municipal de Cali.

Además, frente a la sujeción de las clínicas y hospitales al ICA, el a quo transcribió apartes de la sentencia del 27 de agosto de 2009, Exp. 17126, M.P. Dra. Martha Teresa Briceño de Valencia.

De las anteriores sentencias sostuvo que los servicios prestados por la demandante como entidad prestadora de servicios de salud no son gravables con el ICA, por estar exceptuada tal actividad en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, lo cual no ocurre con las actividades industriales y comerciales que si son gravadas, según lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley 50 de 1984.

No accedió a la condena en costas solicitada por la demandante porque la conducta de la demandada no encuadra en el artículo 177 C.P.C.

RECURSO DE APELACIÓN

El Municipio interpuso recurso de apelación contra la decisión del *a quo*, con base en los siguientes argumentos:

Resaltó que la discrepancia radica en que el demandante no aportó prueba alguna de que dentro de la contabilidad de la empresa discriminó los ingresos sujetos a reserva como lo establece el artículo 48 de la Constitución Nacional para la prestación y desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La visita realizada por la Administración al contribuyente tuvo como finalidad verificar respecto de la deducción realizada por la actora en la liquidación privada del año 2002, que los ingresos correspondieran e hicieran parte de los recursos destinados a la prestación del POS, pero se demostró que la actora no maneja cuentas independientes que permitan identificar con certeza este valor.

Reiteró los argumentos expuestos en la contestación, relacionados con la inexecutable del artículo 93 de la Ley 633 del 2000 a partir del 9 de abril de 2002 y que, por tal motivo, era pertinente, volver a lo consagrado en el artículo 32 de la Ley 14 de 1983, que dispuso las actividades que son la base gravable para

el cobro del Impuesto de Industria y Comercio, entre las que se encuentran las realizadas por las EPS y las ARS que funcionan en el Municipio de Santiago de Cali.

La intención del Municipio no fue desconocer lo decidido por la jurisprudencia del Consejo de Estado del 12 de mayo de 2005, Exp. 14161, citada en el fallo por el *a-quo*, pues precisamente lo que busca es no gravar los ingresos o recursos que de conformidad con el artículo 48 de la Constitución Nacional, gozan de reserva por destinación específica.

Con el fin de esclarecer aspectos conceptuales para determinar los montos sobre los cuales quiso el legislador de 1983 que se excluyeran de pago del Impuesto de Industria y Comercio, transcribió los artículos 156, 204 y 205 de la Ley 100 de 1993 y concluyó que dentro del Régimen de Salud, a las EPS les corresponde la diferencia entre el monto de las cotizaciones objeto del recaudo y las UPC dependiendo del número de afiliados que registre. Las EPS tienen la obligación mensual de entregar al FOSYGA un estado de cuentas, descontando las UPC que les corresponde y el resto se lo envía.

Entonces, si el espíritu del literal d) del numeral 2º del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, interpretado a la luz de la Constitución Política (art. 48), fue no gravar con el impuesto de industria y comercio los dineros de las instituciones de la seguridad social en desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por qué no puede la Administración Municipal de Cali, gravar con el referido impuesto, los ingresos percibidos por las descritas instituciones a título diferente, máxime cuando deben discriminar de sus ingresos los que corresponden al producto de la UPC por cantidad de afiliados para efectos de enviar el excedente de las cotizaciones al FOSYGA.

Asegura que existe reiterada jurisprudencia tanto del Consejo de Estado como de la Corte Constitucional, en donde se aclara que por disposición del artículo 11 de la Ley 50 de 1984 están sujetos al impuesto, los recursos provenientes de actividades industriales y comerciales que no son propias de las entidades hospitalarias, es decir, la prestación del servicio de salud obligatorio. Al respecto transcribió apartes de la sentencia C-1040 de 2003.

No es de recibo para el Municipio, que la actora alegue la realización de actividades de que trata el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, es decir, las propias de los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud, cuando del objeto social se deduce que fue constituida para la explotación de un amplio ramo de negocios, circunstancia ajena al mencionado artículo.

En los actos acusados, la demandada tuvo en cuenta que las UPC, son recursos destinados a la prestación de servicios de salud previstos en el POS, siendo un ingreso exento del ICA de conformidad con lo dispuesto en el artículo 48 de la Carta y las directrices fijadas en la sentencia C-1040 de 2003.

Las transacciones de las entidades privadas que presten servicios de salud obligatoria deben llevarse en contabilidad separada en la que se diferencien los recursos por pagos en la prestación de los servicios del POS, y los recursos obtenidos por otros servicios complementarios o suplementarios, pues, de lo contrario, la Administración no podría reconocer que la deducción realizada corresponde a exenciones de dineros de la seguridad social. Por eso, la actividad de fiscalización estuvo orientada a verificar cuáles de esos ingresos declarados correspondían a UPC, cuotas moderadoras y copagos. En relación con el Plan Único de Cuentas de las IPS transcribió apartes de cierto Concepto del 24 de febrero de 2004 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

La Ley 633 de 2000 confirmó que las entidades de salud son sujetos pasivos del ICA, pero que su base gravable está conformada por los ingresos que como UPC estuvieran destinados estrictamente a la prestación de servicios de salud, es decir, a la seguridad social, porque estos son los que se entienden públicos o pertenecientes al Estado y que se invierten exclusivamente en beneficio del grupo que los tributa.

No es de recibo para la Administración Municipal de Cali, que el actor omita la identificación de la naturaleza de los ingresos que recibe y que lleve cuentas separadas y, por tanto, deduzca ingresos de la base gravable para la liquidación del impuesto, con fundamento en que corresponden a ingresos destinados a la prestación del servicio de salud.

En relación con la sentencia que anuló el artículo 1º del Acuerdo 057 de 1999, indicó que, en este pronunciamiento, el Consejo de Estado dejó sin efectos las expresiones “hospitales”, “clínicas y similares e IPS” en lo relacionado con la tarifa, pero no lo atinente a la sujeción del impuesto de industria y comercio de la

entidad demandante por conceptos diferentes a los ingresos obtenidos de la prestación de servicios de la seguridad social, pues no existe fallo de nulidad en relación con el tributo en las actividades de servicios médicos contempladas en los Acuerdos 032 de 1985 y 124 de 1987.

ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

La **actora** señaló que el Municipio, para justificar su argumento sobre los recursos de salud que se pueden gravar con ICA, se limitó exponer su apreciación sobre las normas contenidas en la Ley 100 de 1993 que no corresponden a la naturaleza de IPS que tiene la demandante cuando presta servicios de salud.

Los artículos 156 y 205 de la Ley 100 de 1993 hacen referencia a los recursos de la UPC, los cuales son recibidos por las EPS y no por la IPS, lo que denota la confusión que tiene el municipio en este tema. Además, reconoce la no aplicabilidad de los artículos 93 de la Ley 633 de 2000 y 111 de la Ley 788 de 2003 que fueron declarados inexecutable por la Corte Constitucional, pero afirma que el espíritu del Legislador al expedir la Ley 14 de 1983 fue la de limitar la exención del ICA sólo a los recursos de la UPC.

No puede entenderse que se citen normas referentes a las EPS para dar a entender que la demandante no cumple con dichas disposiciones, cuando su naturaleza de IPS está probada en el expediente y se insista en la interpretación de normas que ya no son aplicables por ser declaradas inconstitucionales.

Luego de transcribir varios pronunciamientos de la Sección Cuarta el Consejo de Estado relacionados con el tema, sostuvo que resulta inocua la distinción entre POS y no POS o UPC, para determinar el alcance de la prohibición contenida en la Ley 14 de 1983, pues la prohibición de gravar con ICA las actividades por prestación de servicios de salud, carece de fundamento por lo afirmado por el Municipio en la apelación.

Frente a la obligación de discriminación que debe hacerse en la contabilidad de los ingresos que por salud están exentos de ICA, afirmó que dado que la prohibición recae sobre todos los ingresos que se obtienen por la prestación de servicios de salud, no puede exigirse que en la contabilidad se identifiquen qué

ingresos están gravados con el ICA y cuáles no. El artículo 182 de la Ley 100 de 1993 que cita el apelante es una norma que aplica a las EPS pero no a las IPS.

El artículo 11 de la Ley 50 de 1984 a la que hace referencia el Municipio, confirma que, precisamente, todos los servicios de salud están exentos de ICA y que sólo las actividades comerciales e industriales que llegaran a realizar las IPS podrían sujetarse al tributo. De ninguna manera podría la demandada equilibrar la noción de actividades comerciales e industriales con la prestación de servicios de salud, toda vez que tienen sus propios condicionamientos y características en la Ley 14 de 1983.

El fallo que declaró la nulidad de algunos apartes del Acuerdo 057 de 1999, deja sin validez ni fundamento jurídico la actuación de la Administración porque no cuenta, para el caso específico, con una norma vigente que le permita soportar la determinación de un mayor ICA a cargo de la demandante.

Si con ocasión de la referida sentencia fue retirada del ordenamiento jurídico la tarifa a aplicar por concepto de ICA sobre las actividades de salud que realizan los hospitales, clínicas, IPS y similares, precisamente por ser contraria a los postulados de la Ley 14 de 1983, puede concluirse que el municipio no puede insistir en gravar con este impuesto a la demandante, ni derivar efectos de las expresiones anuladas, pues con ello violaría los preceptos legales que deben regir las actuaciones administrativas y desconocería el fallo emanado de la máxima autoridad de lo contencioso administrativo.

Aun cuando la norma todavía mantiene vigente el término “servicios de salud” para efectos del ICA, lo cierto es que los servicios no pueden ser gravados cuando los presten hospitales, clínicas y similares o IPS, porque sobre estas entidades recae expresamente la prohibición de la Ley 14 de 1983. Por consiguiente, como los efectos de los fallos de nulidad son “ex tunc”, resulta claro que la presunción de legalidad de la actuación iniciada por el Municipio fue posteriormente desvirtuada, en tanto dicha sentencia afectó en forma directa la situación que se debatía, esto es, la adición de los ingresos gravables con ICA derivados de la prestación de servicios de salud.

La **demandada** y el **Ministerio Público** no intervinieron en esta oportunidad.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

Corresponde a la Sala determinar la legalidad de los actos administrativos demandados, por medio de los cuales el Municipio de Santiago de Cali modificó la declaración privada del impuesto de industria y comercio y avisos y tableros, presentada por COMFAMILIAR ANDI por el año gravable 2002.

En concreto, los argumentos del recurso de apelación se contraen a señalar que la no sujeción del impuesto de industria y comercio sólo se aplica respecto de las UPC que reciben las EPS y los ingresos percibidos por las IPS por la prestación de servicios de salud previstos en el POS, razón por la cual, la demandante debía llevar de manera separada en su contabilidad los ingresos percibidos por la prestación del servicio de salud dentro del marco del Sistema de Seguridad Social en Salud. Además indica que no desconoció la sentencia del 30 de noviembre de 2006 de esta Sala.

1. Efectos de la sentencia de nulidad del artículo 10 del Acuerdo 57 de 1999 del Concejo Municipal de Santiago de Cali.

Como lo afirma la demandante, en la sentencia del 30 de noviembre de 2006, Expediente 15608, esta Sección anuló las expresiones “hospitales” “clínicas y similares” e “IPS” contenidas en el artículo 1º del Acuerdo 57 de 1999 del Concejo Municipal de Cali⁸.

En primer término la Sala advierte que de la lectura de los actos acusados no se observa que el Municipio demandado haya dado aplicación al artículo 1º del Acuerdo 57 de 1999, sino que la Administración entendió, como se explicará más adelante, que los ingresos que fueron adicionados constituían una “venta de servicios de salud” que no son prestados dentro del marco de los establecidos en el Sistema de Seguridad Social, es decir, no los consideró dentro de la clasificación de servicios previstos en los apartes de la norma sobre los cuales recayó la declaratoria de nulidad.

En todo caso se advierte, frente a la decisión judicial invocada por la demandante y que daría lugar a una de las causales de pérdida de fuerza ejecutoria al dejar sin

⁸ La norma parcialmente anulada disponía: “**Artículo Primero:** Reclasifíquese parcialmente la actividad de servicios de salud: Médicos, odontológicos, laboratorios clínicos, rayos x, hospitales, sanatorios, clínicas y similares, EPS, IPS y veterinarios, con una tarifa del seis punto seis por mil (6.6 %)”

fundamento los actos acusados⁹, que la pérdida de la fuerza ejecutoria de los actos administrativos es un fenómeno que afecta su *eficacia*, que es la característica del acto que le permite producir *efectos* en la vida jurídica, por ello las situaciones señaladas en el artículo 66 del C.C.A. son posteriores a su nacimiento.

La *validez* está dada por la adecuación del acto a las *normas superiores* en que debe fundarse tanto para su formación como en su contenido. A este último aspecto del acto administrativo es que apunta el análisis de legalidad que realiza la jurisdicción de lo contencioso administrativa a través de la acción de nulidad ahora propuesta, pues debe confrontarse el acto demandado con el ordenamiento jurídico superior invocado en la demanda como transgredido por su expedición.

En esas condiciones, la pérdida de fuerza ejecutoria no constituye causal de nulidad del acto administrativo, pues la pérdida de su vigencia no afecta la validez del acto objeto de esta acción, porque este mantiene la presunción de legalidad, elemento que ahora pretende desvirtuar la parte actora con su solicitud de nulidad.

Precisamente, la jurisprudencia de esta Corporación ha señalado que la ocurrencia de la pérdida de los fundamentos de hecho o de derecho de un acto administrativo “ (...) *para nada afecta la validez del acto, en cuanto deja incólume la presunción de legalidad que lo acompaña, precisamente el atributo de éste que es el objeto de la acción de nulidad. Por lo mismo, tales causales de pérdida de ejecutoria, vienen a ser situaciones posteriores al nacimiento del acto de que se trate, y no tienen la virtud de provocar su anulación*”¹⁰.

También ha precisado que “*la declaración de pérdida de fuerza ejecutoria de un acto administrativo no puede solicitarse al juez de lo contencioso administrativo porque no existe una acción autónoma que lo permita, lo que se debe hacer es estudiar su legalidad, pues la ocurrencia de esa figura no afecta el principio de la presunción de legalidad del acto y su controversia debe hacerse con relación a las circunstancias vigentes al momento de su expedición*”¹¹.

2. Sujeción al impuesto de industria y comercio de la demandante.

⁹ Art. 66 numeral 2º C.C.A.

¹⁰ Consejo de Estado, Sección Primera, sentencia de 19 de febrero de 1998, Exp.4490. C.P. Juan Alberto Polo Figueroa.

¹¹ Consejo de Estado, Sala Plena, sentencia S-157 del 14 de enero de 1991 y Sección Primera sentencia del 16 de febrero de 2001 reiterada en sentencia del 27 de marzo de 2003, exp. 7095.

Para efectos de analizar este aspecto, la Sala considera necesario precisar la naturaleza de la demandante, toda vez que el Municipio demandado en los argumentos del recurso de apelación hace referencia a las EPS y cita para el efecto normas que regulan su actividad y, en especial, es reiterativa en señalar que la demandante tenía la obligación de discriminar el valor de las UPC recibidas, por ser éste el ingreso exento del ICA.

De los documentos allegados al expediente se observa que:

- De acuerdo con la certificación expedida por la Superintendencia del Subsidio Familiar, la Corporación denominada Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca “COMFAMILIAR ANDI” es una entidad privada sin ánimo de lucro, organizada como Corporación que cumple funciones de seguridad social.¹²
- Que según Certificación de Secretaría de Salud del Valle del Cauca, “COMFAMILIAR ANDI” es una **entidad prestadora de servicios de salud**, inscrita en el Registro Especial de Prestadoras de Servicios de Salud del Departamento y presta los servicios hospitalarios de enfermería, medicina maxilar, medicina general, pediatría, laboratorio clínico, toma de muestras de laboratorio clínico y nefrología¹³.

De lo anterior se advierte que la demandante es una Institución Prestadora de Salud (IPS), es decir, que de conformidad con el artículo 156 de la Ley 100 de 1993 es una entidad organizada para la prestación de los servicios de salud a los afiliados al sistema general de seguridad social en salud, dentro de las promotoras de salud o fuera de ellas.

Por lo anterior, la demandante no tiene la naturaleza de una Entidad Promotora de Salud (EPS) que son las responsables de la afiliación y registro y del recaudo de las cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía¹⁴, y a quienes el Sistema General de Seguridad Social en Salud les reconoce, por la organización y garantía de la prestación de servicios incluidos en el POS, un valor que se denomina Unidad de Pago por Capitación (UPC)¹⁵.

¹², Visible folio 5 del cuaderno de antecedentes

¹³ Folio 58 cuaderno N° 1 de antecedentes.

¹⁴ Art. 177 L. 100/93

¹⁵ Art. 182 L. 100/93. Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud.

En esas condiciones, la demandante no recibe ingresos por concepto de UPC como lo argumenta el Municipio ni de eso dan cuenta los actos acusados, en los que, precisamente, acorde con la condición de IPS que ostenta COMFAMILIAR ANDI, se indica como sustento de la modificación de la declaración privada del impuesto, lo siguiente:

*“Que verificada la declaración presentada por el contribuyente, hecha la revisión contable de otros documentos soportes y realizado el cruce de información con la empresa Servicio Occidental de Salud SOS¹⁶, se determinó que el contribuyente debe realizar la respectiva corrección a su liquidación privada de industria y comercio (...). Teniendo en cuenta que se descontaron en el renglón 17-Menos otras deducciones, **los ingresos correspondientes a la Clínica Tequendama los cuales no corresponden a recursos destinados para la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS) sino que son recursos recibidos como IPS, por ello se considera que la IPS no solamente venden los servicios cubiertos por el sistema general de salud, sino que venden otros servicios en salud como los de medicina prepagada, planes complementarios, pólizas, entre otros, (...), por lo que se concluye que dichos recursos no tienen destinación específica y pueden ser gravados**”¹⁷.*

Así pues, la glosa formulada por el Municipio demandado se concretó en que la demandante, en su condición de IPS, no incluyó dentro de la base gravable los ingresos que percibió por servicios prestados por fuera del Plan Obligatorio de Salud (POS) los cuales, considera, son sujetos del impuesto de industria y comercio, argumento que también hizo parte del recurso de apelación al indicar que *“las transacciones de las entidades privadas que presten servicios de salud obligatoria, deben llevar una contabilidad separada en la que se diferencien los recursos por pagos en la prestación de los servicios del POS y los recursos obtenidos por otros servicios complementarios o suplementarios sujetos a gravamen por tratarse de actividades comerciales”*¹⁸

Entonces, la Sala advierte que no son pertinentes al caso ni los argumentos ni las normas referidas a las EPS que hacen parte de la sustentación del recurso de apelación, por cuanto, no corresponden al asunto controvertido.

¹⁶ Esta es la Entidad Promotora de Salud dentro de la cual presta sus servicios la demandante.

¹⁷ Fl. 20 c.p. Liquidación Oficial de Revisión.

¹⁸ Fl. 548 c.p.

Precisado lo anterior, se observa que el tema objeto de debate ha sido analizado recientemente por la Sala¹⁹, razón por la cual procederá a reiterar, en lo pertinente, las consideraciones que han sido expuestas en relación con la **no sujeción** de las clínicas y hospitales al impuesto de industria y comercio, avisos y tableros aun cuando presten servicios no establecidos en el POS²⁰.

En efecto, del artículo 39 numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983 se establece que la no sujeción fue concedida por la ley a las entidades o instituciones constituidas para la prestación de servicios de salud por el solo hecho de tener esa condición sin que el Legislador hubiera hecho alguna precisión en cuanto al origen de los recursos que manejan. Además, el propio Legislador indicó qué tipo de actividades de esas instituciones eran las que podían ser gravadas con el tributo al referirse expresamente en el artículo 11 de la Ley 50 de 1984 a las actividades industriales y comerciales.

El argumento del Municipio de hacer una distinción entre los ingresos recibidos por servicios del Plan Obligatorio de Salud y los que son prestados por fuera de este, así como de exigir que la demandante en su contabilidad diferencie en su contabilidad los ingresos recibidos por concepto de servicios POS y no POS, carece de sustento legal y no se desprende de la normativa que rige el impuesto de industria y comercio para las clínicas y hospitales pues, se reitera, sólo serán gravables las actividades que estas instituciones realicen si son *industriales* y *comerciales*, y sin que por el hecho de tratarse de servicios prestados fuera del POS dejen de tener la condición de “servicios” propios de estas instituciones que es sobre lo que recae la no sujeción al tributo.

En este punto, la Sala precisa que si bien el artículo 49 de la Constitución Política hace referencia a que la salud es un servicio público, no sólo pueden entenderse como integrantes de ese servicio los que se derivan exclusivamente del **Plan Obligatorio de Salud**²¹, conforme a lo establecido por la Ley 100 de 1993.

¹⁹ En la sentencia del 24 de mayo de 2012, Exp. 17914, M.P. Dra. Martha Teresa Briceño de Valencia

²⁰ Sentencias del 2 de marzo de 2001, Expediente 10888, C.P. Dr. Juan Angel Palacio Hincapié, del 10 de junio de 2004, Expediente 13299, C.P. Dra. Elizabeth Whittingham García, del 9 de diciembre del 2004, Expediente 14174, C.P. Dra. Ligia López Díaz, de mayo 5 de 2005, expediente 14442, C.P. Dra. María Inés Ortiz Barbosa, de 13 de octubre de 2005, Exp. 15265, C.P. Dra. Ligia López Díaz, de 7 de febrero de 2008, Exp. 15785, de 10 de abril de 2008, Exp. 16640, M.P. Dra. María Inés Ortiz Barbosa, de 14 de octubre de 2010, Exp. 17926, M.P. Dra. Carmen Teresa Ortiz de Rodríguez y recientemente en la sentencia del 24 de mayo de 2012, Exp. 17914, M.P. Dra. Martha Teresa Briceño de Valencia.

²¹ Decreto. 806/98. Art. 7o. PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, POS. Es el **conjunto básico de servicios de atención en salud** a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Contributivo que cumpla con las obligaciones establecidas para el efecto y que está obligada a garantizar a sus afiliados las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y Entidades Adaptadas, EAS, debidamente autorizadas, por la Superintendencia Nacional de Salud o por el Gobierno Nacional respectivamente, para funcionar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En efecto, la no sujeción dispuesta en la Ley 14 de 1983 no está condicionada a que los servicios prestados correspondan a los contenidos en el POS, pues el beneficio se dirige a no gravar el ingreso que proviene directamente como retribución del servicio de salud que prestan los hospitales y clínicas.

Tampoco puede entenderse que sólo los ingresos que provengan de la prestación de servicios incluidos en el POS sean aquellos a los que se les aplica la no sujeción, para concluir que los ingresos que se perciben por la prestación de servicios de salud no previstos en el POS estarían gravados, por las siguientes razones:

De acuerdo con el artículo 49 de la Constitución Política ya citado, la atención en salud es un servicio a cargo del Estado y a este le corresponde organizar, dirigir y reglamentar *la prestación de servicios de salud* a los habitantes, conforme con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, así como establecer políticas para la prestación de servicios de salud *por entidades privadas* y ejercer su vigilancia y control.

El Legislador, dentro de su libertad de configuración del Sistema Seguridad Social, escogió un modelo en el que concurren el Estado y los particulares para la prestación del servicio público de salud²². En desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Carta, expidió la Ley 100 de 1993, en la que se estableció este principio, así:

ARTÍCULO 8o. CONFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. *El Sistema de Seguridad Social Integral es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la presente ley. (Negritas fuera de texto)*

Sus contenidos son definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud e incluye educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, en los diferentes niveles de complejidad así como el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica.

A través de este plan integral de servicios y con sujeción a lo establecido en el artículo 162 de la Ley 100 de 1993, se debe responder a todos los problemas de salud conforme al manual de intervenciones, actividades y procedimientos y el listado de medicamentos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas podrán incluir el tratamiento con medicinas alternativas autorizadas para su ejercicio en Colombia, de conformidad con su eficacia y seguridad comprobada.

Dcto. 806/98. Art. 13. PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO, POS-S. Es el **conjunto básico de servicios de atención en salud** a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Subsidiado y que están obligadas a garantizar las Entidades Promotoras de Salud, las Empresas Solidarias de Salud y las Cajas de Compensación Familiar debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para administrar los recursos del Régimen Subsidiado.

El contenido del Plan Subsidiado será definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

²² C-615/02

Concretamente en relación con la Seguridad Social en Salud, dentro del esquema de la Ley 100 de 1993, señaló que los objetivos del Sistema de Seguridad Social en Salud “*son regular el **servicio público esencial de salud** y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención*”²³ y dispuso dos formas de acceder al mencionado Sistema, así:²⁴:

1. Como *afiliados*, bien sea al régimen contributivo o subsidiado, a quienes se les presta el servicio público de salud mediante los Planes Obligatorios de Salud expedidos para cada uno de los regímenes antes mencionados.

2. Como *vinculados*, para aquellas personas que no tienen capacidad de pago, pero que mientras acceden al régimen subsidiado, el Estado les ofrece un plan de atención básica en salud²⁵.

A los afiliados al régimen contributivo, la Ley 100 de 1993, además de garantizarles los servicios del POS, ha previsto la posibilidad de que puedan acceder a “*Planes Adicionales de Salud*” (PAS) que permiten mejorar los servicios que reciben del Sistema y que son financiados con recursos propios, tal como lo prevé el artículo 17 del Decreto 806 de 1998, así:

ARTICULO 17. OTROS BENEFICIOS. Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud pueden prestarse beneficios adicionales al conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial en salud, que no corresponde garantizar al Estado bajo los principios de solidaridad y universalidad. Estos beneficios se denominan **Planes Adicionales de Salud y son financiados con cargo exclusivo a los recursos que cancelen los particulares.**

Estos planes serán ofrecidos por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las compañías de medicina prepagada y las aseguradoras. (Negrillas fuera de texto).

²³ Art. 152 Ley 100/93

²⁴ Art. 157 Ley 100/93

²⁵ En efecto, el Sistema de Seguridad Social en Salud ofrece a los afiliados y vinculados, dependiendo cada caso, unos planes definidos en el artículo 3° del Decreto 806 de 1998, así:

Artículo 3°. De los tipos de planes. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud como servicio público esencial existen únicamente los siguientes planes de beneficios:

1. Plan de Atención Básica en Salud, PAB.
2. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, POS.
3. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POSS.
4. Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos.
5. Atención inicial de urgencias.

Ahora bien, los Planes Adicionales de Salud son definidos como el “conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria. El acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los particulares, como un servicio privado de **interés público**, cuya prestación no corresponde prestar al Estado, sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias. (...)”²⁶

De acuerdo con el artículo 169 de la Ley 100 de 1993²⁷, los PAS pueden ser de diferentes tipos:

- **Planes de atención complementaria**²⁸ del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud.
- **Planes de Medicina Prepagada**²⁹, de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.
- **Pólizas de seguros** emitidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera.
- **Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud.**

Todos los anteriores planes tienen en común que su objeto es la **prestación de servicios de salud** y están regulados *dentro* del sistema de seguridad social en salud, como beneficios adicionales al servicio público *esencial* que se garantiza a través del Sistema de Seguridad Social en Salud.

La Corte Constitucional ha señalado que en la prestación del servicio público de salud tienen cabida otros planes que complementan los derechos prestacionales³⁰

²⁶ Art. 18 Dcto. 80/98

²⁷ Norma modificada por el art. 37 de la Ley 1438 de 2011. En su texto original, el artículo 169 de la Ley 100/93 disponía:

ARTÍCULO 169. *Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud*, que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la presente Ley.

PARÁGRAFO. El reajuste del valor de los planes estará sujeto a un régimen de libertad vigilada por parte del Gobierno Nacional.

²⁸ Dcto. 806/98. **Artículo 23.** Planes de Atención Complementaria. Los PAC son aquel conjunto de beneficios que comprende actividades, intervenciones y procedimientos no indispensables ni necesarios para el tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento o la recuperación de la salud o condiciones de atención inherentes a las actividades, intervenciones y procedimientos incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud.

Tendrán uno o varios de los siguientes contenidos:

1. Actividades, intervenciones y procedimientos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud o expresamente excluidos de éste.

2. Una o varias condiciones de atención diferentes que permitan diferenciarlo del POS tales como comodidad y red prestadora de servicios.

Parágrafo. Sólo podrán ofrecerse los contenidos del POS en las mismas condiciones de atención cuando éstos están sometidos a períodos de carencia, exclusivamente durante la vigencia de este período.

²⁹La medicina prepagada, ha sido definida por el Decreto 1486 de 1994, así: El sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme al presente Decreto, para la gestión de la atención médica, y **la prestación de los servicios de salud** y/o atender directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado. (Negrillas fuera de texto).

³⁰ C-331/03

y que aunque se trate de planes adicionales **hacen parte del servicio público de salud**, con fundamento en las siguientes consideraciones³¹:

“En primer lugar, porque aunque se trata de personas jurídicas privadas, éstas participan en la prestación del servicio público de salud,(...). En efecto, esta Corporación ha señalado en varias ocasiones que la medicina prepagada es un plan adicional de atención en salud, y que las empresas dedicadas a la celebración de este tipo de contratos hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de modo que son responsables de la prestación de un servicio público, aunque su esquema de contratación sea voluntario y se rija por las normas del derecho privado.”³²³³

En similar sentido se pronunció en la sentencia T-732 de 1998, así:

“No obstante lo anterior, conforme, también al régimen jurídico colombiano, dentro del sistema general de seguridad social en salud, pueden prestarse otros beneficios adicionales al conjunto de los anteriores planes, a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial en salud, que no corresponde garantizar al Estado, bajo los principios de solidaridad y universalidad. Estos beneficios se denominan "planes adicionales de salud" y son financiados con cargo exclusivo a los recursos que cancelen los particulares, los cuales pueden ser ofrecidos, independientemente, por las EPS, o por las entidades adaptadas e igualmente por las compañías de medicina prepagada o aún por las aseguradoras, según lo dispuesto por el art. 17 del Decreto 806/98, (...)

(...)

En efecto en la sentencia T-307 de 1997 (M.P. Dr. José Gregorio Hernández Galindo), señaló la Corte lo siguiente, a propósito de los criterios de interpretación de tales contratos en relación con los derechos fundamentales:

"Pero los contratos de medicina prepagada, que, según lo visto, tienen por objeto exclusivo la prestación del servicio público de salud, no pueden ser tratados en todos sus aspectos bajo la misma óptica ni dentro de criterios iguales a los que gobiernan las relaciones puramente patrimoniales, ya que en su ejecución están comprometidos, más allá del conmutativo interés convencional y económico, derechos constitucionales fundamentales como la salud, la integridad personal y en especial la vida humana.

(...)

Además, ha sido opinión uniforme de esta Corte el considerar que es necesario preservar en tales negocios jurídicos de medicina prepagada,

³¹ Si bien los pronunciamientos se han hecho con ocasión de acciones de tutela interpuestas contra empresas de medicina prepagada, tal conclusión resulta igualmente aplicable a los demás planes adicionales de salud, señalados en el art. 169 de la Ley 100 de 1993.

³² Ver al respecto las sentencias T-307 de 1997, M.P. José Gregorio Hernández Galindo; T-732 de 1998, M.P. Fabio Morón Díaz; y T-236 de 2003, M.P. Jaime Córdoba Triviño, entre otras.

³³ T-1064/05

como servicios privados de salud pero de interés público (art. 18 Dto. 806 de 1993), un mínimo equilibrio entre los contratantes, (...)"

De la normativa y la jurisprudencia antes transcrita, la Sala advierte que constitucionalmente el servicio público es amplio en cuanto se refiere a la "atención en salud". Sin embargo, el Estado, dentro de sus posibilidades, garantiza a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud una parte de ese servicio que denomina servicio público *esencial* de salud, esto es, unas prestaciones básicas a las que tenga acceso toda la población con el fin de recuperar la salud e impedir el menoscabo de la capacidad económica y así lo reconoce cuando define al POS como "el **conjunto básico de servicios de atención en salud** a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Contributivo que cumpla con las obligaciones establecidas para el efecto (...)"³⁴

No obstante lo anterior, la Carta³⁵ permitió que en la prestación del servicio de salud concurrieran las entidades privadas, con el objeto de ampliar su cobertura y mejorar la calidad, no solo a través de la prestación de los servicios que integran esa parte *esencial* que garantiza el Estado (POS), sino que además puedan intervenir con planes adicionales de salud, estos últimos autorizados dentro del esquema del Sistema de Seguridad Social en Salud y que deben ser regulados por el Estado por hacer parte de un servicio público³⁶.

Precisamente, respecto de la concurrencia a la prestación del servicio de salud y la regulación del Estado, la Corte Constitucional ha indicado:

*"El legislador al diseñar el modelo de seguridad social en salud abrió unos espacios para la concurrencia privada en condiciones de libre competencia, situación que impone un análisis del concepto de libertad económica. La posibilidad que los particulares concurren a la **prestación del servicio de salud en condiciones de competencia económica, no es incompatible con su carácter de interés público y su finalidad eminentemente social, pese a que se trata de sujetos que actúan motivados por intereses privados, que también gozan de la protección de la Constitución. Por otro lado, resulta claro que el ejercicio de la libertad económica y la libre competencia en materia de salud, sólo puede darse dentro del ámbito que el legislador haya previsto***

³⁴ Dcto. 806/98 art. 7°.

³⁵ Art. 49 inciso 2°. C.P.

³⁶ C-736/07. "Ahora bien, de esta reglamentación constitucional, de manera especial de lo afirmado por el artículo 365 cuando indica que los servicios públicos "estarán sometidos al régimen jurídico que fije la ley, podrán ser prestados por el Estado, directa o indirectamente, por comunidades organizadas, o por particulares", la Corte entiende que el constituyente quiso definir que las personas o entidades que asuman la prestación de los servicios públicos tendrán no sólo un régimen jurídico especial, sino también una naturaleza jurídica especial; esta particular naturaleza y reglamentación jurídica encuentra su fundamento en la necesidad de hacer realidad la finalidad social que es definida por la misma Carta como objetivo de la adecuada prestación de los servicios públicos".

para el efecto, y dentro de las rigurosas condiciones de regulación, vigilancia y control que se derivan de la responsabilidad constitucional que el Estado tiene en este sector social.”³⁷

(...)

Cuando nuestra Constitución Política permite que particulares concurren con el Estado a prestar el servicio público de salud, no se está reservando el ejercicio de esta actividad, sino que está delegando en los particulares su prestación. Por ello, en este escenario debe existir la libre competencia y el Estado debe velar porque no se presente obstáculos o limitaciones a la concurrencia de los sujetos económicos por la conquista del mercado; y si estas existen deben ser iguales para todas las personas naturales o jurídicas que tengan la capacidad de prestar el servicio”.

En efecto, uno de los principios del Sistema de Seguridad Social en Salud es el de la *libre escogencia*, que consiste en garantizar a los usuarios libertad en la elección entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud (IPS) dentro de su red en cualquier momento³⁸.

En esa medida, la ley introduce un campo de libre competencia económica³⁹ entre los particulares y el Estado para ofrecer servicios de salud, todo ello con la finalidad de hacer competitivo el mercado y mejorar la calidad y eficiencia del servicio⁴⁰. Entonces, es dentro del mercado de servicios de salud, donde tienen cabida todas las prácticas comerciales legales que pueden implementar los participantes del sector para ofrecer y vender sus servicios, lo cual es aplicable no sólo a la prestación de los previstos en el POS sino además a todos los planes adicionales que la Ley 100 de 1993 ha habilitado para que sean prestados por los particulares y que, como se vio, también hacen parte del servicio público de salud y se sujetan a las normas que sobre competencia rigen para la actividad económica y la iniciativa privada.

En suma, la Sala advierte que los servicios POS son una parte del servicio público de salud, que corresponde a la atención básica que el Estado puede garantizar, sin embargo, existen otros servicios que complementan al POS y que también hacen parte del servicio público de salud y, por tanto, los ingresos que reciben las clínicas y hospitales, por la prestación de esa clase de servicios no están sujetos al impuesto de industria y comercio, pues mantienen la naturaleza de servicios y

³⁷ C-616/01

³⁸ Art. 153-12 L. 100/93

³⁹ Art. 333 C.P.

⁴⁰ C-974/02

no podrían clasificarse como actividades industriales o comerciales, para poder ser gravados.

En esas condiciones, se insiste, no es de recibo el argumento de la Administración Municipal en el sentido de aplicar la no sujeción, dependiendo de que se trate de los recursos con los que se pagan los servicios de salud o si están o no incluidos en el POS, porque el beneficio que en materia de impuesto de industria y comercio prevé la Ley 14 de 1983, abarca de manera general la *actividad de servicios* que prestan los hospitales y clínicas, situación que, a la luz de la normativa vigente en materia de salud mantiene vigencia, en la medida en que, se insiste, la finalidad de la norma fue la de no someter a estas instituciones a obligaciones formales ni sustanciales en materia de ICA, respecto de las actividades de servicios que presten.

Ahora bien, debe integrarse al anterior análisis el artículo 111 de la Ley 788 de 2002⁴¹ y la sentencia C-1040 de 2003 que lo declaró parcialmente inexecutable, por cuanto a ello se hizo referencia no solo en los actos acusados⁴² sino en los argumentos expuestos ante esta jurisdicción. Dicha disposición excluyó de la base gravable del impuesto de industria y comercio los recursos de las entidades integrantes del sistema de seguridad social en salud.

Al respecto, la Sala advierte que la sentencia que analizó la legalidad de dicha norma se concretó en decidir si era constitucional o no que el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 incluyera dentro de la base gravable del ICA un porcentaje de las Unidades de Pago por Capitalización (UPC) que reciben las EPS del régimen subsidiado y contributivo, a pesar de la prohibición prevista en el artículo 48 de la Carta.

En la citada sentencia, la Corte Constitucional declaró inexecutable los apartes demandados de la norma, porque consideró que: *“La Unidad de Pago por Capitalización no puede ser objeto de ningún gravamen pues todos los recursos que la integran, tanto los destinados obligatoriamente a la prestación del servicio de*

⁴¹ **Artículo 111.** En su condición de recursos de la seguridad social, no forman parte de la base gravable del impuesto de industria y comercio, los recursos de las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el porcentaje de la Unidad de Pago Por Capitalización, UPC, destinado obligatoriamente a la prestación de servicios de salud, conforme a su destinación específica, como lo prevé el artículo 48 de la Constitución Política. Este porcentaje será para estos efectos, del ochenta por ciento (80%) en el régimen contributivo y del ochenta y cinco por ciento (85%) de la UPC en el régimen subsidiado. (Apartes subrayados declarados inexecutable por la sentencia C-1040 de 2003).

salud como los administrativos, son de carácter parafiscal en la medida en que están afectos en su totalidad a la prestación de los servicios de seguridad social en salud previstos en el POS”.

En esas condiciones, la Sala advierte que el asunto debatido por la Corte en el fallo en mención, sólo es obligatorio y vinculante en cuanto decidió sobre la inexecutable de los apartes antes indicados y la parte motiva que fundamentó dicha decisión o *ratio decidendi*, es decir, los argumentos que tienen relación directa o nexo causal con la prohibición de incluir las UPC en la base gravable del impuesto de industria y comercio de las entidades integrantes del Sistema de Seguridad Social en Salud⁴³.

Ahora bien, teniendo en cuenta lo anterior, la Sala advierte que en la sentencia C-1040 de 2003, la Corte también señaló lo siguiente:

“16. Es verdad que las EPS tienen derecho a un margen de ganancia por la actividad que desarrollan y a ello no ha sido indiferente la jurisprudencia de la Corte. Tampoco soslaya la Corte el hecho de que dichas entidades desarrollen en forma profesional y habitual actividades comerciales y de servicios que constituyan el hecho generador del impuesto de industria y comercio, conforme a lo dispuesto en el artículo 32 de la Ley 14 de 1983 que regula este tributo en los siguientes términos:

“El impuesto de industria y comercio recaerá, en cuanto a la materia imponible, sobre todas las actividades comerciales, industriales y de servicio que ejerzan o realicen en las respectivas jurisdicciones municipales, directa o indirectamente, por personas naturales, jurídicas o por sociedades de hecho, ya sea que se cumplan en forma permanente u ocasional, en inmuebles determinados, con establecimientos de comercio o sin ellos”.

Sin embargo, la actividad comercial o de servicios de la EPS no puede dar lugar al hecho generador del impuesto de industria y comercio cuando quiera que las mismas comprometen recursos de la Unidad de Pago por Capitación, pues según se explicó, en razón de su carácter parafiscal no constituyen ingresos propios de las EPS, quedando, en consecuencia, excluidos de todo gravamen. Por tanto, solamente habría lugar a aplicar el aludido impuesto sobre la actividad comercial y de servicios de las EPS que compromete recursos que excedan los destinados exclusivamente para prestación del POS, pues son ingresos propios de las EPS sobre los cuales puede recaer el citado gravamen impositivo, sin que se esté vulnerando el artículo 48 Superior.

⁴² Fls. 4 de la Liquidación Oficial de Revisión y de la Resolución que decidió el recurso de reconsideración, objeto de demanda.

⁴³ Art. 48 L.270/96 y Sentencia C-037 de 1996.

17. Las anteriores consideraciones deben hacerse extensivas a las Instituciones Prestadoras de Salud -IPS-, pues en su condición de integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, están encargadas de la prestación de los servicios de salud a los afiliados con base en los recursos del POS que reciben de las EPS. En consecuencia, dichas entidades tampoco están obligadas a cancelar el impuesto de industria y comercio sobre las actividades comerciales y de servicios que comprometan recursos del POS, por tratarse de rentas parafiscales, y solamente lo harán sobre los recursos que no están destinados al POS”.

Como se advierte, las anteriores consideraciones de la sentencia C-1040 de 2003, no guardan relación directa con la decisión adoptada por la Corte, pues no tienen nexo causal con la declaración de inexecutable parcial del artículo 111 de la Ley 788 de 2002 objeto de demanda.

Por consiguiente, dichos argumentos constituyen *obiter dicta* o criterio auxiliar de la actividad judicial, por tanto, no hacen tránsito a cosa juzgada constitucional y no son de obligatorio cumplimiento para los jueces.

Sin embargo, precisa la Sala que la Corte Constitucional llega a la conclusión de que sobre los ingresos provenientes de las *actividades comerciales y de servicios* de las EPS e IPS que *excedan los destinados exclusivamente para prestación del POS*, puede recaer el impuesto de industria y comercio, para lo cual sólo hace referencia al artículo 32 de la Ley 14 de 1983, pero omite un análisis integral de la normativa que en materia de industria y comercio rige para ese tipo de entidades de salud.

En efecto, lo expuesto por la Corte en los apartes 16 y 17 antes transcritos, se sustentan en una norma general del ICA sin hacer referencia a las siguientes normas:

Artículo 39 Ley 14/83:	Señala que está prohibido gravar con este impuesto los hospitales adscritos y vinculados al sistema nacional de salud
Artículo 11 L. 50/84	Hace referencia a la prohibición de gravar a las entidades que menciona el art. 39 num. 2º lit. d) L. 14 de 1983, para indicar que solo serán sujetas

del ICA cuando realicen actividades **comerciales e industriales.**

De acuerdo con lo expuesto, se advierte que los ingresos que fueron adicionados por la demandada y que corresponden a la prestación de servicios de *“medicina prepagada, planes complementarios, pólizas, entre otros”*, no son sujetos del impuesto de industria y comercio pues hacen parte de los servicios de salud que presta la demandante como institución prestadora de salud, sin que se haya demostrado por la Administración la percepción de ingresos por actividades comerciales o industriales.

Lo antes expuesto es suficiente para no dar prosperidad al recurso de apelación interpuesto por el Municipio demandado, por lo tanto, la Sala confirmará la sentencia apelada que anuló los actos acusados.

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley.

F A L L A:

CONFÍRMASE la sentencia del 27 de noviembre de 2009 del Tribunal Administrativo del Valle del Cauca.

RECONÓCESE personería al Doctor Pedro Enrique Sarmiento Pérez como apoderado de la demandante, según poder que obra en el expediente.

Cópiese, notifíquese, devuélvase el expediente al Tribunal de origen y Cúmplase.

La anterior providencia fue estudiada y aprobada en sesión de la fecha.

HUGO FERNANDO BASTIDAS BÁRCENAS
Presidente de la Sección

MARTHA TERESA BRICEÑO DE VALENCIA

WILLIAM GIRALDO GIRALDO

CARMEN TERESA ORTIZ DE RODRIGUEZ

HOSPITALES ADSCRITOS O VINCULADOS AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD – No están gravados con el impuesto de industria y comercio porque antes de la Ley 100 su actividad era de beneficencia o de caridad / HOSPITAL Y CLINICA – La diferencia es irrelevante para efectos del impuesto de industria y comercio / APLICACION DE LA SENTENCIA DE LA CORTE CONSTITUCIONAL – ingresos del sistema de seguridad social que están gravados / INTERPRETACION ERRONEA - artículo 111 de la Ley 788 de 2002 no derogó el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983

Considero que la prohibición de gravar con el impuesto de industria y comercio prevista en la Ley 14 de 1983, a los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud no obedeció a que tales instituciones fueran simplemente parte de ese sistema sino a que, antes de la Ley 100 de 1993, el sistema nacional de salud era una actividad asistencial, de beneficencia o de “caridad”. En efecto, la exención obedeció, en realidad, a que de una parte, el servicio de salud pública no era una actividad industrial, comercial o de servicios, al tenor de la Ley 14 de 1983, sino que era una especie equívoca de función pública a cargo del Estado que se fundamentaba en la asistencia pública. Las entidades que prestaban ese servicio – función no podían estar gravadas con el impuesto de industria y comercio, porque la función pública no era hecho generador de tal impuesto. De otra parte, la exención obedeció a que los servicios de salud pública los venían prestando los particulares, especialmente las entidades privadas de utilidad común, que promovieron la creación de hospitales, asilos, auspicios, orfanatos, casas de reposo, leprocomios, etc, financiados con recursos provenientes del erario (auxilios) o del producido de la explotación de los juegos de suerte y azar, de las loterías, de los impuestos por venta de licores y cigarrillos. De manera que la exención se fundamentó en principios de equidad, justicia social y capacidad contributiva de tales entidades que suplían, en cierta medida, la incapacidad del Estado para prestar los servicios de salud pública. El Estado, simplemente, promovió la incorporación de los privados al sistema nacional de salud. Además, por políticas de control y para garantizar la prestación idónea del servicio público, como era su deber tenía que incorporarlos al sistema de salud reinante en ese tiempo.

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCION CUARTA

SALVAMENTO DE VOTO**Consejero: HUGO FERNANDO BASTIDAS BARCENAS****Radicación número: 76001-23-31-000-2006-03345-01(18502)****Actor: COMFAMILIAR ANDI****Demandado: MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI****Consejera ponente: MARTHA TERESA BRICEÑO DE VALENCIA**

Con el acostumbrado respeto, disiento de la decisión que tomó la sala en la sentencia del 12 de julio de 2012. Esa sentencia confirmó la del 27 de noviembre de 2009, que dictó el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca por la que se declaró la nulidad de los actos administrativos de liquidación del impuesto de industria y comercio que el municipio de Cali le formuló a la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca —COMFAMILIAR ANDI.

La sentencia reiteró la sentencia del 24 de mayo de 2012 que declaró la nulidad de ciertos actos administrativos⁴⁴, por la aparente interpretación errónea del literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 y del artículo 111 de la Ley 788 de 2002, interpretación errónea que habría hecho el Distrito Capital cuando dictó los actos acusados.

Habida cuenta de que en la sentencia del 24 de mayo de 2012 salvé el voto, reitero a continuación los argumentos que expuse para apartarme de esa sentencia y, por ende, de la sentencia del 12 de julio del mismo año.

En la sentencia se dice que, conforme con el correcto entendimiento de esas normas, las empresas que prestan servicios de salud en ejecución de planes complementarios o en virtud de la atención particular de pacientes sin cargo a ningún seguro médico obligatorio no están sujetas al impuesto de industria y comercio. Dijo que la no sujeción se aplicaba en atención a la naturaleza subjetiva (criterio orgánico) de que presta los servicios de salud, conforme con el literal d)

⁴⁴ Los demandados dentro del expediente 25000232700020080011501. NÚMERO INTERNO: 17914. DEMANDANTE: CLÍNICA DE LA MUJER. DEMANDADO: DISTRITO CAPITAL. SENTENCIA: 24 DE MAYO DE 2012. MAGISTRADO PONENTE: MARTHA TERESA BRICEÑO DE VALENCIA.

del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, y al origen de los recursos (criterio material) derivados de la prestación del servicio, conforme con el artículo 111 de la Ley 788 de 2002.

No comparto la decisión que tomó la Sala, por las siguientes razones:

Oposición a los argumentos referidos a la exención del impuesto de industria y comercio en virtud del sujeto que presta los servicios de salud.

El literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 dispone lo siguiente:

“Artículo 39. No obstante lo dispuesto en el artículo anterior, continuarán vigentes:

(...)

2. Las prohibiciones que consagra la Ley 26 de 1904; además, subsisten para los departamentos y municipios las siguientes prohibiciones:

(...)

d) La de gravar con el impuesto de industria y comercio, los establecimientos educativos públicos, las entidades de beneficencia, las culturales y deportivas, los sindicatos, las asociaciones de profesionales y gremiales sin ánimo de lucro, los partidos políticos y **los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud (...)** (negrilla fuera de texto)

La Sala fijó la interpretación de la norma transcrita y concluyó que “en lo que se refiere a *‘los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud’*, la intención del Legislador del año 1983, fue la de no someter a las entidades de salud al cumplimiento de ninguna de las obligaciones sustanciales ni formales relacionadas con el impuesto de industria y comercio.”

La interpretación se fundamentó esencialmente en que, de conformidad con los artículos 4, 5, 7 y 10 de la Ley 10 de 1990, las entidades públicas y privadas del sector salud conformaban y conforman el sistema nacional de salud.

Considero que la prohibición de gravar con el impuesto de industria y comercio prevista en la Ley 14 de 1983, a los hospitales adscritos o vinculados al

sistema nacional de salud no obedeció a que tales instituciones fueran simplemente parte de ese sistema sino a que, antes de la Ley 100 de 1993, el sistema nacional de salud era una actividad asistencial, de beneficencia o de “caridad”.

En efecto, la exención obedeció, en realidad, a que de una parte, el servicio de salud pública no era una actividad industrial, comercial o de servicios, al tenor de la Ley 14 de 1983, sino que era una especie equívoca de función pública⁴⁵ a cargo del Estado que se fundamentaba en la asistencia pública⁴⁶. Las entidades que prestaban ese servicio – función no podían estar gravadas con el impuesto de industria y comercio, porque la función pública no era hecho generador de tal impuesto.

De otra parte, la exención obedeció a que los servicios de salud pública los venían prestando los particulares, especialmente las entidades privadas de utilidad común, que promovieron la creación de hospitales, asilos, auspicios, orfanatos, casas de reposo, leprocomios, etc, financiados con recursos provenientes del erario (auxilios) o del producido de la explotación de los juegos de suerte y azar, de las loterías, de los impuestos por venta de licores y cigarrillos⁴⁷. De manera que

⁴⁵ El servicio público era entendido conforme la noción subjetiva, según la cual, los servicios públicos eran los “prestados” o “realizados” por la Administración Pública” (“La concepción subjetiva, en su inspiración original, Alberto Montaña Plata *“El concepto de servicio público en el derecho administrativo”*. Universidad Externado de Colombia. Segunda Edición. Mayo 2005. Bogotá- Colombia.)

En efecto, antes de la Constitución de 1991, tanto desde el punto de vista orgánico, material o formal⁴⁵ el servicio público era función pública. Desde el punto de vista material: el servicio público es función pública porque atañe a la actividad del Estado ejecutada para satisfacer necesidades de interés público, y sujeta al derecho público. Desde el punto de vista orgánico: el servicio público es función pública en virtud de los órganos públicos que cumplen las tareas de interés general sujetas al derecho público. Y, desde el punto de vista formal: el servicio público es función pública, porque el derecho público tiende a regular toda actividad orientada a la satisfacción de necesidades públicas.

⁴⁶ Acto Legislativo 01 de 1936. Artículo 16. La asistencia pública es función del Estado. Se deberá prestar a quienes careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla de otras personas, estén físicamente incapacitados para trabajar.

La ley determinará la forma como se preste la asistencia y los casos en que deba darla directamente el Estado.

Conforme con el artículo 1 del Decreto Ley 3224 de 1963, la asistencia pública como función del Estado era entendida como la ayuda que éste debe prestar para procurar el bienestar individual, familiar y colectivo, y mediante la prevención y la recuperación de la salud de quienes careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla de otras personas, están incapacitados para trabajar” Cfr. Op. Cit 5.

⁴⁷ “Por iniciativa privada vinieron apareciendo en el país las instituciones de utilidad común, conformadas por fundaciones o corporaciones sin ánimo de lucro, establecidas por particulares que destinan parte de sus bienes a un fin social o a un esfuerzo para realizar actividades de beneficio social y cuya vigilancia ha estado a cargo del Estado.

Las instituciones de utilidad común estuvieron enmarcadas dentro del concepto de asistencia pública, regulado por el Estado conforme a la Ley 93 de 1938, y son todas aquellas entidades creadas por iniciativa privada y pública inicialmente, y sólo las de origen privado con posterioridad a la reforma administrativa de 1968 [3 Álvaro Tafur G. Establecimientos públicos e instituciones de utilidad común, Bogotá, Ministerio de Salud Pública, 1969, pp.47 y ss.; Ley 93 de 1938 y Decreto ley 3130 de 1968], que destinan un patrimonio a una finalidad social sin ánimo de lucro y sobre las cuales el Estado ejerce control y vigilancia, con la finalidad de que sus bienes se mantengan y cumplan el objeto para el cual fueron establecidas [4 Numeral 19 artículo 120, y artículos 36 y 44 C.P. de 1986; numeral 26 artículo 189 y artículo 36 CPC].

De igual manera, a iniciativa de los departamentos y municipios se crearon las Juntas de Beneficencia, encargadas de recaudar recursos con destino a la financiación de las instituciones de asistencia pública y que ayudaron a la construcción y sostenimiento de establecimientos de beneficencia, en los cuales se atendía a personas con necesidades sociales[5 Régimen legal de Loterías, Rifas y Concursos, Federación de Loterías de Colombia —Fedelco—, Ley 64 de 1923, Bogotá, PRAG, 1978, p.3]. Tomado de Leonardo Cañón Ortegón. Una visión Integral de la Seguridad Social. Universidad Externado de Colombia. Volumen I. 2ª edición actualizada. Bogotá, 2007.

la exención se fundamentó en principios de equidad, justicia social y capacidad contributiva de tales entidades que suplían, en cierta medida, la incapacidad del Estado para prestar los servicios de salud pública. El Estado, simplemente, promovió la incorporación de los privados al sistema nacional de salud. Además, por políticas de control y para garantizar la prestación idónea del servicio público, como era su deber tenía que incorporarlos al sistema de salud reinante en ese tiempo.

En efecto, dado que los particulares han prestado de vieja data los servicios de salud pública, incluso desde antes de la entrada en vigencia de la Ley 10 de 1990, el sistema nacional de salud que se adoptó en el año 1975⁴⁸ se gestó, precisamente, a raíz del proceso de fortalecimiento de las instituciones públicas y privadas dedicadas a la prestación de los servicios de asistencia pública y de servicios de salud.

En virtud de ese proceso de fortalecimiento, desde la Ley 12 de 1963 se creó el Plan Hospitalario Nacional, y en 1973, mediante la Ley 12, el Congreso le concedió facultades extraordinarias al ejecutivo para que reorganizara el sistema nacional de salud que había sido definido inicialmente por el Decreto 2470 de 1968.⁴⁹

En ejercicio de esas facultades, el ejecutivo expidió los Decretos 056, 350 y 356 de 1975 que regularon, respectivamente, el sistema nacional de salud; la organización y funcionamiento de los Servicios Seccionales de Salud y de las Unidades Regionales; y el régimen de adscripción y vinculación de las entidades que prestan servicios de salud.

El Decreto 056 de 1975, para efectos del sistema nacional de salud, definió que las entidades adscritas **“como entidades de asistencia pública”** eran todas las personas jurídicas de derecho público que prestaran servicios de salud a la comunidad, recibieran o no aportes del Estado. Y, así mismo, y con el mismo componente de **“asistencia pública”**, eran entidades adscritas, todas las personas jurídicas de derecho privado que prestaran los mismos servicios de

⁴⁸ Leonardo Cañón Ortigón. Una visión Integral de la Seguridad Social. Universidad Externado de Colombia. Volumen I. 2ª edición actualizada

⁴⁹ idem

salud, recibieran o no aportes estatales, y estuvieran o no sometidas al control y la vigilancia que preveía el artículo 120 ordinal 19 de la Constitución Política.⁵⁰

Ahora bien, de conformidad con el Decreto 350 de 1975, el régimen de vinculación aludía a las entidades de derecho privado que prestaran los servicios de salud con ánimo de lucro o sin ánimo de lucro, a efectos de que pudieran ofrecer, auspiciar o iniciar la prestación de servicios de salud a la comunidad, pero con los requisitos que estableciera el Ministerio de Salud Pública [artículo 11]. Adicionalmente, debían suscribir contratos⁵¹ con los organismos o entidades del sistema nacional de salud en el respectivo nivel, para garantizar la implantación del régimen establecido en el mentado decreto.

En cuanto a los hospitales, el artículo 17 del Decreto 352 de 1975 precisó que funcionarían como entidades adscritas o vinculadas al sistema nacional de salud.

Lo expuesto permite reafirmar que la no sujeción del impuesto de industria y comercio a los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud no obedeció a que pertenecieran orgánicamente al sistema nacional de salud, sino a que, esencialmente, el servicio salud pública no era una actividad mercantil, sino un servicio que se asimilaba a una función pública a cargo del Estado, prestada directamente por este, mediante su propia red hospitalaria o la de particulares vinculados y en virtud de contratos administrativos, todo ello en un esquema confuso entre lo que es función pública y servicio público.

Ahora bien, los decretos citados fueron derogados expresamente por la Ley 10 de 1990, que reorganizó el sistema nacional de salud. Sin embargo, esta reforma en nada modificó la no sujeción del impuesto de industria y comercio, pues la reforma aludió, esencialmente, a asuntos de política de salud pública. Además, se ha dicho que este sistema *“prácticamente no se llevó a cabo por la expedición de la Constitución de 1991 y de la Ley 100 de 1993, que ordenó la conformación del Sistema de Seguridad Social Integral, dentro del cual es parte fundamental el Sistema General de Seguridad Social de Salud.”*⁵²

⁵⁰ 20. Ejercer el derecho de inspección y vigilancia **sobre instituciones de utilidad común**, para que sus rentas se conserven y sean debidamente aplicadas, y que en todo lo esencial se cumpla con la voluntad de los fundadores.

⁵¹ En el mismo sentido el artículo 24 de la Ley 10 de 1990

En todo caso, la Ley 10 de 1990 también fundamentaba el sistema nacional de salud en la “asistencia pública” como “función” del Estado [artículo 2].

Ahora bien, la entrada en vigencia de la Constitución Política de 1991 y de la Ley 100 de 1993 incide, a mi juicio, radicalmente en la interpretación del literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 toda vez que, la “asistencia pública” —motor de la prestación de los servicios de salud como una especie de función pública— se reemplazó por los conceptos modernos de seguridad y de protección sociales. El primero como servicio público obligatorio e irrenunciable, y, el segundo, como mecanismo de control de los recursos destinados a la seguridad social.

En efecto, de conformidad con el artículo 48 de la Carta Política, la seguridad social es un servicio público obligatorio e irrenunciable. Como servicio, puede ser prestado por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley y, en todo caso, bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Adicionalmente, la Constitución proscribió la utilización de los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.

Según la doctrina “el modelo de seguridad social colombiana, iniciada a raíz de la expedición de la Ley 100 de 1993 (...) está orientado a la sustitución de los esquemas de asistencia pública, previsión social y seguros sociales obligatorios que vino desarrollando el país durante las últimas cinco décadas.

Con el fin de mejorar los niveles de cobertura de la seguridad social, eliminar las inequidades resultantes del heterogéneo sistema desarrollado en más de medio siglo, tratar de solucionar los problemas de desfinanciación de las instituciones e incorporar elementos para hacer eficiente la prestación de los servicios y beneficios de la seguridad social [19]⁵³, con la expedición de la reforma de la seguridad social se plantea la construcción de un sistema de seguridad social integral, dentro del cual se orienten, coordinen y desarrollen las actividades de seguridad social, cuyas características básicas podrían resumirse de la siguiente forma:

⁵² Idem Op. Cit. 5

⁵³ Cita original: Oscar Rodríguez S. et ál. Estructura y crisis de la seguridad social en Colombia 1946-1992, Bogotá, CID—Universidad Nacional, 1992, p.237.

1. Lograr la cobertura universal en forma progresiva, tanto para la población trabajadora y su familia, a través del aseguramiento obligatorio, como para el resto de la población por medio de subsidios.
2. Unificar los regímenes para hacer más racional y equitativo el sistema en el cubrimiento de las contingencias que afectan la salud y la pérdida de ingreso.
3. Adoptar un sistema mixto de financiación de tipo contributivo para las personas con recursos, y de carácter subsidiario para los grupos más vulnerables de la población, a través de la solidaridad general y del sector productivo.
4. Incorporar elementos de eficiencia en la administración de los servicios y beneficios de la seguridad social, como la libertad de elección, la libre competencia y los estándares mínimos de calidad.
5. La creación de una cultura del seguro, del ahorro, de la prevención, del autocuidado, de la responsabilidad personal, etc, que redunden en la mejor utilización de los recursos de la seguridad social.
6. Reconocer y auspiciar la participación del sector privado y público en la gestión de la seguridad social, bajo la orientación y control del Estado.
7. Tratar de desliar el desarrollo de la seguridad social de la relación laboral que vincule a los trabajadores dependientes de un empleador, con base en los nuevos postulados de la Constitución Política de 1991 (...)"⁵⁴

Para lo que nos interesa, entonces, el nuevo sistema de seguridad social en salud parte de la noción de **servicio público de salud** en sustitución de “los conceptos decimonónicos de asistencia pública y beneficencia”⁵⁵.

La modificación también implicó que los servicios de salud ya no se prestaran por el Estado y por los particulares contratados por aquel, dentro de un esquema de auxilios procedentes del erario o de la caridad de las personas, sino que se prestan como servicio obligatorio e irrenunciable por entidades públicas y privadas y bajo la coordinación y control del Estado, dentro de un esquema de libre competencia y libertad económica.

En efecto, en el contexto actual de servicio público de salud, el sistema general de seguridad social en salud está integrado, entre otros sujetos, por las entidades

⁵⁴ Idem Op. Cit. 5

promotoras de salud en calidad de organismos de administración y financiación y, las instituciones prestadoras de salud, en calidad de prestadoras del servicio público de salud. [artículo 155 de la Ley 100 de 1993].

Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados al sistema de seguridad social en salud y del recaudo de las cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la Ley 100, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de los afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía. [artículo 177 de la Ley 100].

La unidad de pago por capitación (UPC) es el pago que se reconoce a cada entidad promotora de salud por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado. Esta Unidad se establece en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y le corresponde definirla al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud. [artículo 182 de la Ley 100 de 1993]

Estos son los recursos que, al tenor del artículo 48 de la Carta política, solo pueden destinarse para la prestación del servicio público obligatorio de la seguridad social en salud.

Ahora bien, las instituciones prestadoras de salud son aquellas que prestan los servicios de salud, en el nivel de atención correspondiente, a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la Ley 100 de 1993.

A efectos de garantizar la aplicación de los principios que orientan el sistema de seguridad social, las instituciones prestadoras de servicios de salud deben

⁵⁵ Julio Silva Colmenares. "La modernización del Estado, el reto de la calidad y la eficiencia en el servicio de salud y el papel de la Superintendencia Nacional de Salud. Algunas reflexiones para la discusión". Superintendencia de Salud. Ediciones Macondo. 1992.

prestar los servicios de salud conforme con las reglas de la libre competencia y dentro del mercado de servicios de salud.⁵⁶

Dado el esquema de libre competencia que sugiere el nuevo sistema, el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 dispuso lo siguiente:

“ARTÍCULO 111. En su condición de recursos de la seguridad social, no forman parte de la base gravable del impuesto de industria y comercio, los recursos de las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el porcentaje de la Unidad de Pago Por Capitación, UPC, destinado obligatoriamente a la prestación de servicios de salud, conforme a su destinación específica, como lo prevé el artículo 48 de la Constitución Política.

Este porcentaje será para estos efectos, del ochenta por ciento (80%) en el régimen contributivo y del ochenta y cinco por ciento (85%) de la UPC en el régimen subsidiado.”

Considero que fue clarísima la intención del legislador de gravar la utilidad derivada del nuevo mercado de los servicios de salud. Sin embargo, los apartes subrayados de la norma fueron declarados inexecutable por la Corte Constitucional, mediante sentencia C-1040 de 2003, por violación del artículo 48 de la Carta Política, en el entendido de que el 100% de los ingresos que perciben las entidades promotoras de salud por concepto de UPC deben estar destinados a satisfacer el servicio obligatorio de seguridad social en salud.

⁵⁶ **ARTÍCULO 185. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.** Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.

PARÁGRAFO. Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. Es condición para la aplicación del régimen único de tarifas de que trata el Artículo 241 de la presente Ley, adoptar dicho sistema contable. Esta disposición deberá acatarse a más tardar al finalizar el primer año de vigencia de la presente Ley. A partir de esta fecha será de obligatorio cumplimiento para contratar servicios con las Entidades Promotoras de Salud o con las entidades territoriales, según el caso, acreditar la existencia de dicho sistema.

Esas consideraciones las hizo extensivas a los recursos que perciben las instituciones prestadoras de salud, en el entendido de que los servicios que prestan también se pagan con cargo a los recursos de la UPC.⁵⁷

Es importante precisar que la Corte Constitucional, en la sentencia C-1040 de 2003 aclaró que tales instituciones podían ser sujeto pasivo del impuesto de industria y comercio cuando realizaran actividades gravadas.

Es por eso que, en la sentencia del 3 de marzo de 2011⁵⁸ de la cual fui ponente, la Sala concluyó que cuando el literal d) del No. 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 dispone que no están sujetos al impuesto de industria y comercio “...los servicios prestados por los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud”, debe entenderse que en vigencia del actual sistema de seguridad social en salud, el servicio público de salud al que se refiere la norma, es aquel cuya prestación debe garantizar el Estado a través de las instituciones que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral y, especialmente, de las empresas promotoras de salud y de las instituciones prestadoras de servicios de salud, en ambos casos, de naturaleza pública, privada o mixta, pero en desarrollo del plan obligatorio de salud.

Adicionalmente, se dijo que constituye servicio público de salud los prestados en desarrollo de los planes que se ofrezcan en los regímenes especiales a que hace alusión el artículo 279 de la Ley 100 de 1993⁵⁹, y los que se

⁵⁷ En ese sentido se pronunció la Corte Constitucional en sentencia C-1040 de 2003 “17. Las anteriores consideraciones deben hacerse extensivas a las Instituciones Prestadoras de Salud -IPS-, pues en su condición de integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, están encargadas de la prestación de los servicios de salud a los afiliados con base en los recursos del POS que reciben de las EPS. En consecuencia, dichas entidades tampoco están obligadas a cancelar el impuesto de industria y comercio sobre las actividades comerciales y de servicios que comprometan recursos del POS, por tratarse de rentas parafiscales, y solamente lo harán sobre los recursos que no están destinados al POS.”

⁵⁸ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN CUARTA. Consejero ponente: HUGO FERNANDO BASTIDAS BÁRCENAS. Bogotá, D.C., Tres (3) de marzo de dos mil once (2011). Radicación:250002327000200700243-01.Nº Interno: 17459. Demandante: FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL- INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA. Demandado: SECRETARÍA DE HACIENDA-DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS.

⁵⁹ ARTÍCULO 279. EXCEPCIONES. El Sistema Integral de Seguridad Social contenido en la presente Ley no se aplica a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, ni al personal regido por el Decreto ley 1214 de 1990, con excepción de aquel que se vincule a partir de la vigencia de la presente Ley, ni a los miembros no remunerados de las Corporaciones Públicas.

Así mismo, se exceptúa a los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989, cuyas prestaciones a cargo serán compatibles con pensiones o cualquier clase de remuneración. Este Fondo será responsable de la expedición y pago de bonos pensionales en favor de educadores que se retiren del servicio, de conformidad con la reglamentación que para el efecto se expida.

Se exceptúan también, los trabajadores de las empresas que al empezar a regir la presente Ley, estén en concordato preventivo y obligatorio en el cual se hayan pactado sistemas o procedimientos especiales de protección de las pensiones, y mientras dure el respectivo concordato.

Igualmente, el presente régimen de Seguridad Social, no se aplica a los servidores públicos de la Empresa Colombiana de Petróleos, ni a los pensionados de la misma. Quienes con posterioridad a la vigencia de la presente Ley, ingresen a la Empresa Colombiana de Petróleos-Ecopetrol, por vencimiento del término de contratos de concesión o de asociación,

prestan con cargo a los recursos del FOSYGA.⁶⁰

Respecto de los otros ingresos que perciban las IPS por la prestación de servicios de salud, diferentes a los anteriormente establecidos, la Sala concluyó que estaban gravados, porque si bien son servicios que se pueden prestar por instituciones que forman parte del Sistema General de Seguridad Social en salud, se prestan como parte del mercado de servicios de salud, mercado que incluye, de una parte, los servicios prestados de manera obligatoria por ley (POS) o de manera obligatoria, por ejemplo, a instancia de sentencias judiciales y, de otra, los servicios prestados de manera voluntaria y extraordinaria a cambio de una contraprestación por servicios médicos que se prestan en virtud de seguros médicos, planes complementarios salud⁶¹ o por simple arbitrio del cliente, como cuando requiere servicios médicos extraordinarios⁶².

La Sala se apartó de la anterior tesis que ya había adoptado, fundamentalmente por las siguientes razones:

Partió de reiterar la sentencia del 22 de abril de 2004 (Exp.13224), en la que la Sección Cuarta del Consejo de Estado habría dicho que sigue vigente el artículo 5° de la Ley 10 de 1990, “toda vez que *‘el Sistema de Seguridad Social en*

podrán beneficiarse del régimen de Seguridad Social de la misma, mediante la celebración de un acuerdo individual o colectivo, en término de costos, forma de pago y tiempo de servicio, que conduzca a la equivalencia entre el sistema que los ampara en la fecha de su ingreso y el existente en Ecopetrol.

PARÁGRAFO 1o. La empresa y los servidores de que trata el inciso anterior, quedan obligados a efectuar los aportes de solidaridad previstos en esta ley.

Las entidades empleadoras referidas en el presente artículo, quedan facultadas para recibir y expedir los bonos correspondientes a los períodos de vinculación o cotización a que hubiere lugar, de conformidad con la reglamentación que para tal efecto se expida.

(...)

⁶⁰ En sentencia T-760 de 2008, la Corte Constitucional precisó que “(...) Cuando una persona requiere un servicio de salud que no se encuentra incluido dentro del Plan Obligatorio de Servicios, y carece de recursos para cubrir el costo del mismo que le corresponda asumir, las entidades encargadas de asegurar la prestación del servicio (EPS) deben cumplir con su responsabilidad y, en consecuencia, asegurar el acceso a éste. **No obstante, es el Estado quien ha de asumir el costo del servicio, por cuanto le corresponde la obligación de garantizar el goce efectivo del derecho. En tal sentido, la jurisprudencia constitucional y la regulación han reconocido a la entidad aseguradora el derecho de repetir contra el Estado (ver secciones 4.4. y 6.2.), a través del Fosyga.** El adecuado financiamiento de los servicios de salud no contemplados en el POS depende entonces, del correcto flujo de recursos por parte del Estado para cubrir el pago de los recobros que reglamentariamente sean presentados por las entidades que garantizan la prestación del servicio. **En la medida en que tales costos no están presupuestados por el Sistema dentro del monto que recibe la entidad aseguradora de la prestación del servicio de salud por cuenta de cada uno de sus afiliados o beneficiarios (UPC, unidad de pago por capitación), su falta de pago atenta contra la sostenibilidad del sistema, y en tal medida, al acceso a la prestación de los servicios de salud que se requieran con necesidad. Al ser las entidades encargadas de garantizar la prestación del servicio (EPS), o incluso las instituciones prestadoras de salud (IPS), las que suelen asumir los costos de la demora de los pagos de los recobros, se genera además, una presión sobre éstas para dejar de autorizar la prestación de servicios de servicios no contemplados en el POS.** Así pues, en la medida que la capacidad del Sistema de Salud para garantizar el acceso a un servicio de salud depende de la posibilidad de financiarlo sin afectar la sostenibilidad del Sistema, el que no exista un flujo de recursos adecuado para garantizar el acceso a los servicios de salud que se requieran con necesidad, no incluidos dentro de los planes de servicio, obstaculiza el acceso a dichos servicios. (...)

⁶¹ ARTÍCULO 169. PLANES COMPLEMENTARIOS. *Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la presente Ley.*

Salud que desarrolló la Ley 100 de 1993 en nada afecta la no sujeción subjetiva del artículo 39 numeral 2º literal d) de la Ley 14 de 1983, si se tiene en cuenta el criterio teleológico de la norma’.”

Que, “además, el concepto de ‘*Sistema de Salud*’, hoy ‘*Sistema de Seguridad Social en Salud*’, debe ser apreciado en su alcance bajo las consideraciones existentes en la Ley 14 de 1983, que es la fuente normativa remota de la cual surge el beneficio fiscal para las entidades públicas o privadas del sector salud.”

No comparto las conclusiones transcritas por cuanto, reitero, no se puede asimilar la filosofía del Sistema Nacional de Salud de los años ochenta —que era eminentemente asistencial y esquematizado desde una controversial “función pública” — al sistema de Seguridad Social en Salud que previó la Ley 100 de 1993, que es un servicio público obligatorio e irrenunciable, pero que se presta según un modelo de libre mercado, a pesar de que haya un plan obligatorio y una fuerte intervención controladora del Estado.

Además, el artículo 5º de la Ley 10 de 1990 no definió el sistema nacional de salud⁶³. Ese artículo simplemente describió cómo estaba conformado el sector salud⁶⁴, norma que difiere del artículo 8 de la Ley 100 de 1993 que regula la conformación del sistema de seguridad social, ya no como un simple grupo de instituciones públicas o privadas, sino como el conjunto armónico de esas entidades, las normas y procedimientos que las regulan y los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales

⁶² Por ejemplo, cirugías de estética.

⁶³ Lo definió el artículo 4º

⁶⁴ 5o. *Sector Salud*. El sector salud está integrado por:

1) El subsector oficial, al cual pertenecen todas las entidades públicas que dirijan o presten servicios de salud, y específicamente: *Ley 10 de 1990 6/38*

a) Las entidades descentralizadas directas o indirectas del orden nacional;

b) Las entidades descentralizadas directas o indirectas del orden departamental, municipal, distrital o metropolitano o las asociaciones de municipios;

c) Las dependencias directas de la Nación o de las entidades territoriales;

d) Las entidades o instituciones públicas de seguridad social, en lo pertinente a la prestación de servicios de salud, sin modificación alguna de su actual régimen de adscripción;

e) La Superintendencia Nacional de Salud, que a partir de la vigencia de la presente Ley, es un organismo adscrito al Ministerio de Salud, dentro del marco de la autonomía administrativa y financiera que le señala la ley, sin personería jurídica.

2. El subsector privado, conformado por todas las entidades o personas privadas que presten servicio de salud y, específicamente, por:

a) Entidades o instituciones privadas de seguridad social y cajas de compensación familiar, en lo pertinente a la prestación de servicios de salud;

b) Fundaciones o instituciones de utilidad común;

c) Corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro;

d) Personas privadas naturales o jurídicas;

complementarios que se definen en la citada ley. Es incompatible el espíritu y letra de la Ley 10 con el espíritu y letra de la Ley 100.

Entonces, la no sujeción al impuesto de industria y comercio que consagra el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, para “los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud” no dependía de si el artículo 5º de la ley 10 de 1990 estaba derogado o no, como se infiere de la sentencia de la cual me aparto.

Se dijo también en la sentencia que “tampoco sería procedente entender que existe una distinción entre “hospital” a que se refiere la norma de la no sujeción, y “clínica”, pues esta Corporación ha indicado que *“tales expresiones en su sentido natural y obvio vienen a ser sinónimas, toda vez que no tienen una referencia técnica ni ha sido definida especialmente por el legislador, y en cambio, los diccionarios de lenguaje usual y de expresión especializada se refieren indistintamente a ellos como “establecimientos destinados al tratamiento de enfermos.”*⁶⁵.

Discrepo también de esa conclusión toda vez que, claro, el análisis etimológico entre hospital y clínica era irrelevante. Lo relevante era advertir que la intervención privada en la prestación del servicio de salud prevista en la Ley 100 de 1993 es antagónicamente diferente a la intervención privada que se dio en el país con anterioridad a esa ley y que fundamentó, en parte, la organización del sistema nacional en salud en Colombia en esa época, tal como se precisó inicialmente.

Fue de tal envergadura la modificación que hizo la Ley 100 de 1993 que contempló un régimen de transición para la adaptación al nuevo esquema [Título V de la Ley 100 de 1993], que demandaba de las personas jurídicas de derecho privado la acreditación de los requisitos exigidos para constituirse como instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, independientemente de la naturaleza pública o privada y de que el servicio se preste en clínicas o en hospitales en el entendido de que son parte de la infraestructura necesaria que estas instituciones requieren para la prestación del servicio de salud.

⁶⁵ Sentencia de 10 de junio de 2004, Exp. 13299, M.P. Dra. Elizabeth Whittingham García, reiterada en sentencia del 27 de agosto de 2009, Exp. 17126, M.P. Dra. Martha Teresa Briceño de Valencia, entre otras.

Adicionalmente, es fundamental advertir que se pasó de un modelo de actividad privada de carácter asistencial a un modelo de actividad privada basada en la libre competencia y de libertad económica, así haya regulación y control de parte del Estado, lo que es, por lo demás, su obligación.

En el primer modelo, en virtud de los principios de equidad y de justicia, era pertinente exonerar del impuesto de industria y comercio a los prestadores de servicios de salud que hacían asistencialismo y caridad, aunque también esos conceptos bajo esos negocios.

En el segundo modelo, los nuevos operadores ejecutan un servicio público con ánimo de lucro y, por ende, constitutivo del hecho generador del impuesto de industria y comercio. Sin embargo, el artículo 48 de la Carta Política decidió que los recursos de la seguridad social que perciban tales operadores, directamente (EPS) o indirectamente (IPS), no se pueden destinar ni utilizar para fines diferentes a la seguridad social. Por lo tanto, se configura el hecho generador, pero, por disposición constitucional, la base gravable se aminora para gravar con el impuesto de industria y comercio únicamente los recursos que excedan los recursos destinados exclusivamente para la seguridad social, tales como los derivados de los planes complementarios de salud.

De manera que, a mi juicio, no bastaba partir del hecho de que, a fin de cuentas, todos los operadores regulados en la ley 100 de 1993 prestan el servicio público de salud, situación que nadie niega.

Lo que ocurre es que, en materia tributaria es imperioso consultar los principios de justicia, equidad, igualdad y capacidad contributiva que permiten ilustrar el fundamento del beneficio o de la exención regulado en la ley y que, en todo caso, debe encontrar fundamento en la Constitución que consagra como fin último del Estado, entre otros: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución. Es más, todo beneficio o privilegio o descuento tributario es excepcional.

La sentencia de la cual me aparto destaca las sentencias de la Corte Constitucional en las que se ha dicho que “(...) **la prestación del servicio de salud en condiciones de competencia económica, no es incompatible con su carácter de interés público y su finalidad eminentemente social, pese a que se trata de sujetos que actúan motivados por intereses privados, que también gozan de la protección de la Constitución.**” Y, con fundamento en las

mismas, la sentencia reconoce que "(...) dentro del mercado de servicios de salud, (...) tienen cabida todas las prácticas comerciales legales que pueden implementar los participantes del sector para ofrecer y vender sus servicios, lo cual es aplicable no sólo a la prestación de los previstos en el POS sino además a todos los planes adicionales que la Ley 100 de 1993 ha habilitado para que sean prestados por los particulares y que, como se vio, también hacen parte del servicio público de salud y se sujetan a las normas que sobre competencia rigen para la actividad económica y la iniciativa privada." Sin embargo, concluye que esos servicios no son mercantiles⁶⁶.

Personalmente considero que por ser mercantiles tales servicios están gravados, pero, por disposición del artículo 48 de la Constitución Política, sólo están gravados los recursos que excedan los recursos previstos para cubrir el servicio público obligatorio e irrenunciable a la seguridad social en salud.

Fíjese, además, que en la sentencia de la cual me aparto, se deduce un presupuesto de sujeción al impuesto de industria y comercio, cuando el servicio de salud se presta por una institución "*que no pertenezca al sistema de seguridad social integral*".

Esa conclusión viola el derecho de igualdad de los prestadores de servicios de salud y desconoce los principios tributarios antedichos, pues se aparta del argumento principal de la sentencia según el cual, el servicio de salud no deja de serlo, independientemente de quien lo preste, con mayor razón si la Ley 100 de 1993 parte del presupuesto de que todo operador de esos servicios forma parte del sistema de seguridad social en salud y, para el efecto, debe cumplir los requisitos que exige la Ley. El sistema no está concebido para que haya operadores por fuera del mismo, porque está de por medio el ejercicio de una actividad de servicio público de interés general, que exige de la regulación, coordinación y control por parte del Estado, máxime que en esa actividad están de por medio derechos fundamentales.

⁶⁶ En suma, la Sala advierte que los servicios POS son una parte del servicio público de salud, que corresponde a la atención básica que el Estado puede garantizar, sin embargo, existen otros servicios que complementan al POS y que también hacen parte del servicio público de salud y, por tanto, los ingresos que reciben las clínicas y hospitales, por la prestación de esa clase de servicios no están sujetos al impuesto de industria y comercio, pues mantienen la naturaleza de servicios y no podrían clasificarse como actividades industriales o comerciales, para poder ser gravados.

Por las anteriores razones, considero que es errónea la interpretación del literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, a la que se llegó en la sentencia de la cual me aparto.

De la oposición a los argumentos referidos a la exención del impuesto de industria y comercio en consideración al origen de los recursos que se perciben por la prestación de los servicios de salud.

En relación con el origen de los recursos obtenidos por la prestación de servicios de salud, la Sala infirió que el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 se limitó a precisar que los recursos destinados a la seguridad social en salud no pueden ser gravados con el impuesto de industria y comercio. Que esa norma nada dijo sobre la causación del impuesto de industria y comercio por la prestación de servicios de salud que generen recursos adicionales a los destinados a los servicios obligatorios de salud.

La interpretación se fundamentó en el texto literal de la norma. Adicionalmente, la Sala no compartió los argumentos que la Corte Constitucional dijo en la sentencia C-1040 de 2003, respecto de que los recursos adicionales que por servicios de salud perciben las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de salud están gravados con el impuesto de industria y comercio. Adujo que esas afirmaciones las planteó la Corte a título de *obiter dicta* y sin tener en cuenta las normas específicas que regulan el impuesto de industria y comercio.

También concluyó que el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 no había derogado tácitamente el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, pues no advirtió que hubiera incompatibilidad entre las dos disposiciones.

Pues bien, el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 reguló el impuesto de industria y comercio en la prestación de los servicios de salud pública en el siguiente sentido:

“ARTÍCULO 111. <Apartes tachados INEXEQUIBLES> En su condición de recursos de la seguridad social, no forman parte de la base gravable del impuesto de industria y comercio, los recursos de las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ~~en el porcentaje de la~~

~~Unidad de Pago Por Capitalización, UPC, destinado obligatoriamente a la prestación de servicios de salud, conforme a su destinación específica, como lo prevé el artículo 48 de la Constitución Política.~~

~~Este porcentaje será para estos efectos, del ochenta por ciento (80%) en el régimen contributivo y del ochenta y cinco por ciento (85%) de la UPC en el régimen subsidiado~~

El artículo 111 de la Ley 788 de 2002 fue demandado por violación del artículo 48 de la Carta Política. Y la Corte consideró probada esa vulneración, esencialmente porque *“la actividad **comercial o de servicios de la EPS no puede dar lugar al hecho generador del impuesto de industria y comercio cuando quiera que las mismas comprometen recursos de la Unidad de Pago por Capitalización, (...)”***

La Corte Constitucional, previo análisis del nuevo sistema integral de seguridad social, calificó de actividad comercial la que desarrollan las EPS, consideración que hizo extensiva a las IPS. Pero no obstante esa consideración, interpretó que la exención del impuesto de industria y comercio estaba restringida a los recursos destinados a la seguridad social en salud, en virtud de lo dispuesto en el artículo 48 de la Constitución Política.

Consecuente con esa argumentación, interpretó acertadamente que, *“Por tanto, **solamente habría lugar a aplicar el aludido impuesto sobre la actividad comercial y de servicios de las EPS que compromete recursos que excedan los destinados exclusivamente para prestación del POS, pues son ingresos propios de las EPS sobre los cuales puede recaer el citado gravamen impositivo, sin que se esté vulnerando el artículo 48 Superior.”***

Las conclusiones que expuso la Corte Constitucional no fueron dichas a título de obiter dicta, porque para llegar a las mismas partió del hecho de que en el nuevo esquema de seguridad social en salud, los servicios de salud pública se prestan dentro de los postulados de la libre competencia y libertad económica y, por tanto, en la actualidad, tales servicios tienen carácter mercantil. Así estén vinculados a regulaciones de servicio público.

Eso no es de extrañar: la actividad de transporte de personas es un servicio público y, sin embargo, se considera mercantil y sujeta a impuestos. La actividad bancaria es un servicio público y, sin embargo, sujeta a impuesto. Ni la una ni la otra es función pública, pues esto es legislar, dictar sentencias, dictar reglamentos y actos administrativos. Satisfacer necesidades de interés general es servicio público, y no necesariamente a cargo del Estado y siempre bajo su control.

Conforme con la sentencia C-037 de 1996, que citó la Sala en la providencia de la cual me aparto, *“gozan de cosa juzgada implícita los conceptos de la parte motiva que guarden una unidad de sentido con el dispositivo de la sentencia, de tal forma que no se pueda entender éste sin la alusión de aquellos”*.

Guarda unidad de sentido con la parte resolutive de la sentencia de la cual me aparto, que la Corte Constitucional, en la sentencia C-1040 de 2003, haya concluido que están gravados con el impuesto de industria y comercio los servicios de salud pública, pero que están exentos los recursos que se destinen a la seguridad social en salud, en virtud del nuevo esquema dentro del cual se prestan los servicios de salud pública. Por tanto, la sentencia debió dar cumplimiento a la sentencia de la Corte Constitucional.

Por último, lo anteriormente expuesto resulta ilustrativo para concluir que el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 no derogó el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983. Sin embargo, insisto en que la sentencia de la cual me aparto sí interpretó de manera errónea esas normas y, por tanto, discrepo de que se haya calificado de *obiter dicta* las razones que se expusieron en la sentencia de 3 de marzo de 2011⁶⁷ que dictó esta misma sección.

En esta forma dejo expresadas las razones de mi salvamento de voto.

HUGO FERNANDO BASTIDAS BÁRCENAS

⁶⁷ Expediente: 17459, Fundación Cardio Infantil – Instituto de Cardiología.

**Consejo de Estado: Sentencia 18114
del 16 de agosto de 2012 C.P. Marta
Teresa Briceño**

SERVICIOS DE SALUD POR ENTIDADES PRIVADAS - No son gravados con Industria y Comercio por pertenecer el Sistema Nacional de Salud / CLINICAS PRIVADAS FRENTE AL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO - Por hacer parte del Sistema Nacional de Salud no están gravadas con el impuesto / ACTIVIDAD DE SERVICIOS DE SALUD POR CLINICAS PRIVADAS - No está gravada con el impuesto de industria y comercio por tales servicios, con excepción de los industriales y comerciales que realicen / SISTEMA NACIONAL DE SALUD - Las clínicas privadas que pertenecen a él no están gravadas con el impuesto de industria y comercio

El artículo 39 numeral 2) literal d) de la Ley 14 de 1983 prohíbe gravar con el impuesto de industria y comercio, "los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud" Esta es una no sujeción de carácter subjetivo, pues, según el artículo 32 ibídem, son sujetos pasivos del impuesto, las personas naturales, jurídicas y sociedades de hecho. El Sistema Nacional de Salud a que se refiere el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, fue reemplazado en la Ley 10 de 1990 por el "Sistema de Salud". Según el artículo 4° de la Ley 10 de 1990, forman parte, del Sistema "tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, como también en lo pertinente, las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud" El artículo 5° [num 2], en concordancia con el artículo 7 de la misma Ley, dispuso que del sector salud hace parte el subsector privado, que está compuesto por todas las entidades o personas privadas que presten servicios de salud, dentro de las cuales incluyó las fundaciones o instituciones de utilidad común, las corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro y las personas privadas naturales o jurídicas. De acuerdo con las normas en mención, los hospitales hacían parte del Sistema de Salud, así pertenecieran al sector privado, incluidas las fundaciones, corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro o de utilidad común. El criterio expuesto, que se reitera en esta oportunidad, reconoce la vigencia del artículo 5° de la Ley 10 de 1990, en consideración a que, tal como lo precisara la Sala, el Sistema de Seguridad Social en Salud que desarrolló la Ley 100 de 1993 en nada afecta la no sujeción subjetiva del artículo 39 numeral 2° literal d) de la Ley 14 de 1983, si se tiene en cuenta el criterio teleológico de la norma. Además, el concepto de "Sistema de Salud", hoy "Sistema de Seguridad Social en Salud", debe ser apreciado en su alcance bajo las consideraciones existentes en la Ley 14 de 1983, que es la fuente normativa de la cual surge el beneficio fiscal para las entidades públicas o privadas del sector salud. Tampoco es procedente entender que existe una distinción entre "hospital" a que se refiere el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 y "clínica", pues la Sección ha indicado que "tales expresiones en su sentido natural y obvio vienen a ser sinónimas, toda vez que no tienen una referencia técnica ni ha sido definida especialmente por el legislador, y en cambio, los diccionarios de lenguaje usual y de expresión especializada se refieren indistintamente a ellos como "establecimientos destinados al tratamiento de enfermos". Si bien los recursos que perciban las clínicas y hospitales destinados a la prestación del servicio público de salud no son susceptibles de ser gravados con el impuesto de Industria y Comercio, el artículo 11 de la Ley 50 de 1984 prevé que cuando estas entidades realicen actividades industriales o comerciales serán sujetos del impuesto de industria y comercio en lo relativo a tales actividades. Con base en la norma anterior, los recursos provenientes de actividades industriales y comerciales, que no sean propias de las entidades hospitalarias, no quedan cobijados por la no sujeción del artículo 39 numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983. Es decir, que las actividades de servicios que prestan los hospitales en su calidad de tales son las únicas a las que se les puede aplicar la no sujeción creada por el legislador.

NOTA DE RELATORIA: Sobre el impuesto de industria y comercio a las entidades de salud, se reitera sentencia del Consejo de Estado, Sección Cuarta Sección de 2 de marzo de 2001, Rad. 10888, C.P. Juan Angel Palacio Hincapié, del 10 de junio de 2004, Rad. 13299, C.P. Elizabeth Whittingham García, del 9 de diciembre del 2004, Rad. 14174, C.P. Ligia López Díaz, de mayo 5 de 2005, expediente 14442, C.P. María Inés Ortiz Barbosa, de 13 de octubre de 2005, Rad. 15265, C.P. Ligia López Díaz, de 7 de febrero de 2008, Rad. 15785, de 10 de abril de 2008, Rad. 16640, M.P. María Inés Ortiz Barbosa, de 14 de octubre de 2010, Rad.. 17926, M.P. Carmen Teresa Ortiz de Rodríguez.

IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO PARA HOSPITALES Y CLINICAS – No grava los ingresos que se perciban por la prestación del servicio de salud independientemente que provenga del pos / MEDICINA PREPAGADA Y MEDICINA ESPECIALIZADA – Sus ingresos no están gravados con el impuesto de industria y comercio

De acuerdo con el criterio jurisprudencial expuesto, que la Sala ahora reitera, la no sujeción del artículo 39 numeral 2) literal d) de la Ley 14 de 1983 se aplica para las clínicas y hospitales respecto de todos los ingresos que reciban por la prestación del servicio de salud, independientemente de que estén o no incluidos en el POS. La Sala ha precisado que esta no sujeción se encuentra vigente, pues, no fue derogada por el artículo 111 de la Ley 788 de 2002, que prevé una exclusión de la base gravable del impuesto de los recursos de las entidades que integran el Sistema de Seguridad Social en Salud. Lo anterior, porque las dos normas son compatibles y se complementan entre sí, dado que mientras el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 es de carácter subjetivo, pues, establece un beneficio a favor de los hospitales y clínicas, el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 es real, porque excluye de la base gravable del impuesto los recursos de dichas entidades cuando integran el Sistema de Seguridad Social en Salud, o sea, que no están gravados con el impuesto de industria y comercio los recursos que reciben por concepto de los servicios de salud que prestan

FUENTE FORMAL: artículo 39 numeral 2) literal d) de la Ley 14 de 1983

NOTA DE RELATORIA: Con salvamento de voto del doctor Hugo Fernando Bastidas Bárcenas y aclaración de voto del doctor William Giraldo Giraldo

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCION CUARTA

Consejera ponente: MARTHA TERESA BRICEÑO DE VALENCIA

Bogotá D.C., dieciséis (16) de agosto de dos mil doce (2012)

Radicación número: 7600-12-33-1000-2007-01668-01(18114)

Actor: CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S.A.

Demandado: MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI

FALLO

La Sala decide el recurso de apelación interpuesto por el demandado contra la sentencia del 20 de noviembre de 2009 del Tribunal Administrativo del Valle del Cauca.

La parte resolutive del fallo apelado dispuso:

“FALLA:

PRIMERO: “DECLARESE” NO PROBADA la excepción propuesta por la parte demandada.

SEGUNDO: “DECLARESE” LA NULIDAD de la liquidación oficial de revisión # 4131.1.12.6 1446 del 13 de diciembre de 2006, expedida por el Departamento Administrativo de Hacienda del Municipio de Santiago de Cali, Subdirección Administrativa de Impuestos, Rentas y Catastro Municipal.

TERCERO: “DECLARESE” LA NULIDAD de la resolución # 2447 del 25 de octubre de 2007, mediante la cual se resolvió el recurso de reconsideración contra la anterior liquidación, confirmándola en todas sus partes.

CUARTO: Como consecuencia de lo anterior, declárese que no hay lugar a determinar un mayor valor por ICA a cargo de la parte demandante, ni al pago de ningún tipo de recargo (intereses moratorios).

QUINTO: “DECLARESE” en firme la declaración del ICA para el año gravable 2003, presentada por la parte demandante.

(...)”

ANTECEDENTES

El 30 de abril de 2004, el Centro Médico Imbanaco de Cali presentó su declaración del impuesto de industria y comercio por el año gravable 2003, vigencia fiscal 2004, en el que liquidó ingresos brutos anuales por \$73.955.815.000; ingresos no sujetos por \$54.643.646.000; ingresos netos gravables de \$1.317.298.000 y un total saldo a pagar de \$13.013.000.¹

Previos Requerimiento Especial y su respuesta, el Municipio de Cali, mediante Liquidación Oficial de Revisión N° 1446 del 13 de diciembre de 2006, aumentó los ingresos netos gravables a \$41.935.495.000, disminuyó los ingresos no sujetos \$14.025.449.000, fijó un total impuesto de \$314.822.000 y una sanción por inexactitud de \$417.421.000².

¹ Folio 9 c.ppal.

² Folios 18 a 23 c.a.

Contra la anterior decisión, la actora interpuso recurso de reconsideración el 14 de febrero de 2007³, decidido el 25 de octubre del mismo año mediante la Resolución N° 2447, que modificó la liquidación oficial de revisión solo para eliminar la adición de ingresos por diferencia en cambio. Así, fijó un total impuesto de \$314.523.000 y una sanción por inexactitud de \$417.003.000.

DEMANDA

El Centro Médico Imbanaco de Cali S.A., en ejercicio de la acción consagrada en el artículo 85 del Código Contencioso Administrativo, pidió que se anule la liquidación oficial de revisión y la resolución que la modificó. En consecuencia, solicitó que se declare que no hay lugar a la determinación del mayor valor por ICA ni a la sanción por inexactitud; que no hay lugar al pago de intereses de mora sobre el mayor valor de impuesto determinado; que la declaración privada del 2003 está en firme y que se condene en costas al demandado.

Invocó como disposiciones violadas las siguientes:

- Artículos 48, 95 numeral 9° y 363 de la Constitución Política;
- Artículo 39 numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983.
- Artículo 259 numeral 2 del Decreto 1333 de 1986.
- Artículos 154 literal g) y 155 de la Ley 100 de 1993.
- Artículos 2, 3, 35 y 66 del Código Contencioso Administrativo.
- Artículos 647 inciso 6, 683 y 730 numeral 1 del Estatuto Tributario.
- Artículos 75, 98 y 137 numeral 1 del Decreto Municipal 523 de 1999 y
- Artículo 5 del Acuerdo 35 de 1985.

El concepto de violación se sintetiza así:

1. Nulidad de la actuación administrativa por pérdida de fuerza ejecutoria de los actos de liquidación oficial

El Municipio liquidó a la demandante el mayor impuesto con base en el artículo 1 del Acuerdo 57 de 1999 del Concejo de Santiago de Cali que estableció en el 6.6X1000 la tarifa del ICA aplicable a las IPS.

³ Folios 23 a 21 c.ppal

Los actos demandados deben anularse por pérdida de fuerza ejecutoria, debido a que el artículo 1° del Acuerdo N° 057 de 1999 fue anulado parcialmente por el Consejo de Estado en sentencia del 30 de noviembre de 2006, exp. 15608 cuando decidió la nulidad de la expresión “*hospitales, clínicas y similares e IPS*”, por ser contrario a la Ley 14 de 1983.

En la resolución que resolvió el recurso de reconsideración, el Municipio se limitó a señalar que pese a la declaratoria de nulidad, aún podía gravar con el ICA los ingresos por salud percibidos por la demandante (IPS) en cumplimiento de los artículos 1° y 4 del Acuerdo 35 de 1985, 1° del Acuerdo 124 de 1987, del Acuerdo 088 de 2001 y del artículo 1° del Acuerdo 57 de 1999, parcialmente anulado.

En el fallo que declaró la nulidad parcial del artículo 1 del Acuerdo 57 de 1999, el Consejo de Estado precisó que las entidades públicas o privadas que presten servicios de salud no están sujetas al ICA por esa actividad.

El Municipio no reconoció los efectos de la pérdida de fuerza ejecutoria en el caso que ahora se debate, lo que constituye un desacato, pues debe dar cumplimiento al artículo 175 del Código Contencioso Administrativo.

El fallo de nulidad debió aplicarse desde cuando quedó ejecutoriado (18 de diciembre de 2006), pues, no existe situación jurídica consolidada, dado que los actos se expidieron dentro de la vigencia de la norma declarada nula, como lo precisó la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado en Concepto 1672 de 2005.

2. Falsa motivación de los actos que se demandan

El demandado manifestó erróneamente que están gravadas con el Impuesto de Industria y Comercio los ingresos que percibe la demandante por la prestación de servicios de salud que exceden del POS, como los planes de servicios complementarios, medicina prepagada o medicina especializada. Lo anterior, porque son actividades suntuosas o cosméticas.

El criterio del Municipio desconoce la posición reiterada del Consejo de Estado en el sentido de que todos los ingresos por prestación de servicios de salud están excluidos del impuesto según la Ley 14 de 1983⁴.

3. Nulidad de la sanción por inexactitud

Los actos administrativos demandados se encuentran viciados de nulidad por falsa motivación. Por la misma razón, la sanción impuesta en dichos actos también es nula.

En este caso es procedente la existencia de una diferencia de criterios en cuanto al derecho aplicable para la determinación del ICA entre el Municipio y el actor, pues, éste sustentó su posición en la interpretación de las normas aceptadas por el Consejo de Estado. Al respecto, transcribió apartes de la jurisprudencia de la Sección Cuarta.⁵

Además, el actor no incluyó en su declaración ningún dato falso, inexacto o errado.

4. Nulidad de la actuación por incompetencia del funcionario que profirió el requerimiento especial

Tanto el requerimiento especial como los actos administrativos que se demandan fueron proferidos por la Subdirección Administrativa de Impuestos, Rentas y Catastro Municipal del Departamento Administrativo de Hacienda del Municipio.

No obstante, el artículo 98 del Decreto 523 de 1999 establece que los requerimientos especiales deben ser proferidos por el Jefe de la División de Fiscalización y Control de Impuestos y Rentas Municipales, lo que genera nulidad de la liquidación oficial dada la inexistencia del requerimiento especial que la antecede. (Artículos 730 numeral 1 del Estatuto Tributario y 111 y 137 numeral 1 del Decreto 523 de 1996)

El acto que resolvió el recurso de reconsideración es nulo porque el funcionario que expidió la liquidación oficial de revisión fue el mismo que decidió el citado recurso, hecho no autorizado por el procedimiento tributario nacional.

⁴ Entre otras, citó las sentencias de la Sala 15932 y 16130 del 2007.

⁵ Sección Cuarta, sentencias 1761 del 13 de marzo de 1989; 7680 del 27 de junio de 1996; 134101 del 23 de junio de 2005 y 01189 del 6 de abril 2006.

5. Nulidad de los actos administrativos demandados por violación de las normas en que han debido fundarse

Las razones expuestas en los puntos anteriores corroboran que los actos administrativos demandados violan las normas en que han debido fundarse, y, en consecuencia, están viciados de nulidad.

6. Procedencia de la solicitud de condena en costas

El Municipio debe ser condenado en costas porque hizo caso omiso del fallo del 30 de noviembre de 2006, que declaró la nulidad parcial del artículo 1° del Acuerdo 57 de 1999, lo que demuestra que su conducta fue temeraria.

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

El Municipio de Santiago de Cali se opuso a las pretensiones, así:

De acuerdo con las Leyes 383 de 1997 y 788 de 2002, en materia de procedimiento tributario las entidades territoriales del orden municipal deben aplicar lo dispuesto para el efecto en los artículos 702 a 714 del Estatuto Tributario, que señalan los aspectos relativos a la liquidación de revisión y los actos administrativos previos.

Por tal motivo, la Administración Municipal, a través de la Subdirección Administrativa de Impuestos Rentas y Catastro, siguió el procedimiento prescrito en la normativa vigente.

Frente a cada planteamiento de la demandante, sostuvo, en síntesis, lo siguiente:

1. Nulidad de la actuación administrativa por la pérdida de fuerza ejecutoria de los actos demandados

Con ocasión del fallo que declaró la nulidad parcial del artículo 1° del Acuerdo N° 057 de 1999, lo que el Consejo de Estado anuló de forma expresa fueron las expresiones “*hospitales, clínicas y similares e IPS*”. En ningún momento estableció

que la actividad de servicios de salud no está gravada con el impuesto de industria y comercio, en el municipio de Cali. Por lo tanto, los servicios de salud están gravados actualmente con tarifa del 6.6. X1000.

Las EPS reciben unos ingresos parafiscales para asegurar el Plan Obligatorio de Salud a sus afiliados, para lo cual contratan con las IPS, de tal forma que cuando los dineros ingresan a las IPS pierden su procedencia y dejan de ser parafiscales. En consecuencia, son susceptibles de “gravámenes financieros”.

Las IPS son empresas que contribuyen a garantizar la prestación del servicio de salud, razón por la cual tienen la obligación de tributar a partir de sus ganancias o rentas, pues así retroalimentan económicamente el mercado de la salud.

En ningún momento la Administración desconoció los ingresos que se generaron por el POS; tampoco ignoró el fallo del Consejo de Estado; lo que sucede es que las actividades que ejecuta la actora se derivan de otras que sí deben ser gravadas con el impuesto de industria y comercio.

2. Nulidad de la actuación administrativa por indebida o falsa motivación

Los actos demandados están debidamente motivados porque contienen: (i) El sustento o el principio de la causa (legalidad de la norma en que se fundamenta); (ii) La verificación de los antecedentes que se realiza mediante visitas y documentación (certeza objetiva de los hechos); (iii) La debida calificación (apreciación y análisis normativo para tomar la decisión) y (iv) Valoración de los argumentos y pruebas del contribuyente (apreciación razonable de la prueba). Diferente es que al contribuyente no le fueron suficientes las explicaciones dadas por el Municipio.

3. Nulidad de la sanción por inexactitud por indebida o falsa motivación.

No es cierto que la sanción por inexactitud se motivó indebidamente. Ello, porque dio aplicación del artículo 75 del Decreto 0523 de 1999, que la establece.

El actor no puede alegar que se presentó una diferencia de criterios, por el hecho de haber consignado en su declaración hechos y cifras completos, pues, el Estado no puede quedar desprovisto de la potestad de determinar el monto de las obligaciones tributarias, obviamente, dando cumplimiento al debido proceso.

4. Nulidad de la actuación por incompetencia del funcionario que profirió el requerimiento especial

El demandante desconoció la estructura orgánica de la Administración, pues el artículo 7 del Acuerdo 70 de 2000 suprimió las dependencias de varias entidades creadas mediante el Acuerdo 1° de 1996 y las normas que lo complementaron.

En consecuencia, las funciones de la División de Fiscalización y Control de Impuestos Municipales quedaron a cargo de la Subdirección Administrativa de Impuestos y Rentas del Municipio.

5. Nulidad de los actos administrativos demandados por violación de las normas en que han debido fundarse

En ningún momento el demandado guardó silencio frente a los argumentos dados por la parte actora. Prueba de ello es que desde el proceso de fiscalización, determinación y discusión tuvo la oportunidad de controvertir cada una de las actuaciones expedidas por la Administración.

Si bien es cierto la normas contemplan que las IPS, como lo es el actor, están adscritas o vinculadas al Sistema Nacional de Salud y con base en las exenciones o no sujeciones por la calidad del sujeto, que sólo cobijan algunas instituciones prestadoras de salud de carácter público, debe concluirse que las instituciones privadas y que no se encuentran inmersas en ninguna de las condiciones del concepto mencionado, también son sujetos pasivos del impuesto de industria y comercio, y, como tales, deben dar cumplimiento a los deberes sustanciales y formales que la norma tributaria impone.

No todos los recursos de las prestadoras de salud, por la prestación de servicios obligatorios de salud provenientes del régimen subsidiado o contributivo, tienen destinación específica, pues, si ello fuera así, las instituciones prestadoras no podrían recibir pagos por sus servicios, ni generar excedentes, haciendo obligatorio que con recursos propios diferentes, a los recibidos de las EPS, se cubrieran los gastos administrativos.

Para el Municipio era de relevancia que el contribuyente probara que el valor de las deducciones realizadas correspondían a dineros de la seguridad social, para

verificar cuáles efectivamente pertenecían a servicios de salud del plan obligatorio y cuáles no, situación que la actora no tiene clara ya que dentro de sus antecedentes contables tampoco aparecen discriminados.

Debe tenerse en cuenta que los ingresos para pagos de gastos administrativos, distribución de utilidades y excedentes provenientes del POS, no son de destinación específica del sistema de salud y, por ende, son susceptibles del gravamen de industria y comercio.

En ningún momento IMBANACO probó a la Administración que los ingresos corresponden a la prestación de servicios de salud del POS. Por lo tanto, el Municipio no pudo reconocer que la deducción realizada por la actora correspondía a exenciones de dineros de seguridad social.

El demandado se opuso a la condena en costas porque su actuación no fue arbitraria ni temeraria.

Finalmente, propuso como excepción “la innominada”, con el fin de que se declaren de oficio las excepciones que se encuentran probadas.

SENTENCIA APELADA

El Tribunal declaró no probada la “excepción innominada” porque no constituye hecho exceptivo o modificativo alguno. También declaró la nulidad de los actos demandados y, como consecuencia (i) que no hay lugar a determinar un mayor valor por impuesto de industria y comercio, ni al pago de interés moratorios, y (ii) que se encuentra en firme la declaración privada del actor del 2003.

Las razones de la decisión se sintetizan así:

No solamente las entidades de naturaleza pública pertenecen al Sistema Nacional de Salud. Las entidades privadas también forman parte del Sistema, como lo establece el artículo 55 de la Ley 100 de 1993.

La jurisprudencia ha reiterado que las instituciones que se dediquen a la prestación de servicios de salud pertenecen al sistema en mención, hoy llamado Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyos ingresos por este servicio están exentos del pago de ICA⁶.

Además, según la sentencia de 30 de noviembre de 2006 de la Sección Cuarta del Consejo de Estado, no están sujetas al impuesto de industria y comercio las clínicas, hospitales, IPS y asimiladas.

La demandante tiene la calidad de institución prestadora de salud, calidad que no ha sido cuestionada por el Municipio. Por lo tanto, le es aplicable la exención que prevé el literal d del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983.

Contrario a lo expresado por la Administración, la exención del ICA para los ingresos provenientes de los “*servicios de salud*”, no se encuentran limitada a aquellos que provengan del Plan Obligatorio de Salud. Esto es distinto a que la prestación de servicios de salud implique el ejercicio de actividades industriales y comerciales, que sí están gravadas con ICA, según jurisprudencia del Consejo de Estado.

No obstante, es a la Administración a quien corresponde probar cuáles de esos ingresos corresponden a actividades comerciales o industriales para proceder a extender la base gravable, lo cual, según se aprecia de los actos acusados, no se controvertió.

RECURSO DE APELACIÓN

El Municipio impugnó la sentencia por las siguientes razones:

El demandante no probó que dentro de su contabilidad hubiera discriminado sus ingresos en aras a fijar con certeza cuáles de ellos están sujetos a reserva para la prestación y desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como lo establece el artículo 48 de la Constitución Política.

El espíritu del artículo 39 numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983, en armonía con la Ley 100 de 1993 y el artículo 48 de la Constitución Política, es el de no gravar

⁶ Consejo de Estado, Sección Cuarta, sentencias de 12 de mayo de 2005 Exp. 14161 C.P. Juan Ángel Palacio Hincapié y 15265 del 13 de octubre de 2005 C.P. Ligia López Díaz

con el impuesto de industria y comercio los ingresos de las IPS en desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Es inaceptable que el actor aduzca el argumento de la realización de actividades de que trata el artículo 39 de la Ley 14 de 1993, es decir, ejecutados por los *“hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud”* cuando del objeto social se desprende que fue constituido para la explotación de un amplio ramo de negocios, circunstancia ajena a la norma.

Al expedir los actos acusados, el Municipio tuvo en cuenta que la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se compone de recursos destinados a la prestación de servicios de salud previstos en el POS, por lo cual son ingresos exentos del impuesto de industria y comercio, de conformidad con la jurisprudencia y la normativa vigentes.⁷

Las entidades privadas que prestan servicios de salud están obligadas a llevar una contabilidad separada en la que se diferencien los recursos por pagos en la prestación de servicios del POS de los obtenidos por servicios complementarios. La misma obligación la tienen las EPS, según el artículo 182 [parágrafo 1] de la Ley 100 de 1993.

ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

El **actor** reiteró los argumentos de la demanda y precisó lo siguiente:

La prohibición contenida en la Ley 14 de 1983 recae sobre todos los ingresos que se obtienen por la prestación de servicios de salud. En consecuencia, no puede exigirse que en la contabilidad se identifiquen qué ingresos de la salud están gravados con el ICA y cuáles no, como lo sostiene la Administración Municipal.

La discusión no debe centrarse en si la sociedad recibió o no recursos provenientes del POS, por cuanto la prohibición de gravar con ICA a las IPS surgió a partir del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, que fue desconocido por el demandado, y no del artículo 111 de la Ley 788 de 2002, ni de la sentencia de la Corte Constitucional que declaró inexecutable una parte de dicha norma.

⁷ Artículo 48 de la Constitución Política y sentencia C-1040 de 2003 de la Corte Constitucional

La carga de la prueba respecto a la procedencia y desglose de los ingresos para el año 2003 no debe recaer sobre la demandante. No es cierto que el Centro Médico se abstuviera de llevar cuentas separadas y que dedujera ciertos ingresos de la base gravable para la liquidación del impuesto de industria y comercio, pues, el actor se encuentra exento de dicho pago.

Es procedente la condena en costas del demandado, pues, desconoció la línea jurisprudencial del Consejo de Estado y provocó un desgaste administrativo y económico innecesario.

El **municipio de Cali** guardó silencio.

El **Ministerio Público**, solicita confirmar la sentencia de primera instancia, por las razones que siguen:

El Consejo de Estado ha reiterado que los servicios de salud prestados por entidades privadas que hacen parte del Sistema Nacional de Salud, como las clínicas, no están sujetos al impuesto de industria y comercio. En consecuencia, a los municipios le está prohibido gravar tales actividades.⁸

Las actividades que realiza la actora se relacionan directamente con la prestación de servicios de salud, por lo que se encuentra incluida dentro del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud,⁹ y por ello su actividad no está sujeta al impuesto de industria y comercio.

Tal como se precisa en el objeto social del demandante, éste puede ejercer y desarrollar diversas actividades. No obstante, la gran mayoría de las realizadas en el período gravable 2003, fueron adelantadas en desarrollo de su actividad principal, que es la prestación del servicio de salud, como se infiere de la discriminación de ingresos por actividades propias del sector y de la presentación de la declaración privada.

⁸ Consejo de Estado, Sección Cuarta, sentencias de 2 de marzo de 2001, exp 10888; de 10 de junio de 2004, exp 13299 y de 10 de junio de 2004, exp 14174, entre otras.

⁹ *Artículo 155. INTEGRANTES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. El sistema general de seguridad social en salud está integrado por: (...) 3. Las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, mixtas o privadas.*

Existen otros servicios relacionados con la salud que a pesar de no estar cubiertos por el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, sí se consideran servicios en salud, como los servicios de medicina prepagada, planes complementarios, medicina especializada, medicina estética y pólizas, que están exoneradas.

Si la Administración consideraba que en la liquidación privada del actor se omitieron algunas actividades gravadas por el discutido impuesto, le correspondía demostrar cuáles eran esos ingresos y no incluir, de manera general, “todos los ingresos de la sociedad”, para luego excluir presuntamente los relacionados con el POS.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

La Sala decide si se ajustan a derecho los actos por los cuales el municipio de Santiago de Cali modificó la declaración del impuesto de industria y comercio presentada por el actor por el año gravable 2003.

En concreto, precisa si resulta procedente la adición de ingresos gravados, provenientes de la prestación de servicios de salud por parte del demandante, pues, mientras éste sostiene que los ingresos por la prestación de servicios de salud no están sujetos al impuesto de industria y comercio¹⁰, el demandado afirma que es procedente la adición, dado que únicamente están excluidos del tributo, los recursos provenientes del Plan Obligatorio de Salud (POS).

Sobre el particular, la Sala reitera su posición fijada en sentencia de 24 de mayo de 2012, en la cual se retomó el criterio jurisprudencial de la Sección¹¹ y se efectuaron, entre otras, las siguientes precisiones:¹²

1. El artículo 39 numeral 2) literal d) de la Ley 14 de 1983 prohíbe gravar con el impuesto de industria y comercio, “los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud” Esta es una no sujeción de carácter subjetivo, pues, según el

¹⁰ Artículo 39 numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983 y artículo 5 numeral 4 del Acuerdo 35 de 1985 del Concejo de Santiago de Cali.

¹¹ Entre otras, ver sentencias del 2 de marzo de 2001, Expediente 10888, C.P. Dr. Juan Angel Palacio Hincapié, del 10 de junio de 2004, Expediente 13299, C.P. Dra. Elizabeth Whittingham García, del 9 de diciembre del 2004, Expediente 14174, C.P. Dra. Ligia López Díaz, de mayo 5 de 2005, expediente 14442, C.P. Dra. María Inés Ortiz Barbosa, de 13 de octubre de 2005, Exp. 15265, C.P. Dra. Ligia López Díaz, de 7 de febrero de 2008, Exp. 15785, de 10 de abril de 2008, Exp. 16640, M.P. Dra. María Inés Ortiz Barbosa, de 14 de octubre de 2010, Exp. 17926, M.P. Dra. Carmen Teresa Ortiz de Rodríguez.

¹² Expediente 17914, Consejera Ponente Martha Teresa Briceño de Valencia.

artículo 32 ibídem, son sujetos pasivos del impuesto, las personas naturales, jurídicas y sociedades de hecho.

2. El **Sistema Nacional de Salud** a que se refiere el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, fue reemplazado en la Ley 10 de 1990¹³ por el “**Sistema de Salud**”. Según el artículo 4° de la Ley 10 de 1990, forman parte, del Sistema “*tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, como también en lo pertinente, las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud*”

El artículo 5° [num 2], en concordancia con el artículo 7 de la misma Ley, dispuso que del sector salud hace parte el subsector privado, que está compuesto por todas **las entidades o personas privadas** que presten servicios de salud, dentro de las cuales incluyó las fundaciones o instituciones de utilidad común, las corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro y las personas privadas naturales o jurídicas.

De acuerdo con las normas en mención, **los hospitales hacían parte del Sistema de Salud, así pertenecieran al sector privado**, incluidas las fundaciones, corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro o de utilidad común.

En relación con la no sujeción artículo 39 numeral segundo literal d) de la Ley 14 de 1983, en lo que se refiere a “los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud”, la intención del legislador fue la de no someter a las entidades de salud al cumplimiento de ninguna de las obligaciones sustanciales ni formales relacionadas con el impuesto de industria y comercio.

Con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 se reorganizó nuevamente el sector salud, bajo el nombre de “**Sistema de Seguridad Social en Salud**”. En la conformación del Sistema concurren el Gobierno Nacional, el FOSYGA, las Entidades Promotoras de Salud (EPS)¹⁴ y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)¹⁵.

¹³ “Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones”.

¹⁴ El artículo 177 de la Ley 100 de 1993 define las EPS como “las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de solidaridad y garantía...”.

¹⁵ Artículo 156 de la Ley 100 de 1993 prevé que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud son “entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del sistema general de seguridad social en salud, dentro de las promotoras de salud o fuera de ellas...”.

3. El criterio expuesto, que se reitera en esta oportunidad, reconoce la vigencia del artículo 5° de la Ley 10 de 1990, en consideración a que, tal como lo precisara la Sala, el Sistema de Seguridad Social en Salud que desarrolló la Ley 100 de 1993 en nada afecta la no sujeción subjetiva del artículo 39 numeral 2° literal d) de la Ley 14 de 1983, si se tiene en cuenta el criterio teleológico de la norma ¹⁶.

Además, el concepto de “Sistema de Salud”, hoy “Sistema de Seguridad Social en Salud”, debe ser apreciado en su alcance bajo las consideraciones existentes en la Ley 14 de 1983, que es la fuente normativa de la cual surge el beneficio fiscal para las entidades públicas o privadas del sector salud.

4. Tampoco es procedente entender que existe una distinción entre “hospital” a que se refiere el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 y “clínica”, pues la Sección ha indicado que *“tales expresiones en su sentido natural y obvio vienen a ser sinónimas, toda vez que no tienen una referencia técnica ni ha sido definida especialmente por el legislador, y en cambio, los diccionarios de lenguaje usual y de expresión especializada se refieren indistintamente a ellos como “establecimientos destinados al tratamiento de enfermos”*¹⁷.

5. Si bien los recursos que perciban las clínicas y hospitales destinados a la prestación del servicio público de salud no son susceptibles de ser gravados con el impuesto de Industria y Comercio, el artículo 11 de la Ley 50 de 1984 prevé que cuando estas entidades realicen actividades **industriales o comerciales** serán sujetos del impuesto de industria y comercio en lo relativo a tales actividades.

6. Con base en la norma anterior, los recursos provenientes de actividades *industriales y comerciales*, que no sean propias de las entidades hospitalarias, no quedan cobijados por la no sujeción del artículo 39 numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983. Es decir, que las *actividades de servicios* que prestan los hospitales en su calidad de tales son las únicas a las que se les puede aplicar la no sujeción creada por el legislador.

Con base en lo anterior, en la sentencia de 24 de mayo de 2012, exp 17914, la Sala precisó que **carece de fundamento legal sostener que todas las actividades que no sean financiadas con recursos del POS se hallan**

¹⁶ Sentencia de 22 de abril de 2004, Exp.13224, C. P. doctor Germán Ayala Mantilla.

¹⁷ Sentencia de 10 de junio de 2004, Exp. 13299, M.P. Dra. Elizabeth Whittingham García, reiterada en sentencia del 27 de agosto de 2009, Exp. 17126, M.P. Dra. Martha Teresa Briceño de Valencia, entre otras.

gravadas con el impuesto de industria y comercio. Sobre este punto, en la citada sentencia, la Sala sostuvo lo siguiente:

“En efecto, del artículo 39 numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983 se establece que la no sujeción fue concedida por la ley a las entidades o instituciones constituidas para la prestación de servicios de salud por el solo hecho de tener esa condición sin que el Legislador hubiera hecho alguna precisión en cuanto al origen de los recursos que manejan. Además, el propio Legislador indicó qué tipo de actividades de esas instituciones eran las que podían ser gravadas con el tributo al referirse expresamente en el artículo 11 de la Ley 50 de 1984 a las actividades industriales y comerciales.

El argumento de la Administración [...] equivale a convertir automáticamente en actividades comerciales los servicios médicos prestados por fuera del Plan Obligatorio de Salud (POS) cuando ello no se desprende de la normativa que rige el impuesto de industria y comercio para las clínicas y hospitales pues, se reitera, sólo serán gravables las actividades que estas instituciones realicen si son *industriales y comerciales*, y sin que por el hecho de tratarse de servicios prestados fuera del POS dejen de tener la condición de “servicios” propios de estas instituciones que es sobre lo que recae la no sujeción al tributo. (Subraya la Sala)

[...]

Tampoco puede entenderse que sólo los ingresos que provengan de la prestación de servicios incluidos en el POS sean a los que se les aplica la no sujeción para concluir que los ingresos que se perciben por la prestación de servicios de salud no previstos en el POS estarían gravados, por las siguientes razones:

De acuerdo con el artículo 49 de la Constitución Política ya citado, la atención en salud es un servicio a cargo del Estado y a este le corresponde organizar, dirigir y reglamentar *la prestación de servicios de salud* a los habitantes, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, así como establecer políticas para la prestación de servicios de salud *por entidades privadas* y ejercer su vigilancia y control.

El Legislador, dentro de su libertad de configuración del Sistema Seguridad Social, escogió un modelo en el que concurren el Estado y los particulares para la prestación del servicio público de salud¹⁸. En desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Carta, expidió la Ley 100 de 1993, en la que se estableció este principio, así:

ARTÍCULO 8o. CONFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. *El Sistema de Seguridad Social Integral es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la presente ley. (Negritas fuera de texto)*

Concretamente en relación con la Seguridad Social en Salud, dentro del esquema de la Ley 100 de 1993, señaló que los objetivos del Sistema de Seguridad Social en Salud “*son regular el **servicio público esencial de salud** y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los*

¹⁸ C-615/02

niveles de atención¹⁹ y dispuso dos formas de acceder al mencionado Sistema, así:²⁰:

1. Como *afiliados*, bien sea al régimen contributivo o subsidiado, a quienes se les presta el servicio público de salud mediante los Planes Obligatorios de Salud expedidos para cada uno de los regímenes antes mencionados.

2. Como *vinculados*, para aquellas personas que no tienen capacidad de pago, pero que mientras acceden al régimen subsidiado, el Estado les ofrece un plan de atención básica en salud²¹.

A los afiliados al régimen contributivo, la Ley 100 de 1993, además de garantizarles los servicios del POS, ha previsto la posibilidad de que puedan acceder a “*Planes Adicionales de Salud*” (PAS) que permiten mejorar los servicios que reciben del Sistema y que son financiados con recursos propios, tal como lo prevé el artículo 17 del Decreto 806 de 1998, así:

ARTICULO 17. OTROS BENEFICIOS. Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud pueden prestarse beneficios adicionales al conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial en salud, que no corresponde garantizar al Estado bajo los principios de solidaridad y universalidad. Estos beneficios se denominan Planes Adicionales de Salud y son financiados con cargo exclusivo a los recursos que cancelen los particulares.

Estos planes serán ofrecidos por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las compañías de medicina prepagada y las aseguradoras. (Negrillas fuera de texto).

Ahora bien, los Planes Adicionales de Salud son definidos como el “*conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria. El acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los particulares, como un servicio privado de interés público, cuya prestación no corresponde prestar al Estado, sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias. (...)*”²²

De acuerdo con el artículo 169 de la Ley 100 de 1993²³, los PAS pueden ser de diferentes tipos:

- **Planes de atención complementaria²⁴ del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud.**

¹⁹ Art. 152 Ley 100/93

²⁰ Art. 157 Ley 100/93

²¹ En efecto, el Sistema de Seguridad Social en Salud ofrece a los afiliados y vinculados, dependiendo cada caso, unos planes definidos en el artículo 3° del Decreto 806 de 1998, así:

Artículo 3°. De los tipos de planes. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud como servicio público esencial existen únicamente los siguientes planes de beneficios:

1. Plan de Atención Básica en Salud, PAB.
2. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, POS.
3. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POSS.
4. Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos.
5. Atención inicial de urgencias.

²² Art. 18 Dcto. 80/98

²³ Norma modificada por el art. 37 de la Ley 1438 de 2011. En su texto original, el artículo 169 de la Ley 100/93 disponía:

ARTÍCULO 169. *Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la presente Ley.*

PARÁGRAFO. El reajuste del valor de los planes estará sujeto a un régimen de libertad vigilada por parte del Gobierno Nacional.

²⁴ Dcto. 806/98. **Artículo 23.** Planes de Atención Complementaria. Los PAC son aquel conjunto de beneficios que comprende actividades, intervenciones y procedimientos no indispensables ni necesarios para el

- Planes de Medicina Prepagada²⁵, de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.
- Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera.
- Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud.

Todos los anteriores planes tienen en común que su objeto es la **prestación de servicios de salud** y están regulados *dentro* del sistema de seguridad social en salud, como beneficios adicionales al servicio público *esencial* que se garantiza a través del Sistema de Seguridad Social en Salud.

[...]

[...] la Sala advierte que constitucionalmente el servicio público es amplio en cuanto se refiere a la “atención en salud”. Sin embargo, el Estado, dentro de sus posibilidades, garantiza a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud una parte de ese servicio que denomina servicio público *esencial* de salud, esto es, unas prestaciones básicas a las que tenga acceso toda la población con el fin de recuperar la salud e impedir el menoscabo de la capacidad económica y así lo reconoce cuando define al POS como “el **conjunto básico de servicios de atención en salud** a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Contributivo que cumpla con las obligaciones establecidas para el efecto (...)”²⁶

No obstante lo anterior, la Carta²⁷ permitió que en la prestación del servicio de salud concurrieran las entidades privadas, con el objeto de ampliar su cobertura y mejorar la calidad, no solo a través de la prestación de los servicios que integran esa parte *esencial* que garantiza el Estado (POS), sino que además puedan intervenir con planes adicionales de salud, estos últimos autorizados dentro del esquema del Sistema de Seguridad Social en Salud y que deben ser regulados por el Estado por hacer parte de un servicio público²⁸.

[...]

[...] uno de los principios del Sistema de Seguridad Social en Salud es el de la *libre escogencia*, que consiste en garantizar a los usuarios libertad en la elección entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo²⁹.

tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento o la recuperación de la salud o condiciones de atención inherentes a las actividades, intervenciones y procedimientos incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud.

Tendrán uno o varios de los siguientes contenidos:

1. Actividades, intervenciones y procedimientos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud o expresamente excluidos de éste.
2. Una o varias condiciones de atención diferentes que permitan diferenciarlo del POS tales como comodidad y red prestadora de servicios.

Parágrafo. Sólo podrán ofrecerse los contenidos del POS en las mismas condiciones de atención cuando éstos están sometidos a períodos de carencia, exclusivamente durante la vigencia de este período.

²⁵La medicina prepagada, ha sido definida por el Decreto 1486 de 1994, así: El sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme al presente Decreto, para la gestión de la atención médica, y **la prestación de los servicios de salud** y/o atender directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado. (Negrillas fuera de texto).

²⁶ Dcto. 806/98 art. 7º.

²⁷ Art. 49 inciso 2º. C.P.

²⁸ C-736/07. “Ahora bien, de esta reglamentación constitucional, de manera especial de lo afirmado por el artículo 365 cuando indica que los servicios públicos “*estarán sometidos al régimen jurídico que fije la ley, podrán ser prestados por el Estado, directa o indirectamente, por comunidades organizadas, o por particulares*”, la Corte entiende que el constituyente quiso definir que las personas o entidades que asuman la prestación de los servicios públicos tendrán no sólo un régimen jurídico especial, sino también una naturaleza jurídica especial; esta particular naturaleza y reglamentación jurídica encuentra su fundamento en la necesidad de hacer realidad la finalidad social que es definida por la misma Carta como objetivo de la adecuada prestación de los servicios públicos”.

²⁹ Art. 153-12 L. 100/93

En esa medida, la ley introduce un campo de libre competencia económica³⁰ entre los particulares y el Estado para ofrecer servicios de salud, todo ello con la finalidad de hacer competitivo el mercado y mejorar la calidad y eficiencia del servicio³¹. Entonces, es dentro del mercado de servicios de salud, donde tienen cabida todas las prácticas comerciales legales que pueden implementar los participantes del sector para ofrecer y vender sus servicios, lo cual es aplicable no sólo a la prestación de los previstos en el POS sino además a todos los planes adicionales que la Ley 100 de 1993 ha habilitado para que sean prestados por los particulares y que, como se vio, también hacen parte del servicio público de salud y se sujetan a las normas que sobre competencia rigen para la actividad económica y la iniciativa privada.

En suma, la Sala advierte que los servicios POS son una parte del servicio público de salud, que corresponde a la atención básica que el Estado puede garantizar, sin embargo, existen otros servicios que complementan al POS y que también hacen parte del servicio público de salud y, por tanto, los ingresos que reciben las clínicas y hospitales, por la prestación de esa clase de servicios no están sujetos al impuesto de industria y comercio, pues mantienen la naturaleza de servicios y no podrían clasificarse como actividades industriales o comerciales, para poder ser gravados” (Subraya la Sala)

De acuerdo con el criterio jurisprudencial expuesto, que la Sala ahora reitera, la no sujeción del artículo 39 numeral 2) literal d) de la Ley 14 de 1983 se aplica para las clínicas y hospitales respecto de todos los ingresos que reciban por la prestación del servicio de salud, independientemente de que estén o no incluidos en el POS.

La Sala ha precisado que esta no sujeción se encuentra vigente, pues, no fue derogada por el artículo 111 de la Ley 788 de 2002, que prevé una exclusión de la base gravable del impuesto de los recursos de las entidades que integran el Sistema de Seguridad Social en Salud³².

Lo anterior, porque las dos normas son compatibles y se complementan entre sí, dado que mientras el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 es de carácter subjetivo, pues, establece un beneficio a favor de **los hospitales y clínicas**, el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 **es real**, porque excluye de la base gravable del impuesto los recursos de dichas entidades cuando integran el Sistema de Seguridad Social en Salud, o sea, que no están gravados con el impuesto de industria y comercio los recursos que reciben por concepto de los servicios de salud que prestan³³.

³⁰ Art. 333 C.P.

³¹ C-974/02

³² El artículo 111 de la Ley 788 de 2002, después de la declaratoria de inexecutable parcial (sentencia C-1040 de 2003), dispone lo siguiente: “*En su condición de recursos de la seguridad social, no forman parte de la base gravable del impuesto de industria y comercio, los recursos de las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme a su destinación específica, como lo prevé el artículo 48 de la Constitución Política*”.

³³ Sentencia de 24 de mayo de 2012, exp 17914, C.P. Martha Teresa Briceño de Valencia.

En el caso en estudio, de los documentos allegados al expediente, se observa lo siguiente:

- Según certificado del Secretario Departamental de Salud de la Gobernación del Valle del Cauca, el CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S.A. es un prestador de servicios de salud que se halla inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud³⁴.
- De acuerdo con el certificado de existencia y representación legal, el CENTRO MÉDICO IMBANACO tiene previsto dentro de su objeto social principal la prestación de *“servicios profesionales en el campo de la medicina general especializada y quirúrgica, así como la atención profesional hospitalaria de laboratorios científicos y la prestación del servicio en todas las actividades inherentes al ejercicio de la medicina, bajo la explotación del nombre comercial, enseñas comerciales, marcas y lemas comerciales”*³⁵.
- En la declaración del impuesto de industria y comercio del año gravable 2003, el actor incluyó como ingresos por actividades no sujetas, los provenientes de la prestación de servicios de salud³⁶.
- El municipio de Santiago de Cali adicionó como ingresos gravados, **los recibidos por la prestación de servicios de salud distintos al POS**, como los planes de servicios complementarios, medicina prepagada o medicina especializada³⁷. Para el efecto, sostuvo que solo están excluidos del impuesto de industria y comercio los ingresos provenientes del POS, hecho que no fue acreditado por el demandante³⁸.

De acuerdo con los hechos probados y el análisis que antecede, el actor, en su condición de persona jurídica de derecho privado que se dedica a la prestación de servicios de salud, tiene derecho a la exclusión del impuesto de industria y

³⁴ Fl. 7 c.ppal.

³⁵ Folio 4 vto c.ppal

³⁶ Folio 9 c.ppal.

³⁷ Folio 13 c.ppal

³⁸ De los \$54.643.646.000 que el actor declaró como “Otros, deducciones, ingresos por actividades no sujetas”, el municipio incluyó por “ingresos tomados como POS” \$11.873.712.000 y fijó como ingresos gravables \$41.911.856.700 (Folios 11 a 21 y 42 a 48 c.ppal)

comercio por concepto de los ingresos provenientes del servicio de salud, independientemente de que provengan o no del POS.

En efecto, en relación con los planes de servicios complementarios, medicina prepagada y medicina especializada, que no hacen parte del POS, la Sala reitera que según los artículos 39 numeral 2) literal d) de la Ley 14 de 1983 y 5 numeral 4 del Acuerdo 35 de 1985 del municipio de Santiago de Cali, entidades como el CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI no están sujetas al impuesto de industria y comercio respecto de **los ingresos por la prestación de servicios de salud**.

Además, de acuerdo con los preceptos en mención, en concordancia con el artículo 111 de la Ley 788 de 2002, los recursos que reciben entidades como el actor por concepto de los servicios de salud que prestan, no están gravados con el impuesto de industria y comercio.

Por lo anterior, para efectos **del impuesto de industria y comercio**, es indiferente si el actor lleva o no cuentas separadas de los **recursos del POS y de los recursos por los demás servicios de salud**, pues unos y otros están excluidos del tributo.

A su vez, la obligación de llevar cuentas separadas de los recursos de la seguridad social originados en las cotizaciones de los afiliados al sistema respecto del resto de rentas y bienes, está a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), por ser quienes recaudan dichas cotizaciones³⁹. La Ley 100 de 1993 no prevé tal obligación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)⁴⁰.

De otra parte, si bien el demandante tiene previsto dentro de su objeto social el ejercicio de actividades distintas a la prestación de servicios de salud, como la realización de inversiones en campos no relacionados con la salud y el desarrollo y comercialización de software⁴¹, la glosa de la Administración que generó la expedición de los actos objeto de la presente litis se centró en **la obtención de ingresos por servicios de salud distintos al POS**, no por el ejercicio de

³⁹ Artículo 182 [parágrafo] de la Ley 100 de 1993

⁴⁰ No obstante, para garantizar la eficiencia del servicio, las IPS deben contar con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. (art 185 parágrafo Ley 100 de 1993).

⁴¹ Folio 4 vto

actividades industriales o comerciales. Por lo mismo, no procede ningún análisis sobre el particular.

Por último, la Sala mantendrá la decisión de no condenar en costas al demandado, puesto que el actor no impugnó la sentencia de primera instancia para controvertir la referida decisión y los alegatos de conclusión no constituyen una oportunidad adicional para sustentar el recurso de apelación.

Por lo demás, no se advierte que dentro del proceso el Municipio hubiera actuado de manera temeraria o de mala fe, pues, sus intervenciones se efectuaron dentro de los términos procesales y con base en su criterio jurídico debidamente fundado (art 171 del Código Contencioso Administrativo).

Las razones que anteceden son suficientes para confirmar la sentencia apelada.

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

F A L L A

1. CONFÍRMASE la sentencia apelada.

2. RECONÓCESE personería al abogado Pedro Enrique Sarmiento Pérez, como apoderado del demandante⁴².

Cópiese, notifíquese, comuníquese, devuélvase el expediente al Tribunal de origen. Cúmplase.

La anterior providencia se estudió y aprobó en sesión de la fecha.

HUGO FERNANDO BASTIDAS BÁRCENAS
Presidente

MARTHA TERESA BRICEÑO DE VALENCIA

⁴² Folio 430 del c.p.

WILLIAM GIRALDO GIRALDO

CARMEN TERESA ORTIZ DE RODRÍGUEZ

IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO – Grava los ingresos percibidos por los hospitales y clínica cuando prestan servicios por fuera del pos / PLANES COMPLEMENTARIOS – No es obligación del Estado prestarlos. Los ingresos generados por su prestación deben estar gravados con el impuesto de industria y comercio

La Ley 100 de 1993 en su artículo 169 consagra los planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan, con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas por la misma ley. Estos Planes son de carácter opcional y voluntario, se financian con los recursos propios del afiliado o del empleador, y al Estado no le corresponde garantizarlos bajo los principios de solidaridad y universalidad. Los planes complementarios no corresponden a la asistencia en salud que el Estado debe garantizar. En ese sentido no puede decirse que el no contar con ellos “afecte directamente el nivel de vida del pueblo colombiano”, por lo tanto, a los recursos que se obtengan con cargo a estos servicios les es aplicable la regulación general del impuesto de Industria y Comercio. Afirmación que encuentra sustento en la sentencia de la Corte Constitucional C-1040/03.

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCION CUARTA

ACLARACION DE VOTO

Consejero: WILLIAM GIRALDO GIRALDO

Radicación número: 76001-23-31-000-2007-01668-01(18114)

Actor: CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S.A

En ocasión anterior⁴³ me aparte de la decisión mayoritaria de la Sala, respecto de la no sujeción de los hospitales y clínicas al impuesto de Industria y Comercio dispuesta en el artículo 39 numeral 2º literal d) de la

⁴³ Sentencia del 24 de mayo de 2012, C.P. Dra. Martha Teresa Briceño, radicación número: 253000-23-27-000-2008-0011501 (17914) Actor: Clínica de la Mujer.

Ley 14 de 1983⁴⁴ cuando presten servicios de salud no establecidos en el POS. Las razones que me llevaron a disentir del criterio de la Sala fueron las siguientes:

La no sujeción establecida en el artículo 39 numeral 2º literal d) *ib*, según la normativa vigente a la fecha de su expedición, se refería a las entidades que prestarán actividades de asistencia pública en salud.

La Carta Política de 1991 en el artículo 48 señala que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio, que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.

En desarrollo de la norma citada, el gobierno nacional profirió la Ley 100 de 1993, por la cual se creó el Sistema de Seguridad Social Integral, en cuyo libro II reguló lo concerniente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Como “*característica básica*” del Sistema General de Seguridad Social en Salud se señala que todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el Plan Obligatorio de Salud.

La Ley 100 de 1993 en su artículo 169 consagra los planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan, con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas por la misma ley. Estos Planes son de carácter opcional y voluntario, se financian con los recursos propios del afiliado o del empleador, y al Estado no le corresponde garantizarlos bajo los principios de solidaridad y universalidad.

⁴⁴ **Artículo 39º.-** No obstante lo dispuesto en el artículo anterior continuarán vigentes:

2. *Las prohibiciones que consagra la Ley 26 de 1904; además, subsisten para los Departamentos y Municipales las siguientes prohibiciones:*

d) *La de gravar con el impuesto de Industria y Comercio, los establecimientos educativos públicos, las entidades de beneficencia, las culturales y deportivas, los sindicatos, las asociaciones de profesionales y gremiales sin ánimo de lucro, los partidos políticos y los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud.*

Los planes complementarios no corresponden a la asistencia en salud que el Estado debe garantizar. En ese sentido no puede decirse que el no contar con ellos “**afecte directamente el nivel de vida del pueblo colombiano**”⁴⁵, por lo tanto, a los recursos que se obtengan con cargo a estos servicios les es aplicable la regulación general del impuesto de Industria y Comercio. Afirmación que encuentra sustento en la sentencia de la Corte Constitucional C-1040/03.

A pesar de estas consideraciones, acojo la posición adoptada en la Sala del 24 de mayo de 2012⁴⁶, por considerar mas ajustado al derecho a la igualdad el que las decisiones coincidan con el criterio mayoritario.

WILLIAM GIRALDO GIRALDO

Fecha ut supra

⁴⁵ Argumento de la exposición de motivos del artículo 39 numeral 2º literal d) de la Ley 14 de 1983.

⁴⁶ Sentencia dictada en el expediente 17914, con participación de conjuez

**Consejo de Estado: Sentencia 19550 del
6 de diciembre de 2012 C.P.
Martha Teresa Briceño**

VIA GUBERNATIVA - Su agotamiento es presupuesto indispensable para acudir ante la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo en ejercicio de la acción de nulidad y restablecimiento del derecho / AGOTAMIENTO DE LA VIA GUBERNATIVA - Alcance. Finalidad

La Sala ha indicado que el agotamiento de la vía gubernativa, presupuesto procesal de la acción de nulidad y restablecimiento del derecho, consiste, en términos generales, en la necesidad de usar los recursos legales para poder impugnar los actos administrativos. Su finalidad es que la Administración tenga la oportunidad de revisar sus propias decisiones con el objeto de que pueda revocarlas, modificarlas o aclararlas, esto es, que las autoridades administrativas puedan rectificar sus propios errores, antes de que sean objeto de un proceso judicial. En efecto, se ha precisado que “La razón de la exigencia legal del señalado agotamiento deviene del principio llamado de la decisión previa que le permite a la administración antes de acudir al medio judicial, que revise su propios actos y otorga a los administrados una garantía sobre sus derechos al presentar motivos de inconformidad para que sea enmendada la actuación si es del caso, antes de que conozca de ella quien tiene la competencia para juzgarla”. De manera general, conforme al artículo 63 del Código Contencioso Administrativo, la vía gubernativa se entiende agotada cuando contra los actos administrativos no procede ningún recurso (artículo 62 [1]); cuando los recursos interpuestos se hayan decidido (artículo 62 [2]), y cuando el acto administrativo quede en firme por no haber sido interpuestos los recursos de reposición o de queja.

FUENTE FORMAL: CODIGO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO - ARTICULO 62 - ARTICULO 63 / ESTATUTO TRIBUTARIO - ARTICULO 720

NOTA DE RELATORIA: Sobre el tema, en la sentencia se reiteran sentencias del Consejo de Estado, Sección Cuarta de 21 de junio de 2002, Exp. 12382, C.P. Dra. María Inés Ortiz Barbosa y de 25 de marzo de 2010, Exp. 16831, C.P. Dra. Martha Teresa Briceño de Valencia.

AGOTAMIENTO DE LA VIA GUBERNATIVA EN MATERIA TRIBUTARIA - Se agota con el recurso de reconsideración, salvo en el caso previsto en el párrafo del artículo 720 del Estatuto Tributario, esto es, cuando se ha atendido en debida forma el requerimiento especial y aún así se practica liquidación oficial de revisión, evento en el que el contribuyente puede prescindir de ese recurso y acudir directamente a la jurisdicción / REQUERIMIENTO ESPECIAL - Requisitos para que se pueda considerar atendido en debida forma

En materia tributaria, el recurso de reconsideración es el medio de impugnación para agotar la vía gubernativa, sin embargo, el artículo 720 del Estatuto Tributario prevé una excepción sólo tratándose de procedimientos tributarios en los cuales el requerimiento especial es requisito previo del acto definitivo, como es el caso de la liquidación oficial de revisión, donde se permite que se prescinda del recurso de reconsideración y se acuda directamente a la jurisdicción. [...] De la norma transcrita se deduce la posibilidad de que los contribuyentes puedan prescindir del recurso de reconsideración contra la liquidación oficial de revisión y optar por demandarla directamente dentro de los 4 meses siguientes a la notificación de la misma, siempre que se hubiere atendido en debida forma el requerimiento especial. La Sala en reiteradas ocasiones ha precisado que para que pueda entenderse que el requerimiento especial fue “atendido en debida forma”, deben cumplirse los siguientes requisitos: 1) Responderlo dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha de su notificación; 2) Por escrito, de acuerdo con las

prescripciones del artículo 559 del E.T.; 3) Estar suscrito por el contribuyente o por quien tenga la capacidad legal para hacerlo; 4) Contener las objeciones al requerimiento. En el presente caso, el Centro Médico Imbanaco de Cali mediante memorial suscrito por el Represente Legal y radicado el 6 de junio de 2008 ante el ente demandado, contestó oportunamente el requerimiento especial 4131.1.12.6-116 del 9 de abril de 2008, y presentó en ese escrito, los fundamentos fácticos y jurídicos de su oposición en relación con las modificaciones propuestas por la Administración. En ese orden de ideas, para la Sala es claro que el actor atendió en debida forma el requerimiento especial y, por ende, cumplió con el requisito de procedibilidad que establece el parágrafo del artículo 720 del E.T., para demandar directamente la liquidación oficial de revisión, sin haber acudido al recurso de reconsideración.

FUENTE FORMAL: ESTATUTO TRIBUTARIO - ARTICULO 720

NOTA DE RELATORIA: Sobre el tema, en la sentencia se reiteran sentencias del Consejo de Estado, Sección Cuarta de 9 de septiembre de 2004, Exp. 13860, C.P. Dra. Ligia López Díaz; 28 de octubre de 2004, Exp. 13816, C.P. Dr. Juan Ángel Palacio Hincapié; de 4 de noviembre de 2004, Exp. 13818, C.P. Dr. Héctor J. Romero Díaz y 6 de octubre de 2005, Exp. 14581, C.P. Dra. María Inés Ortiz Barbosa.

ENTIDADES DE SALUD - No están sometidas al cumplimiento de ninguna obligación sustancial ni formal relacionada con el impuesto de industria y comercio / SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - Su reorganización en nada afecta la no sujeción subjetiva del artículo 39 numeral 2º literal d) de la Ley 14 de 1983 / HOSPITAL Y CLINICA - No existe diferencia para efectos del impuesto de industria y comercio / SERVICIO PUBLICO DE SALUD - Los ingresos que perciben las clínicas y hospitales por su prestación no pueden ser gravados con el impuesto de industria y comercio / ACTIVIDADES DE SERVICIOS Y COMERCIALES - Los recursos provenientes de estas actividades que no sean propios de las entidades hospitalarias no están cobijados por la no sujeción del artículo 39, numeral 2º, literal d) de la Ley 14 de 1983

Sobre el particular, la Sala reitera su posición fijada en sentencias de 24 de mayo, 16 de agosto y 30 de agosto de 2012, en las cuales se retomó el criterio jurisprudencial de la Sección y se efectuaron, entre otras, las siguientes precisiones: 1. El artículo 39 numeral 2) literal d) de la Ley 14 de 1983 prohíbe gravar con el impuesto de industria y comercio, “los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud” Esta es una no sujeción de carácter subjetivo, pues, según el artículo 32 ibídem, son sujetos pasivos del impuesto, las personas naturales, jurídicas y sociedades de hecho; 2. El Sistema Nacional de Salud a que se refiere el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, fue reemplazado en la Ley 10 de 1990 por el “Sistema de Salud”. Según el artículo 4º de la Ley 10 de 1990, forman parte, del Sistema “tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, como también en lo pertinente, las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud”. El artículo 5º [num 2], en concordancia con el artículo 7 de la misma Ley, dispuso que del sector salud hace parte el subsector privado, que está compuesto por todas las entidades o personas privadas que presten servicios de salud, dentro de las cuales incluyó las fundaciones o instituciones de utilidad común, las corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro y las personas privadas naturales o jurídicas. De acuerdo con las normas en mención, los hospitales hacían parte del Sistema de Salud, así pertenecieran al sector privado, incluidas las fundaciones, corporaciones y

asociaciones sin ánimo de lucro o de utilidad común. En relación con la no sujeción artículo 39 numeral segundo literal d) de la Ley 14 de 1983, en lo que se refiere a “los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud”, la intención del legislador fue la de no someter a las entidades de salud al cumplimiento de ninguna de las obligaciones sustanciales ni formales relacionadas con el impuesto de industria y comercio. Con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 se reorganizó nuevamente el sector salud, bajo el nombre de “Sistema de Seguridad Social en Salud”. En la conformación del Sistema concurren el Gobierno Nacional, el FOSYGA, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS); 3. El criterio expuesto, que se reitera en esta oportunidad, reconoce la vigencia del artículo 5° de la Ley 10 de 1990, en consideración a que, tal como lo precisara la Sala, el Sistema de Seguridad Social en Salud que desarrolló la Ley 100 de 1993 en nada afecta la no sujeción subjetiva del artículo 39 numeral 2° literal d) de la Ley 14 de 1983, si se tiene en cuenta el criterio teleológico de la norma. Además, el concepto de “Sistema de Salud”, hoy “Sistema de Seguridad Social en Salud”, debe ser apreciado en su alcance bajo las consideraciones existentes en la Ley 14 de 1983, que es la fuente normativa de la cual surge el beneficio fiscal para las entidades públicas o privadas del sector salud; 4. Tampoco es procedente entender que existe una distinción entre “hospital” a que se refiere el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 y “clínica”, pues la Sección ha indicado que “tales expresiones en su sentido natural y obvio vienen a ser sinónimas, toda vez que no tienen una referencia técnica ni ha sido definida especialmente por el legislador, y en cambio, los diccionarios de lenguaje usual y de expresión especializada se refieren indistintamente a ellos como “establecimientos destinados al tratamiento de enfermos”; 5. Si bien los recursos que perciban las clínicas y hospitales destinados a la prestación del servicio público de salud no son susceptibles de ser gravados con el impuesto de Industria y Comercio, el artículo 11 de la Ley 50 de 1984 prevé que cuando estas entidades realicen actividades industriales o comerciales serán sujetos del impuesto de industria y comercio en lo relativo a tales actividades; 6. Con base en la norma anterior, los recursos provenientes de actividades industriales y comerciales, que no sean propias de las entidades hospitalarias, no quedan cobijados por la no sujeción del artículo 39 numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983. Es decir, que las actividades de servicios que prestan los hospitales en su calidad de tales son las únicas a las que se les puede aplicar la no sujeción creada por el legislador.

FUENTE FORMAL: LEY 14 DE 1983 - ARTICULO 39, NUMERAL 2, LITERAL D / LEY 50 DE 1984 - ARTICULO 11 / LEY 10 DE 1990 - ARTICULO 4; ARTICULO 5, NUMERAL 2; ARTICULO 7

NOTA DE RELATORIA: Sobre la no sujeción de las clínicas y hospitales al impuesto de industria y comercio, avisos y tableros se reiteran sentencias del Consejo de Estado, Sección Cuarta de 2 de marzo de 2001, Exp. 10888, C.P. Dr. Juan Ángel Palacio Hincapié; 10 de junio de 2004, Exp. 13299, C.P. Dra. Elizabeth Whittingham García; 9 de diciembre del 2004, Exp. 14174, C.P. Dra. Ligia López Díaz; 5 de mayo de 2005, Exp. 14442, C.P. Dra. María Inés Ortiz Barbosa; 13 de octubre de 2005, Exp. 15265, C.P. Dra. Ligia López Díaz; 7 de febrero de 2008, Exp. 15785; 10 de abril de 2008, Exp. 16640, C.P. María Inés Ortiz Barbosa; 14 de octubre de 2010, Exp. 17926, C.P. Dra. Carmen Teresa Ortiz de Rodríguez; 24 de mayo de 2012, Exp. 17914; 16 de agosto de 2012, Exp. 18656, C.P. Dra. Martha Teresa Briceño de Valencia y 30 de agosto de 2012, Exp. 18656, C.P. Dr. William Giraldo Giraldo.

INGRESOS POR SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS POR CLINICAS Y HOSPITALES - No están sujetos al impuesto de industria y comercio, independientemente de que los servicios estén o no incluidos en el POS / INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS)- No están obligadas a llevar cuentas separadas de los recursos de la seguridad social ocasionados en cotizaciones de los afiliados respecto del resto de rentas y bienes, pues, ese deber está a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS)

“En suma, la Sala advierte que los servicios POS son una parte del servicio público de salud, que corresponde a la atención básica que el Estado puede garantizar, sin embargo, existen otros servicios que complementan al POS y que también hacen parte del servicio público de salud y, por tanto, los ingresos que reciben las clínicas y hospitales, por la prestación de esa clase de servicios no están sujetos al impuesto de industria y comercio, pues mantienen la naturaleza de servicios y no podrían clasificarse como actividades industriales o comerciales, para poder ser gravados” (Subraya la Sala). De acuerdo con el criterio jurisprudencial expuesto, que la Sala ahora reitera, la no sujeción del artículo 39 numeral 2) literal d) de la Ley 14 de 1983 se aplica para las clínicas y hospitales respecto de todos los ingresos que reciban por la prestación del servicio de salud, independientemente de que estén o no incluidos en el POS. La Sala ha precisado que esta no sujeción se encuentra vigente, pues, no fue derogada por el artículo 111 de la Ley 788 de 2002, que prevé una exclusión de la base gravable del impuesto de los recursos de las entidades que integran el Sistema de Seguridad Social en Salud. Lo anterior, porque las dos normas son compatibles y se complementan entre sí, dado que mientras el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 es de carácter subjetivo, pues, establece un beneficio a favor de los hospitales y clínicas, el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 es de carácter real, porque excluye de la base gravable del impuesto los recursos de dichas entidades cuando integran el Sistema de Seguridad Social en Salud, o sea, que no están gravados con el impuesto de industria y comercio los recursos que reciben por concepto de los servicios de salud que prestan. [...] La no sujeción prevista en el artículo 39 numeral 2º literal d) de la Ley 14 de 1983 y regulada a nivel local mediante el artículo 5º numeral 4 del Acuerdo 35 de 1985 del Municipio de Santiago de Cali, se reitera, es aplicable a las clínicas y hospitales por concepto de recursos de la prestación de los servicios de salud, independientemente de que provengan del Plan Obligatorio de Salud o de los planes de servicios complementarios, medicina prepagada y medicina especializada. Además, no son de recibo los argumentos del demandado en el cobro del impuesto de industria y comercio, dado que el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 dispuso expresamente que los recursos que reciben entidades como el actor por concepto de los servicios de salud que prestan, no están gravados con el impuesto de industria y comercio. De lo anterior se deduce, que no es necesaria la exigencia al demandante de llevar cuentas separadas de los recursos del POS y de los servicios complementarios, en la medida en que todos los ingresos provenientes de los servicios de salud están excluidos del tributo. En efecto, la obligación de llevar cuentas separadas de los recursos de la seguridad social originados en las cotizaciones de los afiliados al sistema respecto del resto de rentas y bienes, está a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), por ser quienes recaudan dichas cotizaciones, pues, la Ley 100 de 1993 no previó tal obligación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

FUENTE FORMAL: LEY 14 DE 1983 - ARTICULO 39, NUMERAL 2, LITERAL D / LEY 100 DE 1993 - ARTICULO 182, ARTICULO 185 / LEY 788 DE 2002 - ARTICULO 111

CONSEJO DE ESTADO
SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
SECCION CUARTA

Consejero ponente: MARTHA TERESA BRICEÑO DE VALENCIA

Bogotá, D. C., seis (6) de diciembre de dos mil doce (2012)

Radicación número: 76001-23-31-000-2009-00378-01(19550)

Actor: CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S.A.

Demandado: MUNICIPIO DE CALI – DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE HACIENDA MUNICIPAL

FALLO

La Sala decide el recurso de apelación interpuesto por el demandado contra la sentencia del 3 de febrero de 2012 del Tribunal Administrativo del Valle del Cauca.

La parte resolutive del fallo apelado dispuso:

“FALLA:

1. **DECLARAR** la nulidad total de la Liquidación Oficial de Revisión # 4131.1.1.12.6 – 3576265 del 26 de noviembre de 2008, proferida por la Subdirección Administrativa de Impuestos y Rentas Municipales del Departamento Administrativo de Hacienda del Municipio de Santiago de Cali, respecto de la declaración de impuesto de industria y comercio presentada por CMI por el año gravable 2005.
2. Como consecuencia de la anterior declaración, a título de restablecimiento del derecho, **DECLÁRESE** que no hay lugar a la determinación de un mayor valor por Impuesto de Industria y Comercio ni a la imposición de la sanción por inexactitud a cargo del Centro Médico Imbanaco S.A., así como tampoco a ningún tipo de recargo sobre el mayor valor del impuesto determinado por el año gravable 2005, respecto de la declaración del ICA.
3. **DECLÁRESE**, que la declaración del impuesto de industria y comercio presentada por CMI en el Municipio de Cali por el año gravable 2005 está en firme y se **ORDÉNESE (SIC)** al Municipio de Santiago de Cali, el archivo del expediente que por éste asunto se haya abierto en contra del Centro Médico Imbanaco S.A.
4. **DECLÁRESE** no probada la excepción propuesta por la entidad demandada. (...)¹

¹ Folio 356 c.p.

ANTECEDENTES

El 16 de abril de 2006, el Centro Médico Imbanaco de Cali presentó su declaración del impuesto de industria y comercio por el año gravable 2005, vigencia fiscal 2006, en el que liquidó ingresos brutos anuales por \$117.750.118.000; devoluciones por \$25.595.194.000; ingresos no sujetos por \$87.612.657.000; ingresos netos gravables de \$4.542.267.000 y un total saldo a pagar de \$44.280.000.²

Previos Requerimiento Especial³ y su respuesta oportuna⁴, el Municipio de Cali, mediante Liquidación Oficial de Revisión 4131.1.12.6 - 3576265 del 26 de noviembre de 2008, aumentó los ingresos netos gravables a \$49.413.077.000, disminuyó los ingresos no sujetos en \$42.741.847.000, fijó un total impuesto de \$319.496.000 y una sanción por inexactitud de \$447.294.000⁵.

DEMANDA

El Centro Médico Imbanaco de Cali S.A., en ejercicio de la acción consagrada en el artículo 85 del Código Contencioso Administrativo, pidió que se anule la liquidación oficial de revisión. En consecuencia, solicitó que se declare que no hay lugar a la determinación del mayor valor por ICA ni a la sanción por inexactitud; que no hay lugar al pago de intereses de mora sobre el mayor valor de impuesto determinado; que la declaración privada del 2005 está en firme y que se condene en costas al demandado.

Invocó como disposiciones violadas las siguientes:

- Artículos 48, 95 numeral 9° y 363 de la Constitución Política.
- Artículo 39 numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983.
- Artículo 259 numeral 2 del Decreto 1333 de 1986.
- Artículos 154 literal g) y 155 de la Ley 100 de 1993.
- Artículos 2, 3, 35 y 66 del Código Contencioso Administrativo.
- Artículos 647 inciso 6, 683, 714 y 730 numeral 1, 2 y 3 del Estatuto Tributario.

² Folio 11 c.p.

³ Folios 13 a 16 c.p.

⁴ Folios 18 a 31 c.p.

⁵ Folios 33 a 37 c.p.

- Artículos 75, 98, 100 y 137 numeral 1 del Decreto Municipal 523 de 1999.

El concepto de violación se sintetiza así:

1. Ilegalidad de los actos de liquidación oficial – Desconocimiento de la sentencia de nulidad del 30 de noviembre de 2006

El Municipio liquidó a la demandante el mayor impuesto con base en el artículo 1º del Acuerdo 57 de 1999 del Concejo de Santiago de Cali que estableció en el 6.6X1000 la tarifa del ICA aplicable a las Instituciones Prestadores del Servicio (IPS).

Los actos demandados deben anularse por pérdida de fuerza ejecutoria, debido a que el artículo 1º del Acuerdo 057 de 1999 fue anulado parcialmente por el Consejo de Estado en sentencia del 30 de noviembre de 2006, exp. 15608, cuando decidió declarar la nulidad de la expresión “*hospitales, clínicas y similares e IPS*”, por ser contrario a la Ley 14 de 1983.

En la resolución mediante la cual profirió la Liquidación Oficial de Revisión, el Municipio se limitó a señalar que pese a la declaratoria de nulidad, aún podía gravar con el ICA los ingresos por salud percibidos por la demandante (IPS) en cumplimiento de los artículos 1º y 4º del Acuerdo 35 de 1985, 1º del Acuerdo 124 de 1987, 1º del Acuerdo 088 de 2001 y 1º del Acuerdo 57 de 1999, parcialmente anulado.

En el fallo que declaró la nulidad parcial del artículo 1º del Acuerdo 57 de 1999, el Consejo de Estado precisó que las entidades públicas o privadas que presten servicios de salud no están sujetas al ICA por esa actividad.

El Municipio no reconoció los efectos de la pérdida de fuerza ejecutoria en el caso que ahora se debate, lo que constituye un desacato, toda vez que debe dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 175 del Código Contencioso Administrativo.

La decisión judicial debió aplicarse desde cuando quedó ejecutoriada, esto es, 18 de diciembre de 2006, por cuanto no existe situación jurídica consolidada, dado que los actos se expidieron dentro de la vigencia de la norma declarada nula,

como lo precisó la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado en Concepto 1672 de 2005.

2. Falsa motivación de los actos que se demandan

El demandado manifestó erróneamente que están gravadas con el Impuesto de Industria y Comercio los ingresos que percibe la demandante por la prestación de servicios de salud que exceden del POS, como los planes de servicios complementarios, medicina prepagada o medicina especializada. Lo anterior, porque son actividades cosméticas.

El criterio del Municipio desconoce la posición reiterada del Consejo de Estado, en el sentido de que todos los ingresos por prestación de servicios de salud están excluidos del gravamen según la Ley 14 de 1983⁶.

3. Nulidad de la sanción por inexactitud

Los actos administrativos demandados se encuentran viciados de nulidad por falsa motivación, y por lo tanto, la sanción impuesta en dichos actos también es nula. Además, el actor no incluyó en su declaración ningún dato falso, inexacto o errado.

En este caso es procedente la existencia de una diferencia de criterios en cuanto al derecho aplicable para la determinación del ICA entre el Municipio y el actor, pues, éste sustentó su posición en la interpretación de las normas aceptadas por el Consejo de Estado. Al respecto, transcribió apartes de la jurisprudencia de la Sección Cuarta.⁷

4. Nulidad de la actuación por incompetencia del funcionario que profirió el requerimiento especial

Tanto el requerimiento especial como los actos administrativos que se demandan fueron proferidos por la Subdirección Administrativa de Impuestos, Rentas y Catastro Municipal del Departamento Administrativo de Hacienda del Municipio.

⁶ Entre otras, citó las sentencias de la Sala 15932 del 2007 y 16636, 16640 del 2008.

⁷ Sección Cuarta, sentencias 1761 del 13 de marzo de 1989; 7680 del 27 de junio de 1996; 134101 del 23 de junio de 2005 y 01189 del 6 de abril 2006.

No obstante, el artículo 98 del Decreto 523 de 1999 establece que los requerimientos especiales deben ser proferidos por el Jefe de la División de Fiscalización y Control de Impuestos y Rentas Municipales, lo que genera nulidad de la liquidación oficial dada la inexistencia del requerimiento especial que la antecede.

5. Nulidad de los actos administrativos demandados por violación de las normas en que han debido fundarse

Las razones expuestas en los puntos anteriores corroboran que los actos administrativos demandados violan las normas en que han debido fundarse y, en consecuencia, están viciados de nulidad.

6. Procedencia de la solicitud de condena en costas

El Municipio debe ser condenado en costas porque hizo caso omiso del fallo del 30 de noviembre de 2006, que declaró la nulidad parcial del artículo 1° del Acuerdo 57 de 1999, lo que demuestra que su conducta fue temeraria.

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

El Municipio de Santiago de Cali se opuso a las pretensiones de la demanda.

Frente a cada planteamiento de la demandante, sostuvo, en síntesis, lo siguiente:

1. Nulidad por desconocimiento de la sentencia de nulidad del 30 de noviembre de 2006

Con ocasión del fallo que declaró la nulidad parcial del artículo 1° del Acuerdo 057 de 1999, lo que el Consejo de Estado anuló de forma expresa fueron las expresiones “*hospitales, clínicas y similares e IPS*”. En ningún momento estableció que la actividad de servicios de salud no está gravada con el impuesto de industria y comercio, en el municipio de Cali. Por lo tanto, los servicios de salud están gravados actualmente con tarifa del 6.6. X1000.

Es claro que lo que se grava con el impuesto de industria y comercio es la realización de actividades comerciales, industriales o de prestación de servicios,

de conformidad con lo establecido en los artículos 32 de la Ley 14 de 1813 y 1º del Acuerdo Municipal 035 de 1985.

La declaratoria de nulidad parcial del aparte en comento, no trae como consecuencia la inaplicación de los elementos esenciales que configuran el tributo, como lo son el sujeto activo, el sujeto pasivo, el hecho generador, la base gravable y la tarifa.

En ningún momento la Administración desconoció lo ordenado por el fallo del Consejo de Estado; lo que sucede es que las actividades que ejecuta la actora se derivan de otras que sí deben ser gravadas con el impuesto de industria y comercio.

2. Nulidad por falsa motivación en razón a que los ingresos provenientes de la prestación de servicios de salud por parte de CMI no son susceptibles de ser gravados con ICA

Los recursos de las EPS correspondientes al valor de la unidad de pago por capitación – UPC, son destinados exclusivamente al cubrimiento del plan obligatorio de salud – POS.

La Corte Constitucional mediante sentencia C-1040 de 2003 declaró exequible el artículo 111 de la Ley 788 de 2002. En dicha providencia, señaló que los recursos de las entidades integrantes del sistema de seguridad social en salud no forman parte de la base gravable del impuesto de industria y comercio.

La voluntad del legislador fue excluir del gravamen a aquellos recursos de la seguridad social en salud. Sin embargo, los ingresos para pagos de gastos administrativos, distribución de utilidades y excedentes provenientes del POS no son de destinación específica del sistema de salud, y por ende, son susceptibles del impuesto de industria y comercio.

No todos los recursos por la prestación de servicios obligatorios de salud provenientes del régimen subsidiado o contributivo, tienen destinación específica, pues, si ello fuera así, las instituciones prestadoras no podrían recibir pagos por sus servicios, ni generar excedentes, haciendo obligatorio que con recursos

propios diferentes, a los recibidos de las EPS, se cubrieran los gastos administrativos.

Para el Municipio era relevante que el contribuyente probara que el valor de las deducciones realizadas correspondían a dineros de la seguridad social, para verificar cuáles efectivamente pertenecían a servicios de salud del plan obligatorio y cuáles no, situación que la actora no tiene clara ya que dentro de sus antecedentes contables tampoco aparecen discriminados.

Por lo tanto, la Administración no pudo reconocer que la deducción realizada por la actora fue en virtud de la no sujeción prevista en la Ley, por tratarse de recursos de la seguridad social en salud.

3. Nulidad de la sanción por inexactitud

No es cierto que la sanción por inexactitud se motivó indebidamente. Ello, por cuanto dio aplicación a lo previsto en el artículo 75 del Decreto 0523 de 1999, que establece que la inexactitud se impone por la utilización de datos o factores falsos, equivocados, incompletos o desfigurados.

El actor no puede alegar que se presentó una diferencia de criterios, por el hecho de haber consignado en su declaración hechos y cifras completos, pues, el Estado no puede quedar desprovisto de la potestad de determinar el monto de las obligaciones tributarias, obviamente, dando cumplimiento al debido proceso.

4. Nulidad de la actuación por incompetencia del funcionario que profirió el requerimiento especial

El demandante desconoció la estructura orgánica de la Administración, pues el artículo 7 del Acuerdo 70 de 2000 suprimió las dependencias de varias entidades creadas mediante el Acuerdo 1° de 1996 y las normas que lo complementaron.

En consecuencia, las funciones de la División de Fiscalización y Control de Impuestos Municipales quedaron a cargo de la Subdirección Administrativa de Impuestos y Rentas del Municipio.

5. Nulidad de los actos administrativos

El acto administrativo acusado fue proferido conforme con la normativa vigente y por el funcionario competente, por lo tanto, goza de presunción de legalidad.

El artículo 730 del E.T. consagra las causales de nulidad en lo que respecta al acto de liquidación de impuestos y resolución de recursos, proferidos por la Administración Tributaria, pero en el caso bajo estudio, no se presenta ninguna de las causales allí previstas, por el contrario, la decisión de la Administración fue debidamente notificada en aras de garantizar el derecho de defensa y contradicción.

El demandado se opuso a la condena en costas, ya que sostiene que su actuación no fue arbitraria ni temeraria.

Finalmente, propuso como excepción “*la innominada*”, con el fin de que se declaren de oficio las excepciones que se encuentran probadas dentro del proceso.

SENTENCIA APELADA

El Tribunal declaró no probada la “excepción innominada” porque no constituye hecho exceptivo o modificativo alguno. También declaró la nulidad del acto demandado y, como consecuencia, (i) que no hay lugar a determinar un mayor valor por impuesto de industria y comercio, ni al pago de interés moratorios, y (ii) que se encuentra en firme la declaración privada del actor del 2005⁸.

Las razones de la decisión se sintetizan así:

La sentencia del Consejo de Estado del 30 de noviembre de 2006, que declaró la nulidad de la tarifa especial de ICA establecida en el Acuerdo 057 de 1999, correspondiente al 6.6.X1000 para los hospitales, clínicas, IPS y similares que prestan servicio de salud, debió ser aplicada al caso en concreto, toda vez que al momento de expedirse el acto acusado ya se encontraba ejecutoriado el fallo en mención.

⁸ Folios 336 a 356 c.p.

Aunado a lo anterior, en dicho fallo se precisó que las entidades que prestan servicios de salud, independientemente de su naturaleza pública o privada, no pueden estar sujetas al impuesto de industria y comercio sobre los ingresos que perciban por tal actividad. De modo que las IPS no tienen la obligación de declarar ICA sobre los ingresos que perciban por los servicios de salud.

La demandante tiene la calidad de institución prestadora de salud, calidad que no ha sido cuestionada por el Municipio. Por lo tanto, le es aplicable la exención que prevé el literal d del numeral 2º del artículo 39 de la Ley 14 de 1983.

Contrario a lo expresado por la Administración, la exención del ICA para los ingresos provenientes de los “*servicios de salud*”, no se encuentra limitada a aquellos que provengan del Plan Obligatorio de Salud.

De otro lado, los actos administrativos propios del proceso de revisión deben ser expedidos por funcionarios o dependencias diferentes, en aras de garantizar el derecho de defensa y al debido proceso del contribuyente.

En consecuencia, la liquidación oficial de revisión no tiene un sustento legal para el cobro del impuesto de industria y comercio para entidades prestadoras del servicio de salud, por lo que se configura la causal de falsa o indebida motivación del acto administrativo.

RECURSO DE APELACIÓN

El Municipio impugnó la sentencia por las siguientes razones⁹:

El acto demandado fue proferido con base en los hechos probados y en las disposiciones jurídicas sustanciales y procedimentales aplicables para el caso *sub judice*, puesto que las decisiones fueron expedidas por el funcionario competente y debidamente notificadas dentro del término previsto en la Ley. Situación de la que se desprende el cumplimiento de los principios de justicia, legalidad y equidad por la Administración.

⁹ Folios 367 a 379 c.p.

La actora, para acudir a la Jurisdicción Contencioso Administrativa, no agotó la vía gubernativa, ya que no hizo uso del recurso de reconsideración para controvertir la decisión y así, permitir a la Administración reconsiderar lo dispuesto en la liquidación oficial.

Fundamentos procedimentales del acto administrativo en discusión

El Municipio actuó con fundamento en la facultad fiscalizadora con el fin de dar cumplimiento a la normativa vigente en materia tributaria (Estatuto Tributario Nacional artículos 702 a 714, Ley 383 de 1997 y Ley 788 de 2002).

Fundamentos sustanciales del acto administrativo en discusión

La demandante no probó que dentro de su contabilidad hubiera discriminado sus ingresos en aras de fijar con certeza cuáles de ellos están sujetos a reserva para la prestación y desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como lo establece el artículo 48 de la Constitución Política.

El espíritu del artículo 39 numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983, en armonía con la Ley 100 de 1993 y el artículo 48 de la Constitución Política, es el de no gravar con el impuesto de industria y comercio los ingresos de las IPS en desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Es inaceptable que el actor aduzca el argumento de la realización de actividades de que trata el artículo 39 de la Ley 14 de 1993, es decir, ejecutados por los *“hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud”*, cuando del objeto social se desprende que fue constituido para la explotación de un amplio ramo de negocios, circunstancia ajena a la norma.

Al expedir los actos acusados, el Municipio tuvo en cuenta que la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se compone de recursos destinados a la prestación de servicios de salud previstos en el POS, por lo cual son ingresos exentos del impuesto de industria y comercio, de conformidad con la jurisprudencia y la normativa vigentes.¹⁰

¹⁰ Artículo 48 de la Constitución Política y sentencia C-1040 de 2003 de la Corte Constitucional

Las entidades privadas que prestan servicios de salud están obligadas a llevar una contabilidad separada en la que se diferencien los recursos por pagos en la prestación de servicios del POS de los obtenidos por servicios complementarios. La misma obligación la tienen las EPS, según el artículo 182 [parágrafo 1] de la Ley 100 de 1993.

ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

La actora reiteró los argumentos de la demanda y precisó lo siguiente¹¹:

El parágrafo del artículo 720 del E.T. prevé que en el evento en que se hubiere atendido en debida forma el requerimiento especial, el contribuyente podrá prescindir del recurso de reconsideración y acudir directamente ante la jurisdicción contencioso administrativa dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la notificación de la liquidación oficial.

La prohibición contenida en la Ley 14 de 1983 recae sobre todos los ingresos que se obtienen por la prestación de servicios de salud. En consecuencia, no puede exigirse que en la contabilidad se identifiquen qué ingresos de la salud son provenientes de plan obligatorio de salud (POS) y cuáles no, como lo sostiene la Administración Municipal, pues la exclusión del ICA recae sobre la totalidad de los ingresos que se obtienen por la prestación de servicios de salud.

La prestación de servicios de salud que exceden el POS, continúa siendo una actividad de servicios para efectos del ICA y jamás podrían ser considerados como una actividad comercial.

La jurisprudencia ha reiterado que la no sujeción dispuesta tanto en la Ley 14 de 1983 como en el Decreto 352 de 2002, no está condicionada a que los servicios prestados correspondan a los contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), pues la exención va dirigida a no gravar el ingreso que proviene como retribución del servicio de salud que prestan los hospitales y clínicas.

El **Municipio de Santiago de Cali** esgrimió los fundamentos expuestos en la contestación de la demanda y en el recurso de apelación¹²; y replicó que las empresas promotoras de salud deben llevar los recursos de la seguridad social en

¹¹ Folios 416 a 426 c.p.

¹² Folios 402 a 415 c.p.

cuentas separadas, en las que se diferencien los recursos por pagos en la prestación de servicios del POS y los obtenidos para otros servicios complementarios o suplementarios. Estos últimos están sujetos a gravamen por tratarse de actividades comerciales.

El **Ministerio Público** guardó silencio en esta oportunidad.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

La Sala decide si se ajustan a derecho los actos por los cuales el municipio de Santiago de Cali modificó la declaración del impuesto de industria y comercio presentada por el actor por el año gravable 2005.

Problema jurídico

- 1) Si resulta procedente la adición de ingresos gravados, provenientes de la prestación de servicios de salud por parte del demandante, pues, mientras éste sostiene que los ingresos por la prestación de servicios de salud no están sujetos al impuesto de industria y comercio¹³, el demandado afirma que es procedente la adición, dado que únicamente están excluidos del tributo, los recursos provenientes del Plan Obligatorio de Salud (POS).

Cuestión previa: Agotamiento de la vía gubernativa – Demanda *Per saltum*

Sostiene la apelante que la actora no agotó la vía gubernativa; si bien este aspecto sólo fue planteado con ocasión del recurso, no puede perderse de vista que este constituye un presupuesto indispensable para acudir ante esta jurisdicción, lo que determina su competencia para analizar los aspectos de fondo discutidos en la actuación administrativa demandada, razón por la cual debe la Sala pronunciarse sobre este aspecto.

La Sala ha indicado¹⁴ que el agotamiento de la vía gubernativa, presupuesto procesal de la acción de nulidad y restablecimiento del derecho, consiste, en términos generales, en la necesidad de usar los recursos legales para poder impugnar los actos administrativos. Su finalidad es que la Administración tenga la

¹³ Artículo 39 numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983 y artículo 5 numeral 4 del Acuerdo 35 de 1985 del Concejo de Santiago de Cali.

¹⁴ Sentencia del 25 de marzo del 2010, Exp. 16831, M.P. Dra. Martha Teresa Briceño de Valencia.

oportunidad de revisar sus propias decisiones con el objeto de que pueda revocarlas, modificarlas o aclararlas, esto es, que las autoridades administrativas puedan rectificar sus propios errores, antes de que sean objeto de un proceso judicial.

En efecto, se ha precisado que *“La razón de la exigencia legal del señalado agotamiento deviene del principio llamado de la decisión previa que le permite a la administración antes de acudir al medio judicial, que revise su propios actos y otorga a los administrados una garantía sobre sus derechos al presentar motivos de inconformidad para que sea enmendada la actuación si es del caso, antes de que conozca de ella quien tiene la competencia para juzgarla”*¹⁵.

De manera general, conforme al artículo 63 del Código Contencioso Administrativo, la vía gubernativa se entiende agotada cuando contra los actos administrativos no procede ningún recurso (artículo 62 [1]); cuando los recursos interpuestos se hayan decidido (artículo 62 [2]), y cuando el acto administrativo quede en firme por no haber sido interpuestos los recursos de reposición o de queja.

En materia tributaria, el recurso de reconsideración es el medio de impugnación para agotar la vía gubernativa, sin embargo, el artículo 720 del Estatuto Tributario prevé una excepción sólo tratándose de procedimientos tributarios en los cuales el requerimiento especial es requisito previo del acto definitivo, como es el caso de la liquidación oficial de revisión, donde se permite que se prescinda del recurso de reconsideración y se acuda directamente a la jurisdicción¹⁶. La norma en comentario a la letra reza:

“Art. 720.- Recursos contra los actos de la administración tributaria. Sin perjuicio de lo dispuesto en normas especiales de este estatuto, contra las liquidaciones oficiales, resoluciones que impongan sanciones u ordenen el reintegro de sumas devueltas y demás actos producidos, en relación con los impuestos administrados por la Unidad Administrativa Especial _ Dirección de Impuestos Nacionales, procede el recurso de reconsideración.

El recurso de reconsideración, salvo norma expresa en contrario, deberá interponerse ante la oficina competente, para conocer los recursos tributarios, de la administración de impuestos que hubiere

¹⁵ Sentencia de 21 de junio de 2002, Exp. 12382, M.P. Dra. María Inés Ortiz Barbosa.

¹⁶ CONSEJO DE ESTADO, Sección Cuarta, sentencias del 29 de agosto de 1997, exp. 8456, M.P. Delio Gómez Leyva, 1° de abril de 2004, Exp 13788, M.P. María Inés Ortiz Barbosa, 12 de mayo de 2010, exp. 16448. M.P. Hugo Fernando Bastidas Bárcenas.

practicado el acto respectivo, dentro de los dos meses siguientes a la notificación del mismo.

Cuando el acto haya sido proferido por el administrador de impuestos o sus delegados, el recurso de reconsideración deberá interponerse ante el mismo funcionario que lo profirió.

Parágrafo. Cuando se hubiere atendido en debida forma el requerimiento especial y no obstante se practique liquidación oficial, el contribuyente podrá prescindir del recurso de reconsideración y acudir directamente ante la jurisdicción contencioso administrativa dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la notificación de la liquidación oficial”.

De la norma transcrita se deduce la posibilidad de que los contribuyentes puedan prescindir del recurso de reconsideración contra la liquidación oficial de revisión y optar por demandarla directamente dentro de los 4 meses siguientes a la notificación de la misma, siempre que se hubiere atendido en debida forma el requerimiento especial.

La Sala en reiteradas ocasiones ha precisado que para que pueda entenderse que el requerimiento especial fue **“atendido en debida forma”**, deben cumplirse los siguientes requisitos:

- 1) Responderlo dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha de su notificación.
- 2) Por escrito, de acuerdo con las prescripciones del artículo 559 del E.T.
- 3) Estar suscrito por el contribuyente o por quien tenga la capacidad legal para hacerlo.
- 4) Contener las objeciones al requerimiento.¹⁷

En el presente caso, el Centro Médico Imbanaco de Cali mediante memorial suscrito por el Represente Legal y radicado el 6 de junio de 2008 ante el ente demandado¹⁸, contestó oportunamente el requerimiento especial 4131.1.12.6-116 del 9 de abril de 2008¹⁹, y presentó en ese escrito, los fundamentos fácticos y jurídicos de su oposición en relación con las modificaciones propuestas por la Administración.

¹⁷ Consejo de Estado, Sección Cuarta, sentencias de 9 de septiembre de 2004, exp. 13860, C. P. doctora Ligia López Díaz; 28 de octubre de 2004, exp. 13816, C. P. doctor Juan Ángel Palacio Hincapié; de 4 de noviembre de 2004, exp. 13818, C. P. doctor Héctor J. Romero Díaz y 6 de octubre de 2005, exp. 14581, C. P. doctora María Inés Ortiz Barbosa.

¹⁸ Folios 18 a 31 c.p.

¹⁹ Folios 13 a 16 c.p.

En ese orden de ideas, para la Sala es claro que el actor atendió en debida forma el requerimiento especial y, por ende, cumplió con el requisito de procedibilidad que establece el parágrafo del artículo 720 del E.T., para demandar directamente la liquidación oficial de revisión, sin haber acudido al recurso de reconsideración.

Asunto de fondo: Ingresos provenientes de la prestación de servicios de salud

Sobre el particular, la Sala reitera su posición fijada en sentencias de 24 de mayo, 16 de agosto y 30 de agosto de 2012, en las cuales se retomó el criterio jurisprudencial de la Sección²⁰ y se efectuaron, entre otras, las siguientes precisiones²¹:

1. El artículo 39 numeral 2) literal d) de la Ley 14 de 1983 prohíbe gravar con el impuesto de industria y comercio, “los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud” Esta es una no sujeción de carácter subjetivo, pues, según el artículo 32 ibídem, son sujetos pasivos del impuesto, las personas naturales, jurídicas y sociedades de hecho.

2. El **Sistema Nacional de Salud** a que se refiere el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, fue reemplazado en la Ley 10 de 1990²² por el “**Sistema de Salud**”. Según el artículo 4° de la Ley 10 de 1990, forman parte, del Sistema *“tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, como también en lo pertinente, las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud”*

El artículo 5° [num 2], en concordancia con el artículo 7 de la misma Ley, dispuso que del sector salud hace parte el subsector privado, que está compuesto por todas **las entidades o personas privadas** que presten servicios de salud, dentro

²⁰ Entre otras, ver sentencias del 2 de marzo de 2001, Expediente 10888, C.P. Dr. Juan Angel Palacio Hincapié, del 10 de junio de 2004, Expediente 13299, C.P. Dra. Elizabeth Whittingham García, del 9 de diciembre del 2004, Expediente 14174, C.P. Dra. Ligia López Díaz, de mayo 5 de 2005, expediente 14442, C.P. Dra. María Inés Ortiz Barbosa, de 13 de octubre de 2005, Exp. 15265, C.P. Dra. Ligia López Díaz, de 7 de febrero de 2008, Exp. 15785, de 10 de abril de 2008, Exp. 16640, M.P. Dra. María Inés Ortiz Barbosa, de 14 de octubre de 2010, Exp. 17926, M.P. Dra. Carmen Teresa Ortiz de Rodríguez.

²¹ Expedientes 17914 y 18114, C.P. Martha Teresa Briceño de Valencia. Exp. 18656, C.P. William Giraldo Giraldo.

²² “Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones”.

de las cuales incluyó las fundaciones o instituciones de utilidad común, las corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro y las personas privadas naturales o jurídicas.

De acuerdo con las normas en mención, **los hospitales hacían parte del Sistema de Salud, así pertenecieran al sector privado**, incluidas las fundaciones, corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro o de utilidad común.

En relación con la no sujeción artículo 39 numeral segundo literal d) de la Ley 14 de 1983, en lo que se refiere a “los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud”, la intención del legislador fue la de no someter a las entidades de salud al cumplimiento de ninguna de las obligaciones sustanciales ni formales relacionadas con el impuesto de industria y comercio.

Con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 se reorganizó nuevamente el sector salud, bajo el nombre de “**Sistema de Seguridad Social en Salud**”. En la conformación del Sistema concurren el Gobierno Nacional, el FOSYGA, las Entidades Promotoras de Salud (EPS)²³ y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)²⁴.

3. El criterio expuesto, que se reitera en esta oportunidad, reconoce la vigencia del artículo 5° de la Ley 10 de 1990, en consideración a que, tal como lo precisara la Sala, el Sistema de Seguridad Social en Salud que desarrolló la Ley 100 de 1993 en nada afecta la no sujeción subjetiva del artículo 39 numeral 2° literal d) de la Ley 14 de 1983, si se tiene en cuenta el criterio teleológico de la norma ²⁵.

Además, el concepto de “Sistema de Salud”, hoy “Sistema de Seguridad Social en Salud”, debe ser apreciado en su alcance bajo las consideraciones existentes en la Ley 14 de 1983, que es la fuente normativa de la cual surge el beneficio fiscal para las entidades públicas o privadas del sector salud.

²³ El artículo 177 de la Ley 100 de 1993 define las EPS como “las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de solidaridad y garantía...”.

²⁴ Artículo 156 de la Ley 100 de 1993 prevé que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud son “entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del sistema general de seguridad social en salud, dentro de las promotoras de salud o fuera de ellas...”.

²⁵ Sentencia de 22 de abril de 2004, Exp.13224, C. P. doctor Germán Ayala Mantilla.

4. Tampoco es procedente entender que existe una distinción entre “hospital” a que se refiere el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 y “clínica”, pues la Sección ha indicado que *“tales expresiones en su sentido natural y obvio vienen a ser sinónimas, toda vez que no tienen una referencia técnica ni ha sido definida especialmente por el legislador, y en cambio, los diccionarios de lenguaje usual y de expresión especializada se refieren indistintamente a ellos como “establecimientos destinados al tratamiento de enfermos”*²⁶.

5. Si bien los recursos que perciban las clínicas y hospitales destinados a la prestación del servicio público de salud no son susceptibles de ser gravados con el impuesto de Industria y Comercio, el artículo 11 de la Ley 50 de 1984 prevé que cuando estas entidades realicen actividades **industriales o comerciales** serán sujetos del impuesto de industria y comercio en lo relativo a tales actividades.

6. Con base en la norma anterior, los recursos provenientes de actividades *industriales y comerciales*, que no sean propias de las entidades hospitalarias, no quedan cobijados por la no sujeción del artículo 39 numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983. Es decir, que las *actividades de servicios* que prestan los hospitales en su calidad de tales son las únicas a las que se les puede aplicar la no sujeción creada por el legislador.

Con base en lo anterior, en la sentencia de 24 de mayo de 2012, exp 17914, la Sala precisó que **carece de fundamento legal sostener que todas las actividades que no sean financiadas con recursos del POS se hallan gravadas** con el impuesto de industria y comercio. Sobre este punto, en la citada sentencia, la Sala sostuvo lo siguiente:

“En efecto, del artículo 39 numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983 se establece que la no sujeción fue concedida por la ley a las entidades o instituciones constituidas para la prestación de servicios de salud por el solo hecho de tener esa condición sin que el Legislador hubiera hecho alguna precisión en cuanto al origen de los recursos que manejan. Además, el propio Legislador indicó qué tipo de actividades de esas instituciones eran las que podían ser gravadas con el tributo al referirse expresamente en el artículo 11 de la Ley 50 de 1984 a las actividades industriales y comerciales.

²⁶ Sentencia de 10 de junio de 2004, Exp. 13299, M.P. Dra. Elizabeth Whittingham García, reiterada en sentencia del 27 de agosto de 2009, Exp. 17126, M.P. Dra. Martha Teresa Briceño de Valencia, entre otras.

El argumento de la Administración [...] equivale a convertir automáticamente en actividades comerciales los servicios médicos prestados por fuera del Plan Obligatorio de Salud (POS) cuando ello no se desprende de la normativa que rige el impuesto de industria y comercio para las clínicas y hospitales pues, se reitera, sólo serán gravables las actividades que estas instituciones realicen si son *industriales y comerciales*, y sin que por el hecho de tratarse de servicios prestados fuera del POS dejen de tener la condición de “servicios” propios de estas instituciones que es sobre lo que recae la no sujeción al tributo. (Subraya la Sala)

[...]

Tampoco puede entenderse que sólo los ingresos que provengan de la prestación de servicios incluidos en el POS sean a los que se les aplica la no sujeción para concluir que los ingresos que se perciben por la prestación de servicios de salud no previstos en el POS estarían gravados, por las siguientes razones:

De acuerdo con el artículo 49 de la Constitución Política ya citado, la atención en salud es un servicio a cargo del Estado y a este le corresponde organizar, dirigir y reglamentar *la prestación de servicios de salud* a los habitantes, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, así como establecer políticas para la prestación de servicios de salud *por entidades privadas* y ejercer su vigilancia y control.

El Legislador, dentro de su libertad de configuración del Sistema Seguridad Social, escogió un modelo en el que concurren el Estado y los particulares para la prestación del servicio público de salud²⁷. En desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Carta, expidió la Ley 100 de 1993, en la que se estableció este principio, así:

ARTÍCULO 8o. CONFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. *El Sistema de Seguridad Social Integral es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la presente ley. (Negrillas fuera de texto)*

Concretamente en relación con la Seguridad Social en Salud, dentro del esquema de la Ley 100 de 1993, señaló que los objetivos del Sistema de Seguridad Social en Salud **“son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención”**²⁸ y dispuso dos formas de acceder al mencionado Sistema, así:²⁹

1. Como *afiliados*, bien sea al régimen contributivo o subsidiado, a quienes se les presta el servicio público de salud mediante los Planes Obligatorios de Salud expedidos para cada uno de los regímenes antes mencionados.

²⁷ C-615/02

²⁸ Art. 152 Ley 100/93

²⁹ Art. 157 Ley 100/93

2. Como *vinculados*, para aquellas personas que no tienen capacidad de pago, pero que mientras acceden al régimen subsidiado, el Estado les ofrece un plan de atención básica en salud³⁰.

A los afiliados al régimen contributivo, la Ley 100 de 1993, además de garantizarles los servicios del POS, ha previsto la posibilidad de que puedan acceder a “*Planes Adicionales de Salud*” (PAS) que permiten mejorar los servicios que reciben del Sistema y que son financiados con recursos propios, tal como lo prevé el artículo 17 del Decreto 806 de 1998, así:

ARTICULO 17. OTROS BENEFICIOS. Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud pueden prestarse beneficios adicionales al conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial en salud, que no corresponde garantizar al Estado bajo los principios de solidaridad y universalidad. Estos beneficios se denominan Planes Adicionales de Salud y son financiados con cargo exclusivo a los recursos que cancelen los particulares.

Estos planes serán ofrecidos por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las compañías de medicina prepagada y las aseguradoras. (Negrillas fuera de texto).

Ahora bien, los Planes Adicionales de Salud son definidos como el “*conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria. El acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los particulares, como un servicio privado de interés público, cuya prestación no corresponde prestar al Estado, sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias. (...)*”³¹

De acuerdo con el artículo 169 de la Ley 100 de 1993³², los PAS pueden ser de diferentes tipos:

- Planes de atención complementaria³³ del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud.

³⁰ En efecto, el Sistema de Seguridad Social en Salud ofrece a los afiliados y vinculados, dependiendo cada caso, unos planes definidos en el artículo 3° del Decreto 806 de 1998, así:

Artículo 3°. De los tipos de planes. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud como servicio público esencial existen únicamente los siguientes planes de beneficios:

1. Plan de Atención Básica en Salud, PAB.
2. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, POS.
3. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POSS.
4. Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos.
5. Atención inicial de urgencias.

³¹ Art. 18 Dcto. 80/98

³² Norma modificada por el art. 37 de la Ley 1438 de 2011. En su texto original, el artículo 169 de la Ley 100/93 disponía:

ARTÍCULO 169. *Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la presente Ley.*

PARÁGRAFO. El reajuste del valor de los planes estará sujeto a un régimen de libertad vigilada por parte del Gobierno Nacional.

³³ Dcto. 806/98. **Artículo 23.** Planes de Atención Complementaria. Los PAC son aquel conjunto de beneficios que comprende actividades, intervenciones y procedimientos no indispensables ni necesarios para el

- *Planes de Medicina Prepagada*³⁴, de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.
- *Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera.*
- *Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud.*

Todos los anteriores planes tienen en común que su objeto es la **prestación de servicios de salud** y están regulados *dentro* del sistema de seguridad social en salud, como beneficios adicionales al servicio público *esencial* que se garantiza a través del Sistema de Seguridad Social en Salud.

[...]

[...] la Sala advierte que constitucionalmente el servicio público es amplio en cuanto se refiere a la “atención en salud”. Sin embargo, el Estado, dentro de sus posibilidades, garantiza a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud una parte de ese servicio que denomina servicio público *esencial* de salud, esto es, unas prestaciones básicas a las que tenga acceso toda la población con el fin de recuperar la salud e impedir el menoscabo de la capacidad económica y así lo reconoce cuando define al POS como “el **conjunto básico de servicios de atención en salud** a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Contributivo que cumpla con las obligaciones establecidas para el efecto (...)”³⁵

No obstante lo anterior, la Carta³⁶ permitió que en la prestación del servicio de salud concurrieran las entidades privadas, con el objeto de ampliar su cobertura y mejorar la calidad, no solo a través de la prestación de los servicios que integran esa parte *esencial* que garantiza el Estado (POS), sino que además puedan intervenir con planes adicionales de salud, estos últimos autorizados dentro del esquema del Sistema de Seguridad Social en Salud y que deben ser regulados por el Estado por hacer parte de un servicio público³⁷.

[...]

tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento o la recuperación de la salud o condiciones de atención inherentes a las actividades, intervenciones y procedimientos incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud.

Tendrán uno o varios de los siguientes contenidos:

1. Actividades, intervenciones y procedimientos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud o expresamente excluidos de éste.
- 2 . Una o varias condiciones de atención diferentes que permitan diferenciarlo del POS tales como comodidad y red prestadora de servicios.

Parágrafo. Sólo podrán ofrecerse los contenidos del POS en las mismas condiciones de atención cuando éstos están sometidos a periodos de carencia, exclusivamente durante la vigencia de este periodo.

³⁴La medicina prepagada, ha sido definida por el Decreto 1486 de 1994, así: El sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme al presente Decreto, para la gestión de la atención médica, y **la prestación de los servicios de salud** y/o atender directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado. (Negrillas fuera de texto).

³⁵ Dcto. 806/98 art. 7º.

³⁶ Art. 49 inciso 2º. C.P.

³⁷ C-736/07. “Ahora bien, de esta reglamentación constitucional, de manera especial de lo afirmado por el artículo 365 cuando indica que los servicios públicos “*estarán sometidos al régimen jurídico que fije la ley, podrán ser prestados por el Estado, directa o indirectamente, por comunidades organizadas, o por particulares*”, la Corte entiende que el constituyente quiso definir que las personas o entidades que asuman la prestación de los servicios públicos tendrán no sólo un régimen jurídico especial, sino también una naturaleza jurídica especial; esta particular naturaleza y reglamentación jurídica encuentra su fundamento en la necesidad de hacer realidad la finalidad social que es definida por la misma Carta como objetivo de la adecuada prestación de los servicios públicos”.

[...] uno de los principios del Sistema de Seguridad Social en Salud es el de la *libre escogencia*, que consiste en garantizar a los usuarios libertad en la elección entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo³⁸.

En esa medida, la ley introduce un campo de libre competencia económica³⁹ entre los particulares y el Estado para ofrecer servicios de salud, todo ello con la finalidad de hacer competitivo el mercado y mejorar la calidad y eficiencia del servicio⁴⁰. Entonces, es dentro del mercado de servicios de salud, donde tienen cabida todas las prácticas comerciales legales que pueden implementar los participantes del sector para ofrecer y vender sus servicios, lo cual es aplicable no sólo a la prestación de los previstos en el POS sino además a todos los planes adicionales que la Ley 100 de 1993 ha habilitado para que sean prestados por los particulares y que, como se vio, también hacen parte del servicio público de salud y se sujetan a las normas que sobre competencia rigen para la actividad económica y la iniciativa privada.

En suma, la Sala advierte que los servicios POS son una parte del servicio público de salud, que corresponde a la atención básica que el Estado puede garantizar, sin embargo, existen otros servicios que complementan al POS y que también hacen parte del servicio público de salud y, por tanto, los ingresos que reciben las clínicas y hospitales, por la prestación de esa clase de servicios no están sujetos al impuesto de industria y comercio, pues mantienen la naturaleza de servicios y no podrían clasificarse como actividades industriales o comerciales, para poder ser gravados" (Subraya la Sala)

De acuerdo con el criterio jurisprudencial expuesto, que la Sala ahora reitera, la no sujeción del artículo 39 numeral 2) literal d) de la Ley 14 de 1983 se aplica para las clínicas y hospitales respecto de todos los ingresos que reciban por la prestación del servicio de salud, independientemente de que estén o no incluidos en el POS.

La Sala ha precisado que esta no sujeción se encuentra vigente, pues, no fue derogada por el artículo 111 de la Ley 788 de 2002, que prevé una exclusión de la base gravable del impuesto de los recursos de las entidades que integran el Sistema de Seguridad Social en Salud⁴¹.

Lo anterior, porque las dos normas son compatibles y se complementan entre sí, dado que mientras el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 es de carácter subjetivo,

³⁸ Art. 153-12 L. 100/93

³⁹ Art. 333 C.P.

⁴⁰ C-974/02

⁴¹ El artículo 111 de la Ley 788 de 2002, después de la declaratoria de inexequibilidad parcial (sentencia C-1040 de 2003), dispone lo siguiente: "*En su condición de recursos de la seguridad social, no forman parte de la base gravable del impuesto de industria y comercio, los recursos de las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme a su destinación específica, como lo prevé el artículo 48 de la Constitución Política*".

pues, establece un beneficio a favor de **los hospitales y clínicas**, el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 **es de carácter real**, porque excluye de la base gravable del impuesto los recursos de dichas entidades cuando integran el Sistema de Seguridad Social en Salud, o sea, que no están gravados con el impuesto de industria y comercio los recursos que reciben por concepto de los servicios de salud que prestan⁴².

En el sub examine, del material probatorio allegado al expediente, se observa lo siguiente:

- Certificado del Secretario Departamental de Salud de la Gobernación del Valle del Cauca, en el que hace constar que el CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S.A. es un prestador de servicios de salud que se halla inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud⁴³.
- De acuerdo con el certificado de existencia y representación legal, el CENTRO MÉDICO IMBANACO tiene previsto dentro de su objeto social principal la prestación de *“servicios profesionales en el campo de la medicina general especializada y quirúrgica, así como la atención profesional hospitalaria de laboratorios científicos y la prestación del servicio en todas las actividades inherentes al ejercicio de la medicina, bajo la explotación del nombre comercial, enseñas comerciales, marcas y lemas comerciales”*⁴⁴.
- En la declaración del impuesto de industria y comercio del año gravable 2005, el actor incluyó como ingresos por actividades no sujetas, los provenientes de la prestación de servicios de salud⁴⁵.
- El municipio de Santiago de Cali adicionó como ingresos gravados, **los recibidos por la prestación de servicios de salud distintos al POS**, como los planes de servicios complementarios, medicina prepagada o medicina especializada⁴⁶. Para el efecto, sostuvo que solo están excluidos

⁴² Sentencia de 24 de mayo de 2012, exp 17914, C.P. Martha Teresa Briceño de Valencia.

⁴³ Folio 38 c.p.

⁴⁴ Folio 5 vto c.p.

⁴⁵ Folio 11 c.p..

⁴⁶ Folio 35 c.p.

del impuesto de industria y comercio los ingresos provenientes del POS, hecho que no fue acreditado por el demandante⁴⁷.

De acuerdo con las pruebas que obran en el expediente y el análisis que antecede de las normas tributarias aplicables al caso en estudio, el CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S.A., en su condición de persona jurídica de derecho privado que se dedica a la prestación de servicios de salud conforme al certificado de existencia y representación legal⁴⁸, está amparado por la exclusión del impuesto de industria y comercio.

La no sujeción prevista en el artículo 39 numeral 2º literal d) de la Ley 14 de 1983 y regulada a nivel local mediante el artículo 5º numeral 4 del Acuerdo 35 de 1985 del Municipio de Santiago de Cali, se reitera, es aplicable a las clínicas y hospitales por concepto de recursos de la prestación de los servicios de salud, independientemente de que provengan del Plan Obligatorio de Salud o de los planes de servicios complementarios, medicina prepagada y medicina especializada.

Además, no son de recibo los argumentos del demandado en el cobro del impuesto de industria y comercio, dado que el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 dispuso expresamente que los recursos que reciben entidades como el actor por concepto de los servicios de salud que prestan, no están gravados con el impuesto de industria y comercio.

De lo anterior se deduce, que no es necesaria la exigencia al demandante de llevar cuentas separadas de los recursos del POS y de los servicios complementarios, en la medida en que todos los ingresos provenientes de los servicios de salud están excluidos del tributo.

En efecto, la obligación de llevar cuentas separadas de los recursos de la seguridad social originados en las cotizaciones de los afiliados al sistema respecto del resto de rentas y bienes, está a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), por ser quienes recaudan dichas cotizaciones⁴⁹, pues, la Ley 100 de 1993

⁴⁷ De los \$87.612.657.000 que el actor declaró como "Otros, deducciones, ingresos por actividades no sujetas", el municipio incluyó por "ingresos tomados como POS" \$38.253.252.874 y fijó como ingresos gravables \$49.413077.000 (Folios 13 a 16 y 33 a 37 c.ppal)

⁴⁸ Folios 5 a 9 c.p.

⁴⁹ Artículo 182 [parágrafo] de la Ley 100 de 1993

no previó tal obligación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)⁵⁰.

Por último, la Sala mantendrá la decisión de no condenar en costas al demandado, puesto que el actor no impugnó la sentencia de primera instancia para controvertir la referida decisión y los alegatos de conclusión no constituyen una oportunidad adicional para sustentar el recurso de apelación.

Por lo demás, no se advierte que dentro del proceso el Municipio hubiera actuado de manera temeraria o de mala fe, pues, sus intervenciones se efectuaron dentro de los términos procesales y con base en su criterio jurídico debidamente fundado (art 171 del Código Contencioso Administrativo).

Las razones que anteceden son suficientes para confirmar la sentencia apelada.

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

F A L L A

CONFÍRMASE la sentencia apelada, por las razones expuestas en la parte motiva de este proveído.

Cópiese, notifíquese, devuélvase el expediente al Tribunal de origen y cúmplase.

La anterior providencia fue estudiada y aprobada en sesión de la fecha.

**HUGO FERNANDO BASTIDAS
BÁRCENAS**
Presidente de la Sección
Salvo el voto

**MARTHA TERESA BRICEÑO DE
VALENCIA**

⁵⁰ No obstante, para garantizar la eficiencia del servicio, las IPS deben contar con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. (art 185 parágrafo Ley 100 de 1993).

WILLIAM GIRALDO GIRALDO
Aclaro el voto

**CARMEN TERESA ORTIZ DE
RODRÍGUEZ**

IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO - Se acoge la posición mayoritaria de la Sala sobre la no sujeción de las clínicas y hospitales a este impuesto, por considerar más ajustado al derecho a la igualdad el que las decisiones coincidan con el criterio mayoritario

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCION CUARTA

ACLARACION DE VOTO

Consejero: WILLIAM GIRALDO GIRALDO

Radicación número: 76001- 23-31-000-2009-00378-01(19550)

Actor: CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S.A.

Demandado: MUNICIPIO DE CALI – DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE HACIENDA MUNICIPAL

AUTO

En ocasión anterior⁵¹ me aparte de la decisión mayoritaria de la Sala, respecto de la no sujeción de los hospitales y clínicas al impuesto de Industria y Comercio dispuesta en el artículo 39 numeral 2º literal d) de la Ley 14 de 1983⁵² cuando

⁵¹ Sentencia del 24 de mayo de 2012, C.P. Dra. Martha Teresa Briceño, radicación número: 253000-23-27-000-2008-0011501 (17914) Actor: Clínica de la Mujer.

⁵² **Artículo 39º.-** *No obstante lo dispuesto en el artículo anterior continuarán vigentes:*

2. *Las prohibiciones que consagra la Ley 26 de 1904; además, subsisten para los Departamentos y Municipales las siguientes prohibiciones:*

presten servicios de salud no establecidos en el POS. Las razones que me llevaron a disentir del criterio de la Sala fueron las siguientes:

La no sujeción establecida en el artículo 39 numeral 2º literal d) *ib*, según la normativa vigente a la fecha de su expedición, se refería a las entidades que prestarán actividades de asistencia pública en salud.

La Carta Política de 1991 en el artículo 48 señala que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio, que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.

En desarrollo de la norma citada, el gobierno nacional profirió la Ley 100 de 1993, por la cual se creó el Sistema de Seguridad Social Integral, en cuyo libro II reguló lo concerniente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Como “*característica básica*” del Sistema General de Seguridad Social en Salud se señala que todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el Plan Obligatorio de Salud.

La Ley 100 de 1993 en su artículo 169 consagra los planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan, con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas por la misma ley. Estos Planes son de carácter opcional y voluntario, se financian con los recursos propios del afiliado o del empleador, y al Estado no le corresponde garantizarlos bajo los principios de solidaridad y universalidad.

Los planes complementarios no corresponden a la asistencia en salud que el Estado debe garantizar. En ese sentido no puede decirse que el no contar con ellos “*afecte directamente el nivel de vida del pueblo colombiano*”⁵³, por lo tanto, a los recursos que se obtengan con cargo a estos servicios les es aplicable

d) *La de gravar con el impuesto de Industria y Comercio, los establecimientos educativos públicos, las entidades de beneficencia, las culturales y deportivas, los sindicatos, las asociaciones de profesionales y gremiales sin ánimo de lucro, los partidos políticos y los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud.*

⁵³ Argumento de la exposición de motivos del artículo 39 numeral 2º literal d) de la Ley 14 de 1983.

la regulación general del impuesto de Industria y Comercio. Afirmación que encuentra sustento en la sentencia de la Corte Constitucional C-1040/03.

A pesar de estas consideraciones, acojo la posición adoptada en la Sala del 24 de mayo de 2012⁵⁴, por considerar mas ajustado al derecho a la igualdad el que las decisiones coincidan con el criterio mayoritario.

WILLIAM GIRALDO GIRALDO

Fecha ut supra

HOSPITALES ADSCRITOS O VINCULADOS AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD – No están gravados con el impuesto de industria y comercio porque antes de la Ley 100 su actividad era de beneficencia o de caridad / HOSPITAL Y CLINICA – La diferencia es irrelevante para efectos del impuesto de industria y comercio / APLICACION DE LA SENTENCIA DE LA CORTE CONSTITUCIONAL – ingresos del sistema de seguridad social que están gravados / INTERPRETACION ERRONEA - artículo 111 de la Ley 788 de 2002 no derogó el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983

Considero que la prohibición de gravar con el impuesto de industria y comercio prevista en la Ley 14 de 1983, a los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud no obedeció a que tales instituciones fueran simplemente parte de ese sistema sino a que, antes de la Ley 100 de 1993, el sistema nacional de salud era una actividad asistencial, de beneficencia o de “caridad”. En efecto, la exención obedeció, en realidad, a que de una parte, el servicio de salud pública no era una actividad industrial, comercial o de servicios, al tenor de la Ley 14 de 1983, sino que era una especie equívoca de función pública a cargo del Estado que se fundamentaba en la asistencia pública. Las entidades que prestaban ese servicio – función no podían estar gravadas con el impuesto de industria y comercio, porque la función pública no era hecho generador de tal impuesto. De otra parte, la exención obedeció a que los servicios de salud pública los venían prestando los particulares, especialmente las entidades privadas de utilidad común, que promovieron la creación de hospitales, asilos, auspicios, orfanatos, casas de reposo, leprocomios, etc, financiados con recursos provenientes del erario (auxilios) o del producido de la explotación de los juegos de suerte y azar, de las loterías, de los impuestos por venta de licores y cigarrillos. De manera que la exención se fundamentó en principios de equidad, justicia social y capacidad contributiva de tales entidades que suplían, en cierta medida, la incapacidad del Estado para prestar los servicios de salud pública. El Estado, simplemente, promovió la incorporación de los privados al sistema nacional de salud. Además, por políticas de control y para garantizar la prestación idónea del servicio público,

⁵⁴ Sentencia dictada en el expediente 17914, con participación de conjuez

como era su deber tenía que incorporarlos al sistema de salud reinante en ese tiempo.

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCION CUARTA

SALVAMENTO DE VOTO

Consejero: HUGO FERNANDO BASTIDAS BARCENAS

Radicación número: 76001-23-31-000-2009-00378-01(19550)

Actor: CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S.A.

Demandado: MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI

AUTO

Con el acostumbrado respeto, disiento de la decisión que tomó la sala en la sentencia del 6 de diciembre de 2012. Esa sentencia confirmó la del 3 de febrero de 2012, que dictó el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca por la que se declaró la nulidad de los actos administrativos de liquidación del impuesto de industria y comercio que el municipio de Cali le formuló al Centro Médico Imbanaco de Cali S.A.

La sentencia reiteró la sentencia del 24 de mayo de 2012 que declaró la nulidad de ciertos actos administrativos⁵⁵, por la aparente interpretación errónea del literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 y del artículo 111 de la Ley 788 de 2002, interpretación errónea que habría hecho el Distrito Capital cuando dictó los actos acusados.

Habida cuenta de que en la sentencia del 24 de mayo de 2012 salvé el voto, reitero a continuación los argumentos que expuse para apartarme de esa sentencia y, por ende, de la sentencia del 6 de diciembre del mismo año.

⁵⁵ Los demandados dentro del expediente 25000232700020080011501. NÚMERO INTERNO: 17914. DEMANDANTE: CLÍNICA DE LA MUJER. DEMANDADO: DISTRITO CAPITAL. SENTENCIA: 24 DE MAYO DE 2012. MAGISTRADO PONENTE: MARTHA TERESA BRICEÑO DE VALENCIA.

En la sentencia se dice que, conforme con el correcto entendimiento de esas normas, las empresas que prestan servicios de salud en ejecución de planes complementarios o en virtud de la atención particular de pacientes sin cargo a ningún seguro médico obligatorio no están sujetas al impuesto de industria y comercio. Dijo que la no sujeción se aplicaba en atención a la naturaleza subjetiva (criterio orgánico) de que presta los servicios de salud, conforme con el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, y al origen de los recursos (criterio material) derivados de la prestación del servicio, conforme con el artículo 111 de la Ley 788 de 2002.

No comparto la decisión que tomó la Sala, por las siguientes razones:

Oposición a los argumentos referidos a la exención del impuesto de industria y comercio en virtud del sujeto que presta los servicios de salud.

El literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 dispone lo siguiente:

“Artículo 39. No obstante lo dispuesto en el artículo anterior, continuarán vigentes:

(...)

2. Las prohibiciones que consagra la Ley 26 de 1904; además, subsisten para los departamentos y municipios las siguientes prohibiciones:

(...)

d) La de gravar con el impuesto de industria y comercio, los establecimientos educativos públicos, las entidades de beneficencia, las culturales y deportivas, los sindicatos, las asociaciones de profesionales y gremiales sin ánimo de lucro, los partidos políticos y **los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud (...)** (negrilla fuera de texto)

La Sala fijó la interpretación de la norma transcrita y concluyó que “en lo que se refiere a *‘los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud’*, la intención del Legislador del año 1983, fue la de no someter a las entidades de salud al cumplimiento de ninguna de las obligaciones sustanciales ni formales relacionadas con el impuesto de industria y comercio.”

La interpretación se fundamentó esencialmente en que, de conformidad con los artículos 4, 5, 7 y 10 de la Ley 10 de 1990, las entidades públicas y privadas del sector salud conformaban y conforman el sistema nacional de salud.

Considero que la prohibición de gravar con el impuesto de industria y comercio prevista en la Ley 14 de 1983, a los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud no obedeció a que tales instituciones fueran simplemente parte de ese sistema sino a que, antes de la Ley 100 de 1993, el sistema nacional de salud era una actividad asistencial, de beneficencia o de “caridad”.

En efecto, la exención obedeció, en realidad, a que de una parte, el servicio de salud pública no era una actividad industrial, comercial o de servicios, al tenor de la Ley 14 de 1983, sino que era una especie equívoca de función pública⁵⁶ a cargo del Estado que se fundamentaba en la asistencia pública⁵⁷. Las entidades que prestaban ese servicio – función no podían estar gravadas con el impuesto de industria y comercio, porque la función pública no era hecho generador de tal impuesto.

De otra parte, la exención obedeció a que los servicios de salud pública los venían prestando los particulares, especialmente las entidades privadas de utilidad común, que promovieron la creación de hospitales, asilos, auspicios, orfanatos, casas de reposo, leprocomios, etc, financiados con recursos provenientes del erario (auxilios) o del producido de la explotación de los juegos de suerte y azar,

⁵⁶ El servicio público era entendido conforme la noción subjetiva, según la cual, los servicios públicos eran los “prestados” o “realizados” por la Administración Pública” [“La concepción subjetiva, en su inspiración original, Alberto Montaña Plata *“El concepto de servicio público en el derecho administrativo”*. Universidad Externado de Colombia. Segunda Edición. Mayo 2005. Bogotá- Colombia.]

En efecto, antes de la Constitución de 1991, tanto desde el punto de vista orgánico, material o formal⁵⁶ el servicio público era función pública. Desde el punto de vista material: el servicio público es función pública porque atañe a la actividad del Estado ejecutada para satisfacer necesidades de interés público, y sujeta al derecho público. Desde el punto de vista orgánico: el servicio público es función pública en virtud de los órganos públicos que cumplen las tareas de interés general sujetas al derecho público. Y, desde el punto de vista formal: el servicio público es función pública, porque el derecho público tiende a regular toda actividad orientada a la satisfacción de necesidades públicas.

⁵⁷ Acto Legislativo 01 de 1936. Artículo 16. La asistencia pública es función del Estado. Se deberá prestar a quienes careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla de otras personas, estén físicamente incapacitados para trabajar. La ley determinará la forma como se preste la asistencia y los casos en que deba darla directamente el Estado.

Conforme con el artículo 1 del Decreto Ley 3224 de 1963, la asistencia pública como función del Estado era entendida como la ayuda que éste debe prestar para procurar el bienestar individual, familiar y colectivo, y mediante la prevención y la recuperación de la salud de quienes careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla de otras personas, están incapacitados para trabajar” Cfr. Op. Cit 5.

de las loterías, de los impuestos por venta de licores y cigarrillos⁵⁸. De manera que la exención se fundamentó en principios de equidad, justicia social y capacidad contributiva de tales entidades que suplían, en cierta medida, la incapacidad del Estado para prestar los servicios de salud pública. El Estado, simplemente, promovió la incorporación de los privados al sistema nacional de salud. Además, por políticas de control y para garantizar la prestación idónea del servicio público, como era su deber tenía que incorporarlos al sistema de salud reinante en ese tiempo.

En efecto, dado que los particulares han prestado de vieja data los servicios de salud pública, incluso desde antes de la entrada en vigencia de la Ley 10 de 1990, el sistema nacional de salud que se adoptó en el año 1975⁵⁹ se gestó, precisamente, a raíz del proceso de fortalecimiento de las instituciones públicas y privadas dedicadas a la prestación de los servicios de asistencia pública y de servicios de salud.

En virtud de ese proceso de fortalecimiento, desde la Ley 12 de 1963 se creó el Plan Hospitalario Nacional, y en 1973, mediante la Ley 12, el Congreso le concedió facultades extraordinarias al ejecutivo para que reorganizara el sistema nacional de salud que había sido definido inicialmente por el Decreto 2470 de 1968.⁶⁰

En ejercicio de esas facultades, el ejecutivo expidió los Decretos 056, 350 y 356 de 1975 que regularon, respectivamente, el sistema nacional de salud; la organización y funcionamiento de los Servicios Seccionales de Salud y de las

⁵⁸ "Por iniciativa privada vinieron apareciendo en el país las instituciones de utilidad común, conformadas por fundaciones o corporaciones sin ánimo de lucro, establecidas por particulares que destinan parte de sus bienes a un fin social o aún esfuerzos para realizar actividades de beneficio social y cuya vigilancia ha estado a cargo del Estado.

Las instituciones de utilidad común estuvieron enmarcadas dentro del concepto de asistencia pública, regulado por el Estado conforme a la Ley 93 de 1938, y son todas aquellas entidades creadas por iniciativa privada y pública inicialmente, y sólo las de origen privado con posterioridad a la reforma administrativa de 1968 [3 Álvaro Tafur G. Establecimientos públicos e instituciones de utilidad común, Bogotá, Ministerio de Salud Pública, 1969, pp.47 y ss.; Ley 93 de 1938 y Decreto ley 3130 de 1968], que destinan un patrimonio a una finalidad social sin ánimo de lucro y sobre las cuales el Estado ejerce control y vigilancia, con la finalidad de que sus bienes se mantengan y cumplan el objeto para el cual fueron establecidas [4 Numeral 19 artículo 120, y artículos 36 y 44 C.P. de 1986; numeral 26 artículo 189 y artículo 36 CPC].

De igual manera, a iniciativa de los departamentos y municipios se crearon las Juntas de Beneficencia, encargadas de recaudar recursos con destino a la financiación de las instituciones de asistencia pública y que ayudaron a la construcción y sostenimiento de establecimientos de beneficencia, en los cuales se atendía a personas con necesidades sociales[5 Régimen legal de Loterías, Rifas y Concursos, Federación de Loterías de Colombia —Fedelco—, Ley 64 de 1923, Bogotá, PRAG, 1978, p.3]. Tomado de Leonardo Cañón Ortigón. Una visión Integral de la Seguridad Social. Universidad Externado de Colombia. Volumen I. 2ª edición actualizada. Bogotá, 2007.

⁵⁹ Leonardo Cañón Ortigón. Una visión Integral de la Seguridad Social. Universidad Externado de Colombia. Volumen I. 2ª edición actualizada

⁶⁰ idem

Unidades Regionales; y el régimen de adscripción y vinculación de las entidades que prestan servicios de salud.

El Decreto 056 de 1975, para efectos del sistema nacional de salud, definió que las entidades adscritas **“como entidades de asistencia pública”** eran todas las personas jurídicas de derecho público que prestaran servicios de salud a la comunidad, recibieran o no aportes del Estado. Y, así mismo, y con el mismo componente de **“asistencia pública”**, eran entidades adscritas, todas las personas jurídicas de derecho privado que prestaran los mismos servicios de salud, recibieran o no aportes estatales, y estuvieran o no sometidas al control y la vigilancia que preveía el artículo 120 ordinal 19 de la Constitución Política.⁶¹

Ahora bien, de conformidad con el Decreto 350 de 1975, el régimen de vinculación aludía a las entidades de derecho privado que prestaran los servicios de salud con ánimo de lucro o sin ánimo de lucro, a efectos de que pudieran ofrecer, auspiciar o iniciar la prestación de servicios de salud a la comunidad, pero con los requisitos que estableciera el Ministerio de Salud Pública [artículo 11]. Adicionalmente, debían suscribir contratos⁶² con los organismos o entidades del sistema nacional de salud en el respectivo nivel, para garantizar la implantación del régimen establecido en el mentado decreto.

En cuanto a los hospitales, el artículo 17 del Decreto 352 de 1975 precisó que funcionarían como entidades adscritas o vinculadas al sistema nacional de salud.

Lo expuesto permite reafirmar que la no sujeción del impuesto de industria y comercio a los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud no obedeció a que pertenecieran orgánicamente al sistema nacional de salud, sino a que, esencialmente, el servicio salud pública no era una actividad mercantil, sino un servicio que se asimilaba a una función pública a cargo del Estado, prestada directamente por este, mediante su propia red hospitalaria o la de particulares

⁶¹ 20. Ejercer el derecho de inspección y vigilancia **sobre instituciones de utilidad común**, para que sus rentas se conserven y sean debidamente aplicadas, y que en todo lo esencial se cumpla con la voluntad de los fundadores.

⁶² En el mismo sentido el artículo 24 de la Ley 10 de 1990

vinculados y en virtud de contratos administrativos, todo ello en un esquema confuso entre lo que es función pública y servicio público.

Ahora bien, los decretos citados fueron derogados expresamente por la Ley 10 de 1990, que reorganizó el sistema nacional de salud. Sin embargo, esta reforma en nada modificó la no sujeción del impuesto de industria y comercio, pues la reforma aludió, esencialmente, a asuntos de política de salud pública. Además, se ha dicho que este sistema *“prácticamente no se llevó a cabo por la expedición de la Constitución de 1991 y de la Ley 100 de 1993, que ordenó la conformación del Sistema de Seguridad Social Integral, dentro del cual es parte fundamental el Sistema General de Seguridad Social de Salud.”*⁶³

En todo caso, la Ley 10 de 1990 también fundamentaba el sistema nacional de salud en la “asistencia pública” como “función” del Estado [artículo 2].

Ahora bien, la entrada en vigencia de la Constitución Política de 1991 y de la Ley 100 de 1993 incide, a mi juicio, radicalmente en la interpretación del literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 toda vez que, la “asistencia pública” —motor de la prestación de los servicios de salud como una especie de función pública— se reemplazó por los conceptos modernos de seguridad y de protección sociales. El primero como servicio público obligatorio e irrenunciable, y, el segundo, como mecanismo de control de los recursos destinados a la seguridad social.

En efecto, de conformidad con el artículo 48 de la Carta Política, la seguridad social es un servicio público obligatorio e irrenunciable. Como servicio, puede ser prestado por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley y, en todo caso, bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Adicionalmente, la Constitución proscribió la utilización de los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.

⁶³ Idem Op. Cit. 5

Según la doctrina “el modelo de seguridad social colombiana, iniciada a raíz de la expedición de la Ley 100 de 1993 (...) está orientado a la sustitución de los esquemas de asistencia pública, previsión social y seguros sociales obligatorios que vino desarrollando el país durante las últimas cinco décadas.

Con el fin de mejorar los niveles de cobertura de la seguridad social, eliminar las inequidades resultantes del heterogéneo sistema desarrollado en más de medio siglo, tratar de solucionar los problemas de desfinanciación de las instituciones e incorporar elementos para hacer eficiente la prestación de los servicios y beneficios de la seguridad social [19]⁶⁴, con la expedición de la reforma de la seguridad social se plantea la construcción de un sistema de seguridad social integral, dentro del cual se orienten, coordinen y desarrollen las actividades de seguridad social, cuyas características básicas podrían resumirse de la siguiente forma:

1. Lograr la cobertura universal en forma progresiva, tanto para la población trabajadora y su familia, a través del aseguramiento obligatorio, como para el resto de la población por medio de subsidios.
2. Unificar los regímenes para hacer más racional y equitativo el sistema en el cubrimiento de las contingencias que afectan la salud y la pérdida de ingreso.
3. Adoptar un sistema mixto de financiación de tipo contributivo para las personas con recursos, y de carácter subsidiario para los grupos más vulnerables de la población, a través de la solidaridad general y del sector productivo.
4. Incorporar elementos de eficiencia en la administración de los servicios y beneficios de la seguridad social, como la libertad de elección, la libre competencia y los estándares mínimos de calidad.
5. La creación de una cultura del seguro, del ahorro, de la prevención, del autocuidado, de la responsabilidad personal, etc, que redunden en la mejor utilización de los recursos de la seguridad social.
6. Reconocer y auspiciar la participación del sector privado y público en la gestión de la seguridad social, bajo la orientación y control del Estado.
7. Tratar de desliar el desarrollo de la seguridad social de la relación laboral que vincule a los trabajadores dependientes de un empleador, con base en los nuevos postulados de la Constitución Política de 1991 (...)”⁶⁵

Para lo que nos interesa, entonces, el nuevo sistema de seguridad social en salud parte de la noción de **servicio público de salud** en sustitución de “los

⁶⁴ Cita original: Oscar Rodríguez S. et ál. Estructura y crisis de la seguridad social en Colombia 1946-1992, Bogotá, CID—Universidad Nacional, 1992, p.237.

⁶⁵ Idem Op. Cit. 5

*conceptos decimonónicos de asistencia pública y beneficencia*⁶⁶.

La modificación también implicó que los servicios de salud ya no se prestaran por el Estado y por los particulares contratados por aquel, dentro de un esquema de auxilios procedentes del erario o de la caridad de las personas, sino que se prestan como servicio obligatorio e irrenunciable por entidades públicas y privadas y bajo la coordinación y control del Estado, dentro de un esquema de libre competencia y libertad económica.

En efecto, en el contexto actual de servicio público de salud, el sistema general de seguridad social en salud está integrado, entre otros sujetos, por las entidades promotoras de salud en calidad de organismos de administración y financiación y, las instituciones prestadoras de salud, en calidad de prestadoras del servicio público de salud. [artículo 155 de la Ley 100 de 1993].

Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados al sistema de seguridad social en salud y del recaudo de las cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la Ley 100, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de los afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía. [artículo 177 de la Ley 100].

La unidad de pago por capitación (UPC) es el pago que se reconoce a cada entidad promotora de salud por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado. Esta Unidad se establece en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y le corresponde definirla al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud. [artículo 182 de la Ley 100 de 1993]

⁶⁶ Julio Silva Colmenares. "La modernización del Estado, el reto de la calidad y la eficiencia en el servicio de salud y el papel de la Superintendencia Nacional de Salud. Algunas reflexiones para la discusión". Superintendencia de Salud. Ediciones Macondo. 1992.

Estos son los recursos que, al tenor del artículo 48 de la Carta política, solo pueden destinarse para la prestación del servicio público obligatorio de la seguridad social en salud.

Ahora bien, las instituciones prestadoras de salud son aquellas que prestan los servicios de salud, en el nivel de atención correspondiente, a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la Ley 100 de 1993.

A efectos de garantizar la aplicación de los principios que orientan el sistema de seguridad social, las instituciones prestadoras de servicios de salud deben prestar los servicios de salud conforme con las reglas de la libre competencia y dentro del mercado de servicios de salud.⁶⁷

Dado el esquema de libre competencia que sugiere el nuevo sistema, el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 dispuso lo siguiente:

“ARTÍCULO 111. En su condición de recursos de la seguridad social, no forman parte de la base gravable del impuesto de industria y comercio, los recursos de las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el porcentaje de la Unidad de Pago Por Capitación, UPC, destinado obligatoriamente a la prestación de servicios de salud, conforme a su destinación específica, como lo prevé el artículo 48 de la Constitución Política.

Este porcentaje será para estos efectos, del ochenta por ciento (80%) en el régimen contributivo y del ochenta y cinco por ciento (85%) de la UPC en el régimen subsidiado.”

Considero que fue clarísima la intención del legislador de gravar la utilidad derivada del nuevo mercado de los servicios de salud. Sin embargo, los apartes subrayados de la norma fueron declarados inexecutable por la Corte

⁶⁷ ARTÍCULO 185. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.

PARÁGRAFO. Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. Es condición para la aplicación del régimen único de tarifas de que trata el Artículo 241 de la presente Ley, adoptar dicho sistema contable. Esta disposición deberá acatarse a más tardar al finalizar el primer año de vigencia de la presente Ley. A partir de esta fecha será de obligatorio cumplimiento para contratar servicios con las Entidades Promotoras de Salud o con las entidades territoriales, según el caso, acreditar la existencia de dicho sistema.

Constitucional, mediante sentencia C-1040 de 2003, por violación del artículo 48 de la Carta Política, en el entendido de que el 100% de los ingresos que perciben las entidades promotoras de salud por concepto de UPC deben estar destinados a satisfacer el servicio obligatorio de seguridad social en salud.

Esas consideraciones las hizo extensivas a los recursos que perciben las instituciones prestadoras de salud, en el entendido de que los servicios que prestan también se pagan con cargo a los recursos de la UPC.⁶⁸

Es importante precisar que la Corte Constitucional, en la sentencia C-1040 de 2003 aclaró que tales instituciones podían ser sujeto pasivo del impuesto de industria y comercio cuando realizaran actividades gravadas.

Es por eso que, en la sentencia del 3 de marzo de 2011⁶⁹ de la cual fui ponente, la Sala concluyó que cuando el literal d) del No. 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 dispone que no están sujetos al impuesto de industria y comercio “...*los servicios prestados por los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud*”, debe entenderse que en vigencia del actual sistema de seguridad social en salud, el servicio público de salud al que se refiere la norma, es aquel cuya prestación debe garantizar el Estado a través de las instituciones que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral y, especialmente, de las empresas promotoras de salud y de las instituciones prestadoras de servicios de salud, en ambos casos, de naturaleza pública, privada o mixta, pero en desarrollo del plan obligatorio de salud.

Adicionalmente, se dijo que constituye servicio público de salud los prestados en desarrollo de los planes que se ofrezcan en los regímenes especiales a que hace alusión el artículo 279 de la Ley 100 de 1993⁷⁰, y los que se

⁶⁸ En ese sentido se pronunció la Corte Constitucional en sentencia C-1040 de 2003 “17. Las anteriores consideraciones deben hacerse extensivas a las Instituciones Prestadoras de Salud -IPS-, pues en su condición de integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, están encargadas de la prestación de los servicios de salud a los afiliados con base en los recursos del POS que reciben de las EPS. En consecuencia, dichas entidades tampoco están obligadas a cancelar el impuesto de industria y comercio sobre las actividades comerciales y de servicios que comprometan recursos del POS, por tratarse de rentas parafiscales, y solamente lo harán sobre los recursos que no están destinados al POS.”

⁶⁹ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN CUARTA. Consejero ponente: HUGO FERNANDO BASTIDAS BÁRCENAS. Bogotá, D.C., Tres (3) de marzo de dos mil once (2011). Radicación: 250002327000200700243-01. N° Interno: 17459. Demandante: FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL- INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA. Demandado: SECRETARÍA DE HACIENDA-DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS.

⁷⁰ ARTÍCULO 279. EXCEPCIONES. El Sistema Integral de Seguridad Social contenido en la presente Ley no se aplica a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, ni al personal regido por el Decreto ley 1214 de 1990, con excepción de aquel que se vincule a partir de la vigencia de la presente Ley, ni a los miembros no remunerados de las Corporaciones Públicas.

prestan con cargo a los recursos del FOSYGA.⁷¹

Respecto de los otros ingresos que perciban las IPS por la prestación de servicios de salud, diferentes a los anteriormente establecidos, la Sala concluyó que estaban gravados, porque si bien son servicios que se pueden prestar por instituciones que forman parte del Sistema General de Seguridad Social en salud, se prestan como parte del mercado de servicios de salud, mercado que incluye, de una parte, los servicios prestados de manera obligatoria por ley (POS) o de manera obligatoria, por ejemplo, a instancia de sentencias judiciales y, de otra, los servicios prestados de manera voluntaria y extraordinaria a cambio de una contraprestación por servicios médicos que se prestan en virtud de seguros médicos, planes complementarios salud⁷² o por simple arbitrio del cliente, como cuando requiere servicios médicos extraordinarios⁷³.

Así mismo, se exceptúa a los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989, cuyas prestaciones a cargo serán compatibles con pensiones o cualquier clase de remuneración. Este Fondo será responsable de la expedición y pago de bonos pensionales en favor de educadores que se retiren del servicio, de conformidad con la reglamentación que para el efecto se expida.

Se exceptúan también, los trabajadores de las empresas que al empezar a regir la presente Ley, estén en concordato preventivo y obligatorio en el cual se hayan pactado sistemas o procedimientos especiales de protección de las pensiones, y mientras dure el respectivo concordato.

Igualmente, el presente régimen de Seguridad Social, no se aplica a los servidores públicos de la Empresa Colombiana de Petróleos, ni a los pensionados de la misma. Quienes con posterioridad a la vigencia de la presente Ley, ingresen a la Empresa Colombiana de Petróleos-Ecopetrol, por vencimiento del término de contratos de concesión o de asociación, podrán beneficiarse del régimen de Seguridad Social de la misma, mediante la celebración de un acuerdo individual o colectivo, en término de costos, forma de pago y tiempo de servicio, que conduzca a la equivalencia entre el sistema que los ampara en la fecha de su ingreso y el existente en Ecopetrol.

PARÁGRAFO 1o. La empresa y los servidores de que trata el inciso anterior, quedan obligados a efectuar los aportes de solidaridad previstos en esta ley.

Las entidades empleadoras referidas en el presente artículo, quedan facultadas para recibir y expedir los bonos correspondientes a los períodos de vinculación o cotización a que hubiere lugar, de conformidad con la reglamentación que para tal efecto se expida.

(...)

⁷¹ En sentencia T-760 de 2008, la Corte Constitucional precisó que "(...) Cuando una persona requiere un servicio de salud que no se encuentra incluido dentro del Plan Obligatorio de Servicios, y carece de recursos para cubrir el costo del mismo que le corresponda asumir, las entidades encargadas de asegurar la prestación del servicio (EPS) deben cumplir con su responsabilidad y, en consecuencia, asegurar el acceso a éste. **No obstante, es el Estado quien ha de asumir el costo del servicio, por cuanto le corresponde la obligación de garantizar el goce efectivo del derecho. En tal sentido, la jurisprudencia constitucional y la regulación han reconocido a la entidad aseguradora el derecho de repetir contra el Estado (ver secciones 4.4. y 6.2.), a través del Fosyga.** El adecuado financiamiento de los servicios de salud no contemplados en el POS depende entonces, del correcto flujo de recursos por parte del Estado para cubrir el pago de los recobros que reglamentariamente sean presentados por las entidades que garantizan la prestación del servicio. **En la medida en que tales costos no están presupuestados por el Sistema dentro del monto que recibe la entidad aseguradora de la prestación del servicio de salud por cuenta de cada uno de sus afiliados o beneficiarios (UPC, unidad de pago por capitación), su falta de pago atenta contra la sostenibilidad del sistema, y en tal medida, al acceso a la prestación de los servicios de salud que se requieran con necesidad. Al ser las entidades encargadas de garantizar la prestación del servicio (EPS), o incluso las instituciones prestadoras de salud (IPS), las que suelen asumir los costos de la demora de los pagos de los recobros, se genera además, una presión sobre éstas para dejar de autorizar la prestación de servicios de servicios no contemplados en el POS.** Así pues, en la medida que la capacidad del Sistema de Salud para garantizar el acceso a un servicio de salud depende de la posibilidad de financiarlo sin afectar la sostenibilidad del Sistema, el que no exista un flujo de recursos adecuado para garantizar el acceso a los servicios de salud que se requieran con necesidad, no incluidos dentro de los planes de servicio, obstaculiza el acceso a dichos servicios. (...)

⁷² ARTÍCULO 169. PLANES COMPLEMENTARIOS. *Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la presente Ley.*

⁷³ Por ejemplo, cirugías de estética.

La Sala se apartó de la anterior tesis que ya había adoptado, fundamentalmente por las siguientes razones:

Partió de reiterar la sentencia del 22 de abril de 2004 (Exp.13224), en la que la Sección Cuarta del Consejo de Estado habría dicho que sigue vigente el artículo 5° de la Ley 10 de 1990, “*toda vez que ‘el Sistema de Seguridad Social en Salud que desarrolló la Ley 100 de 1993 en nada afecta la no sujeción subjetiva del artículo 39 numeral 2° literal d) de la Ley 14 de 1983, si se tiene en cuenta el criterio teleológico de la norma’.*”

Que, “*además, el concepto de ‘Sistema de Salud’, hoy ‘Sistema de Seguridad Social en Salud’, debe ser apreciado en su alcance bajo las consideraciones existentes en la Ley 14 de 1983, que es la fuente normativa remota de la cual surge el beneficio fiscal para las entidades públicas o privadas del sector salud.*”

No comparto las conclusiones transcritas por cuanto, reitero, no se puede asimilar la filosofía del Sistema Nacional de Salud de los años ochenta —que era eminentemente asistencial y esquematizado desde una controversial “función pública” — al sistema de Seguridad Social en Salud que previó la Ley 100 de 1993, que es un servicio público obligatorio e irrenunciable, pero que se presta según un modelo de libre mercado, a pesar de que haya un plan obligatorio y una fuerte intervención controladora del Estado.

Además, el artículo 5° de la Ley 10 de 1990 no definió el sistema nacional de salud⁷⁴. Ese artículo simplemente describió cómo estaba conformado el sector salud⁷⁵, norma que difiere del artículo 8 de la Ley 100 de 1993 que regula la

⁷⁴ Lo definió el artículo 4°

⁷⁵ 5o. *Sector Salud*. El sector salud está integrado por:

1) El subsector oficial, al cual pertenecen todas las entidades públicas que dirijan o presten servicios de salud, y específicamente: *Ley 10 de 1990 6/38*

a) Las entidades descentralizadas directas o indirectas del orden nacional;

b) Las entidades descentralizadas directas o indirectas del orden departamental, municipal, distrital o metropolitano o las asociaciones de municipios;

c) Las dependencias directas de la Nación o de las entidades territoriales;

d) Las entidades o instituciones públicas de seguridad social, en lo pertinente a la prestación de servicios de salud, sin modificación alguna de su actual régimen de adscripción;

e) La Superintendencia Nacional de Salud, que a partir de la vigencia de la presente Ley, es un organismo adscrito al Ministerio de Salud, dentro del marco de la autonomía administrativa y financiera que le señala la ley, sin personería jurídica.

conformación del sistema de seguridad social, ya no como un simple grupo de instituciones públicas o privadas, sino como el conjunto armónico de esas entidades, las normas y procedimientos que las regulan y los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la citada ley. Es incompatible el espíritu y letra de la Ley 10 con el espíritu y letra de la Ley 100.

Entonces, la no sujeción al impuesto de industria y comercio que consagra el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, para “los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud” no dependía de si el artículo 5º de la ley 10 de 1990 estaba derogado o no, como se infiere de la sentencia de la cual me aparto.

Se dijo también en la sentencia que “tampoco sería procedente entender que existe una distinción entre “hospital” a que se refiere la norma de la no sujeción, y “clínica”, pues esta Corporación ha indicado que *“tales expresiones en su sentido natural y obvio vienen a ser sinónimas, toda vez que no tienen una referencia técnica ni ha sido definida especialmente por el legislador, y en cambio, los diccionarios de lenguaje usual y de expresión especializada se refieren indistintamente a ellos como “establecimientos destinados al tratamiento de enfermos.”*⁷⁶.

Discrepo también de esa conclusión toda vez que, claro, el análisis etimológico entre hospital y clínica era irrelevante. Lo relevante era advertir que la intervención privada en la prestación del servicio de salud prevista en la Ley 100 de 1993 es antagónicamente diferente a la intervención privada que se dio en el país con anterioridad a esa ley y que fundamentó, en parte, la organización del sistema nacional en salud en Colombia en esa época, tal como se precisó inicialmente.

2. El subsector privado, conformado por todas las entidades o perso-nas privadas que presten servicio de salud y, específicamente, por:

a) Entidades o instituciones privadas de seguridad social y cajas de compensación familiar, en lo pertinente a la prestación de servicios de salud;
 b) Fundaciones o instituciones de utilidad común;
 c) Corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro;
 d) Personas privadas naturales o jurídicas;

⁷⁶ Sentencia de 10 de junio de 2004, Exp. 13299, M.P. Dra. Elizabeth Whittingham García, reiterada en sentencia del 27 de agosto de 2009, Exp. 17126, M.P. Dra. Martha Teresa Briceño de Valencia, entre otras.

Fue de tal envergadura la modificación que hizo la Ley 100 de 1993 que contempló un régimen de transición para la adaptación al nuevo esquema [Título V de la Ley 100 de 1993], que demandaba de las personas jurídicas de derecho privado la acreditación de los requisitos exigidos para constituirse como instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, independientemente de la naturaleza pública o privada y de que el servicio se preste en clínicas o en hospitales en el entendido de que son parte de la infraestructura necesaria que estas instituciones requieren para la prestación del servicio de salud.

Adicionalmente, es fundamental advertir que se pasó de un modelo de actividad privada de carácter asistencial a un modelo de actividad privada basada en la libre competencia y de libertad económica, así haya regulación y control de parte del Estado, lo que es, por lo demás, su obligación.

En el primer modelo, en virtud de los principios de equidad y de justicia, era pertinente exonerar del impuesto de industria y comercio a los prestadores de servicios de salud que hacían asistencialismo y caridad, aunque también esos conceptos bajo esos negocios.

En el segundo modelo, los nuevos operadores ejecutan un servicio público con ánimo de lucro y, por ende, constitutivo del hecho generador del impuesto de industria y comercio. Sin embargo, el artículo 48 de la Carta Política decidió que los recursos de la seguridad social que perciban tales operadores, directamente (EPS) o indirectamente (IPS), no se pueden destinar ni utilizar para fines diferentes a la seguridad social. Por lo tanto, se configura el hecho generador, pero, por disposición constitucional, la base gravable se aminora para gravar con el impuesto de industria y comercio únicamente los recursos que excedan los recursos destinados exclusivamente para la seguridad social, tales como los derivados de los planes complementarios de salud.

De manera que, a mi juicio, no bastaba partir del hecho de que, a fin de cuentas, todos los operadores regulados en la ley 100 de 1993 prestan el servicio público de salud, situación que nadie niega.

Lo que ocurre es que, en materia tributaria es imperioso consultar los principios de justicia, equidad, igualdad y capacidad contributiva que permiten ilustrar el fundamento del beneficio o de la exención regulado en la ley y que, en todo caso, debe encontrar fundamento en la Constitución que consagra como fin último del Estado, entre otros: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución. Es más, todo beneficio o privilegio o descuento tributario es excepcional.

La sentencia de la cual me aparto destaca las sentencias de la Corte Constitucional en las que se ha dicho que “(...) **la prestación del servicio de salud en condiciones de competencia económica, no es incompatible con su carácter de interés público y su finalidad eminentemente social, pese a que se trata de sujetos que actúan motivados por intereses privados, que también gozan de la protección de la Constitución.**” Y, con fundamento en las mismas, la sentencia reconoce que “(...) dentro del mercado de servicios de salud, (...) tienen cabida todas las prácticas comerciales legales que pueden implementar los participantes del sector para ofrecer y vender sus servicios, lo cual es aplicable no sólo a la prestación de los previstos en el POS sino además a todos los planes adicionales que la Ley 100 de 1993 ha habilitado para que sean prestados por los particulares y que, como se vio, también hacen parte del servicio público de salud y se sujetan a las normas que sobre competencia rigen para la actividad económica y la iniciativa privada.” Sin embargo, concluye que esos servicios no son mercantiles⁷⁷.

Personalmente considero que por ser mercantiles tales servicios están gravados, pero, por disposición del artículo 48 de la Constitución Política, sólo están gravados los recursos que excedan los recursos previstos para cubrir el servicio público obligatorio e irrenunciable a la seguridad social en salud.

Fíjese, además, que en la sentencia de la cual me aparto, se deduce un presupuesto de sujeción al impuesto de industria y comercio, cuando el servicio de

⁷⁷ En suma, la Sala advierte que los servicios POS son una parte del servicio público de salud, que corresponde a la atención básica que el Estado puede garantizar, sin embargo, existen otros servicios que complementan al POS y que también hacen parte del servicio público de salud y, por tanto, los ingresos que reciben las clínicas y hospitales, por la prestación de esa clase de servicios no están sujetos al impuesto de industria y comercio, pues mantienen la naturaleza de servicios y no podrían clasificarse como actividades industriales o comerciales, para poder ser gravados.

salud se presta por una institución *“que no pertenezca al sistema de seguridad social integral”*.

Esa conclusión viola el derecho de igualdad de los prestadores de servicios de salud y desconoce los principios tributarios antedichos, pues se aparta del argumento principal de la sentencia según el cual, el servicio de salud no deja de serlo, independientemente de quien lo preste, con mayor razón si la Ley 100 de 1993 parte del presupuesto de que todo operador de esos servicios forma parte del sistema de seguridad social en salud y, para el efecto, debe cumplir los requisitos que exige la Ley. El sistema no está concebido para que haya operadores por fuera del mismo, porque está de por medio el ejercicio de una actividad de servicio público de interés general, que exige de la regulación, coordinación y control por parte del Estado, máxime que en esa actividad están de por medio derechos fundamentales.

Por las anteriores razones, considero que es errónea la interpretación del literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, a la que se llegó en la sentencia de la cual me aparto.

De la oposición a los argumentos referidos a la exención del impuesto de industria y comercio en consideración al origen de los recursos que se perciben por la prestación de los servicios de salud.

En relación con el origen de los recursos obtenidos por la prestación de servicios de salud, la Sala infirió que el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 se limitó a precisar que los recursos destinados a la seguridad social en salud no pueden ser gravados con el impuesto de industria y comercio. Que esa norma nada dijo sobre la causación del impuesto de industria y comercio por la prestación de servicios de salud que generen recursos adicionales a los destinados a los servicios obligatorios de salud.

La interpretación se fundamentó en el texto literal de la norma. Adicionalmente, la Sala no compartió los argumentos que la Corte Constitucional dijo en la sentencia C-1040 de 2003, respecto de que los recursos adicionales que por servicios de salud perciben las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de salud están gravados con el impuesto de industria y

comercio. Adujo que esas afirmaciones las planteó la Corte a título de *obiter dicta* y sin tener en cuenta las normas específicas que regulan el impuesto de industria y comercio.

También concluyó que el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 no había derogado tácitamente el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, pues no advirtió que hubiera incompatibilidad entre las dos disposiciones.

Pues bien, el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 reguló el impuesto de industria y comercio en la prestación de los servicios de salud pública en el siguiente sentido:

“ARTÍCULO 111. <Apartes tachados INEXEQUIBLES> En su condición de recursos de la seguridad social, no forman parte de la base gravable del impuesto de industria y comercio, los recursos de las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ~~en el porcentaje de la Unidad de Pago Por Capitación, UPC, destinado obligatoriamente a la prestación de servicios de salud,~~ conforme a su destinación específica, como lo prevé el artículo 48 de la Constitución Política.

~~Este porcentaje será para estos efectos, del ochenta por ciento (80%) en el régimen contributivo y del ochenta y cinco por ciento (85%) de la UPC en el régimen subsidiado~~

El artículo 111 de la Ley 788 de 2002 fue demandado por violación del artículo 48 de la Carta Política. Y la Corte consideró probada esa vulneración, esencialmente porque *“la actividad **comercial o de servicios de la EPS** no puede dar lugar al hecho generador del impuesto de industria y comercio cuando quiera que las mismas comprometen recursos de la Unidad de Pago por Capitación, (...)”*

La Corte Constitucional, previo análisis del nuevo sistema integral de seguridad social, calificó de actividad comercial la que desarrollan las EPS, consideración que hizo extensiva a las IPS. Pero no obstante esa consideración, interpretó que la exención del impuesto de industria y comercio estaba restringida a los recursos destinados a la seguridad social en salud, en virtud de lo dispuesto en el artículo 48 de la Constitución Política.

Consecuente con esa argumentación, interpretó acertadamente que, *“Por tanto, **solamente habría lugar a aplicar el aludido impuesto sobre la actividad comercial y de servicios de las EPS que compromete recursos que excedan los destinados exclusivamente para prestación del POS, pues son ingresos***

propios de las EPS sobre los cuales puede recaer el citado gravamen impositivo, sin que se esté vulnerando el artículo 48 Superior.”

Las conclusiones que expuso la Corte Constitucional no fueron dichas a título de obiter dicta, porque para llegar a las mismas partió del hecho de que en el nuevo esquema de seguridad social en salud, los servicios de salud pública se prestan dentro de los postulados de la libre competencia y libertad económica y, por tanto, en la actualidad, tales servicios tienen carácter mercantil. Así estén vinculados a regulaciones de servicio público.

Eso no es de extrañar: la actividad de transporte de personas es un servicio público y, sin embargo, se considera mercantil y sujeta a impuestos. La actividad bancaria es un servicio público y, sin embargo, sujeta a impuesto. Ni la una ni la otra es función pública, pues esto es legislar, dictar sentencias, dictar reglamentos y actos administrativos. Satisfacer necesidades de interés general es servicio público, y no necesariamente a cargo del Estado y siempre bajo su control.

Conforme con la sentencia C-037 de 1996, que citó la Sala en la providencia de la cual me aparto, *“gozan de cosa juzgada implícita los conceptos de la parte motiva que guarden una unidad de sentido con el dispositivo de la sentencia, de tal forma que no se pueda entender éste sin la alusión de aquellos”*.

Guarda unidad de sentido con la parte resolutive de la sentencia de la cual me aparto, que la Corte Constitucional, en la sentencia C-1040 de 2003, haya concluido que están gravados con el impuesto de industria y comercio los servicios de salud pública, pero que están exentos los recursos que se destinen a la seguridad social en salud, en virtud del nuevo esquema dentro del cual se prestan los servicios de salud pública. Por tanto, la sentencia debió dar cumplimiento a la sentencia de la Corte Constitucional.

Por último, lo anteriormente expuesto resulta ilustrativo para concluir que el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 no derogó el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983. Sin embargo, insisto en que la sentencia de la cual me aparto sí interpretó de manera errónea esas normas y, por tanto, discrepo de que

se haya calificado de *obiter dicta* las razones que se expusieron en la sentencia de 3 de marzo de 2011⁷⁸ que dictó esta misma sección.

En esta forma dejo expresadas las razones de mi salvamento de voto.

HUGO FERNANDO BASTIDAS BÁRCENAS

Fecha ut supra

⁷⁸ Expediente: 17459, Fundación Cardio Infantil – Instituto de Cardiología.

**Consejo de Estado: Sentencia 20117
del 11 de junio de 2014. C.P. Martha
Teresa Briceño**

INGRESOS Y/O RECURSOS DE CLINICAS Y HOSPITALES – Reiteración jurisprudencial. No se encuentran gravados con el impuesto de industria y comercio, siempre que provengan de la prestación del servicio de salud / SERVICIO DE SALUD – Evolución normativa. Noción. Es el que prestan las entidades e instituciones promotoras y prestadoras del servicio de salud, de naturaleza pública o privada / SISTEMA DE SALUD – Reemplazó al Sistema Nacional de Salud, sustituido, a su vez, por el Sistema de Seguridad Social en Salud / SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - Alcance. Se debe apreciar bajo las consideraciones de la Ley 14 de 1983, de la cual surge el beneficio fiscal de la no sujeción al ICA para clínicas y hospitales / LEY 100 DE 1993 – Aplicación. Su expedición no derogó tácitamente la clasificación del sector salud contenida en el artículo 5 de la Ley 10 de 1990 / IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO – No recae sobre las entidades de salud del Sistema de Seguridad Social en Salud / HOSPITALES Y CLINICAS DEL SECTOR PRIVADO – Incluye a las fundaciones, corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro y, las personas naturales o jurídicas

(...) se advierte que el asunto planteado en este proceso ha sido analizado en anteriores oportunidades, por lo que se procede a reiterar en lo pertinente, las consideraciones que han sido expuestas en relación con la no sujeción de clínicas y hospitales al impuesto de industria y comercio. El artículo 39 numeral 2) literal d) de la Ley 14 de 1983, en concordancia con lo dispuesto en los artículos 74 y 337 parágrafo del Decreto 710 de 2000 (Estatuto Tributario de Medellín), prohíbe gravar con el impuesto de industria y comercio a «los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud». *Esta es una no sujeción de carácter subjetivo, pues, según el artículo 32 ibídem, son sujetos pasivos del impuesto, las personas naturales, jurídicas y sociedades de hecho.* Ahora bien, el **Sistema Nacional de Salud** a que se refiere el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, fue reemplazado en la Ley 10 de 1990 por el «**Sistema de Salud**». Según el artículo 4° de la Ley 10 de 1990, forman parte, del Sistema «*tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, como también en lo pertinente, las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud*». El artículo 5° [num 2] de la Ley 10 de 1990, en concordancia con el artículo 7 de la misma ley, dispuso que hace parte del sector salud, el subsector privado, que está compuesto por todas **las entidades o personas privadas** que presten servicios de salud, dentro de las cuales incluyó las fundaciones o instituciones de utilidad común, las corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro y las personas privadas naturales o jurídicas. De acuerdo con las normas en mención, los hospitales hacían parte del Sistema de Salud, así pertenecieran al *sector privado*, incluidas las fundaciones, corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro o de utilidad común. En relación con el artículo 39 numeral segundo literal d) de la Ley 14 de 1983, en lo que se refiere a «*los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud*», la intención del legislador fue la de no someter a las entidades de salud al cumplimiento de ninguna de las obligaciones sustanciales ni formales relacionadas con el impuesto de industria y comercio. Con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 se reorganizó nuevamente el sector salud, bajo el nombre de «**Sistema de Seguridad Social en Salud**». (...) De acuerdo con lo anterior, el concepto de «Sistema de Salud», hoy «Sistema de Seguridad Social en Salud», debe ser apreciado en su alcance bajo las consideraciones existentes en la Ley 14 de 1983, que es la fuente normativa de la cual surge el beneficio fiscal para las entidades públicas o privadas del sector salud. Por ello no es posible considerar que, en virtud de la expedición de la citada Ley 100, se haya presentado una derogatoria tácita del artículo 5 de la Ley 10 de 1990, que haría inaplicable la no sujeción al gravamen que consagra el numeral 2 literal d) del

artículo 39 de la Ley 14 de 1983, para “los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud”, como lo sostuvo la demandada en la contestación.

FUENTE FORMAL: LEY 14 DE 1983 – ARTICULO 39 NUMERAL 2 LITERAD D / DECRETO MUNICIPAL 710 DE 2000 – ARTICULO 74 / DECRETO MUNICIPAL 710 DE 2000 – ARTICULO 337 PARAGRAFO / LEY 10 DE 1990 – ARTICULO 4 / LEY 10 DE 1990 – ARTICULO 5 NUMERAL 2 / LEY 100 DE 1993 – ARTICULO 156 / LEY 100 DE 1993 – ARTICULO 177 / LEY 50 DE 1984 – ARTICULO 11

NOTA DE RELATORIA: Sobre la no sujeción de clínicas y hospitales al impuesto de industria y comercio se reiteran las sentencias del Consejo de Estado, Sección Cuarta, de 2 de enero de 2001, Exp. 68001-23-15-000-1998-00408-01(10888), C.P. Juan Ángel Palacio Hincapié; de 10 de junio de 2004, Exp. 25000-23-27-000-2000-01495-01(13299), C.P. Elizabeth Whittingham García; de 9 de diciembre de 2004, Exp. 50001-23-31-000-1997-06271-01(14174) y de 13 de octubre de 2005, Exp. 25000-23-27-000-2003-00801-01(15265), C.P. Ligia López Díaz; de 5 de mayo de 2005, Exp. 66001-23-31-000-2002-00941-01(14442), de 7 de febrero de 2008, Exp. 25000-23-27-000-2003-00988-01(15785) y de 10 de abril de 2008, Exp. 25000-23-27-000-2005-01943(16640), C.P. María Inés Ortiz Barbosa; de 14 de octubre de 2010, Exp. 25000-23-27-000-2007-00187-01(17926), C.P. Carmen Teresa Ortiz de Rodríguez; de 24 de enero de 2013, Exp. 76001-23-31-000-2007-00160-01(18467), C.P. William Giraldo Giraldo; de 24 de mayo de 2012, Exp. 25000-23-27-000-2008-00115-01(17914), de 16 de agosto de 2012, Exp. 76001-23-31-000-2007-01668-01(18114), de 6 de diciembre de 2012, Exp. 76001-23-31-000-2009-00378-01(19550) y de 28 de diciembre de 2013, Exp. 08001-23-31-000-2008-00139-01(18736), C.P. Martha Teresa Briceño de Valencia.

NOTA DE RELATORIA: La síntesis del asunto es la siguiente: La sociedad Centro de Terapia Renal Bolivariana Ltda. demandó la nulidad de los actos administrativos por medio de los cuales el Municipio de Medellín modificó la declaración del Impuesto de Industria y Comercio, Avisos y Tableros de los años gravables 2001 y 2002, en el sentido de desconocer las deducciones que por servicios de salud liquidó el contribuyente en las declaraciones privadas e impuso sanción por inexactitud. La Sala modificó la sentencia proferida por el Tribunal Administrativo de Antioquía que anuló los actos acusados; declaró en firme las declaraciones de industria y comercio presentadas por la sociedad actora y ordenó la devolución indexada de las sumas que se cancelaron en virtud de los actos anulados, por cuanto concluyó que si bien había lugar a reiterar las consideraciones expuestas por la sección en relación con la exención al impuesto de industria y comercio para las clínicas y hospitales adscritos y vinculados al Sistema Nacional de Salud, consagrada en el artículo 39, numeral 2, literal d) de la Ley 14 de 1983 y el Decreto 352 de 2002, no es procedente confirmar la orden impartida por el *a quo* relativa a la devolución de lo pagado como consecuencia de los actos anulados, toda vez que esta no se deriva de las pretensiones de la demanda ni de la declaratoria de nulidad de los actos objeto de control jurisdiccional. En ese orden de ideas la Sala señaló que en el proceso no se demostró que, como entidad vinculada al Sistema General de la Seguridad Social, los servicios que la demandante prestó como IPS no provenían directamente de la retribución de dicho servicio, sino que por contrario el análisis se centró en la naturaleza jurídica de los ingresos percibidos por los planes de atención complementaria – PAC y no por el ejercicio de actividades industriales y comerciales, motivo por el cual al hacer parte de los ingresos provenientes del servicio público de salud, no constituyen base gravable para la liquidación del ICA.

ACTIVIDAD DE SERVICIOS PRESTADOS POR LAS ENTIDADES HOSPITALARIAS - Son las únicas a las que se les puede aplicar la exención del impuesto de industria y comercio / ACTIVIDADES INDUSTRIALES Y COMERCIALES DE CLINICAS Y HOSPITALES – No se encuentran cobijadas por la no sujeción del artículo 39 numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983, pues el legislador indicó expresamente su exclusión / EXENCION DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO PARA CLINICAS Y HOSPITALES – No está condicionada a que los servicios prestados se encuentren dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS) / PLAN OBLIGATORIO DE SALUD – Los ingresos recibidos por su prestación, no están sujetos al impuesto de industria y comercio

Ahora bien, en cuanto a los recursos que perciban las clínicas y hospitales destinados a la prestación del servicio público de salud, si bien no son susceptibles de ser gravados con el impuesto de Industria y Comercio, el artículo 11 de la Ley 50 de 1984 prevé que cuando estas entidades realicen actividades **industriales o comerciales** serán sujetos del impuesto de industria y comercio en lo relativo a tales actividades. Con base en el citado artículo 11 de la Ley 50 de 1984, los recursos provenientes de actividades *industriales y comerciales*, que no sean propias de las entidades hospitalarias, no quedan cobijados por la no sujeción del artículo 39 numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983. Es decir, que las *actividades de servicios* que prestan los hospitales en su calidad de tales son las únicas a las que se les puede aplicar la no sujeción creada por el legislador. Con base en lo anterior, en la sentencia de 24 de mayo de 2012, Exp. 17914, que ahora se reitera, la Sala precisó que carece de fundamento legal sostener que todas las actividades que no sean financiadas con recursos del POS se hallan gravadas con el impuesto de industria y comercio. En efecto, del artículo 39 numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983 se establece que la no sujeción fue concedida por la ley a las entidades o instituciones constituidas para la prestación de servicios de salud por el solo hecho de tener esa condición sin que el legislador hubiera hecho alguna precisión en cuanto al origen de los recursos que manejan. Además, el propio legislador indicó qué tipo de actividades de esas instituciones eran las que podían ser gravadas con el tributo, al referirse expresamente en el artículo 11 de la Ley 50 de 1984 a las actividades industriales y comerciales. El argumento de la demandada, en cuanto sostiene que los servicios médicos prestados por fuera del Plan Obligatorio de Salud (POS) deben ser gravados con ICA, equivale a convertir automáticamente la prestación de servicios de salud en actividades comerciales cuando ello no se desprende de la normativa que rige el impuesto de industria y comercio para las clínicas y hospitales pues, se reitera, sólo serán gravables las actividades que estas instituciones realicen si son *industriales y comerciales*, y sin que por el hecho de tratarse de servicios prestados fuera del POS dejen de tener la condición de “servicios” propios de estas instituciones que es sobre lo que recae la no sujeción al tributo. En este punto, la Sala precisa que si bien el artículo 49 de la Constitución Política hace referencia a que la salud es un servicio público, no sólo pueden entenderse como integrantes de ese servicio los que se derivan exclusivamente del **Plan Obligatorio de Salud**, conforme con lo establecido por la Ley 100 de 1993. Lo anterior, teniendo en cuenta que, la no sujeción dispuesta en la Ley 14 de 1983 no está condicionada a que los servicios prestados correspondan a los contenidos en el POS, pues el beneficio se dirige a no gravar el ingreso que proviene directamente como retribución del servicio de salud que prestan los hospitales y clínicas.

FUENTE FORMAL: LEY 50 DE 1984 – ARTICULO 11 / LEY 14 DE 1983 – ARTICULO 39 NUMERAL 2 LITERAL D / CONSTITUCION POLITICA - ARTICULO 49

SERVICIO PUBLICO ESCENCIAL DE SALUD – Noción. Corresponde al conjunto básico de servicios de atención en salud, es decir de aquellos que integran el Plan Obligatorio de Salud / **ACCESO AL SERVICIO PUBLICO ESCENCIAL DE SALUD – Alcance.** Su prestación se debe garantizar a toda la población en todos los niveles de atención, conforme los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad / **PLANES DE ATENCION COMPLEMENTARIA O ADICIONALES DE SALUD – Elementos.** A pesar de ser un beneficio opcional y voluntario, como servicio privado es de interés público, por lo que hace parte integral del Sistema de Seguridad Social en Salud / **EXENCION DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO PARA CLINICAS Y HOSPITALES – Abarca** de manera general los ingresos y/o recursos obtenidos en la prestación del servicio de salud, incluso los provenientes de los planes de atención complementaria (PAC) / **SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – Comprende** tanto el servicio público esencial como los servicios adicionales / **ACTIVIDAD DE SERVICIOS DE HOSPITALES Y CLINICAS – Son exentos** del impuesto de industria y comercio incluyendo los ingresos del POS

El legislador, dentro de su libertad de configuración del Sistema de Seguridad Social, escogió un modelo en el que concurren el Estado y los particulares para la prestación del servicio público de salud. (...) Concretamente en relación con la Seguridad Social en Salud, dentro del esquema de la Ley 100 de 1993, señaló que los objetivos del Sistema de Seguridad Social en Salud *“son regular el **servicio público esencial de salud** y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención”* y dispuso dos formas de acceder al mencionado Sistema, así: 1. Como *afiliados*, bien sea al régimen contributivo o subsidiado, a quienes se les presta el servicio público de salud mediante los Planes Obligatorios de Salud expedidos para cada uno de los regímenes antes mencionados. 2. Como *vinculados*, para aquellas personas que no tienen capacidad de pago, pero que mientras acceden al régimen subsidiado, el Estado les ofrece un plan de atención básica en salud. A los afiliados al régimen contributivo, la Ley 100 de 1993, además de garantizarles los servicios del POS, ha previsto la posibilidad de que puedan acceder a *“Planes Adicionales de Salud”* (PAS) que permiten mejorar los servicios que reciben del Sistema y que son financiados con recursos propios, tal como lo prevé el artículo 17 del Decreto 806 de 1998 (...) Ahora bien, los Planes Adicionales de Salud son definidos como el *“conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria. El acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los particulares, como un servicio privado de **interés público**, cuya prestación no corresponde prestar al Estado, sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias. (...)*” De acuerdo con el artículo 169 de la Ley 100 de 1993, los PAS pueden ser de diferentes tipos: - **Planes de atención complementaria** del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud. - Planes de Medicina Prepagada, de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada. - Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera. - Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud. Todos los anteriores planes tienen en común que su objeto es la **prestación de servicios de salud** y están regulados *dentro* del sistema de seguridad social en salud, como beneficios adicionales al servicio público *esencial* que se garantiza a través del

Sistema de Seguridad Social en Salud. La Corte Constitucional ha señalado que en la prestación del servicio público de salud tienen cabida otros planes que complementan los derechos prestacionales y que aunque se trate de planes adicionales **hacen parte del servicio público de salud**, (...) la Sala advierte que constitucionalmente el servicio público es amplio en cuanto se refiere a la “atención en salud”. (...) En esas condiciones, se insiste, no es de recibo el argumento de la Administración en el sentido de aplicar la no sujeción, dependiendo de los recursos con los que se pagan los servicios de salud o de si están o no incluidos en el POS, porque el beneficio que en materia de impuesto de industria y comercio prevé la Ley 14 de 1983, abarca de manera general la *actividad de servicios* que prestan los hospitales y clínicas, situación que, a la luz de la normativa vigente en materia de salud, mantiene vigencia en la medida en que, se insiste, la finalidad de la norma fue la de no someter a estas instituciones a obligaciones formales ni sustanciales en materia de ICA, respecto de las actividades de servicios que presten.

FUENTE FORMAL: CONSTITUCION POLITICA – ARTICULO 48 / CONSTITUCION POLITICA – ARTICULO 49 / LEY 100 DE 1993 – ARTICULO 152 / LEY 100 DE 1993 – ARTICULO 157 / DECRETO 806 DE 1998 – ARTICULO 17 / LEY 100 DE 1993 – ARTICULO 169 / DECRETO 806 DE 1998 – ARTICULO 23 / DECRETO 806 DE 1998 – ARTICULO 7 / LEY 1438 DE 2011 – ARTICULO 37 / CONSTITUCION POLITICA – ARTICULO 333

NOTA DE RELATORIA: Sobre el alcance de los planes complementarios o adicionales en la prestación del servicio público de salud se citan las sentencias de la Corte Constitucional, C-331 de 2003, M.P. Rodrigo Escobar Gil; T-732 de 1998, M.P. Fabio Morón Díaz; T-307 de 1997, M.P. José Gregorio Hernández Galindo; T-236 de 2003, M.P. Jaime Córdoba Triviño y T-1064 de 2005, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra

NOTA DE RELATORIA: Sobre la naturaleza jurídica del sistema de seguridad social en salud se cita la sentencia de la Corte Constitucional, C-974 de 2002, M.P. Rodrigo Escobar Gil

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCION CUARTA

Consejero ponente: MARTHA TERESA BRICEÑO DE VALENCIA

Bogotá D.C., once (11) de junio de dos mil catorce (2014)

Radicación número: 05001-23-31-000-2005-00663- 01(20117)

Actor: CENTRO DE TERAPIA RENAL BOLIVARIANA LTDA.

Demandado: MUNICIPIO DE MEDELLIN

FALLO

La Sala decide el recurso de apelación interpuesto por el demandado contra la sentencia del 20 de noviembre de 2012 del Tribunal Administrativo de Antioquia – Sala Cuarta de Decisión, mediante la cual accedió a las pretensiones de la demanda.

La parte resolutive del fallo apelado dispuso:

PRIMERO: DECLARAR la nulidad de la Liquidación Oficial de Revisión No. 545 del 2 de marzo de 2004 y de la Resolución No. SH 17-664 del 8 de julio de 2004 proferidas por la Secretaría de Hacienda del municipio de Medellín.

SEGUNDO: Como consecuencia de la anterior declaración, se **RESTABLECE EL DERECHO** en el sentido de **DECLARAR** en firme las Declaraciones de Industria y Comercio y Avisos del año base 2001 – periodo gravable 2002 presentada el día 30 de abril de 2002, y del año base 2002 – periodo gravable 2003 presentada el día 30 de abril de 2003, por la sociedad **CENTRO DE TERAPIA RENTAL BOLIVARIANA LTDA.**; así mismo se **ORDENA** la devolución, si fuera pertinente, de las sumas que la demandante haya cancelado en virtud de los actos anulados, en forma indexada según lo expuesto en la parte motiva.

TERCERO: Sin condena en costas

ANTECEDENTES

El 30 de abril de 2002 y el 30 de abril de 2003, el Centro de Terapia Renal Bolivariana presentó las declaraciones del impuesto de industria y comercio por los años base 2001 y 2002, periodos gravables 2002 y 2003, respectivamente. Para el año base 2001, la contribuyente liquidó un impuesto a cargo de \$3.758.000. Y, para el año base 2002, el impuesto a pagar fue \$0 por las retenciones practicadas en el periodo¹.

El 14 de noviembre de 2003, la Secretaría de Hacienda de la Alcaldía de Medellín profirió el requerimiento especial 1925², mediante el cual propuso desconocer las deducciones por servicio de salud liquidadas por la contribuyente en las declaraciones privadas de los años 2001 y 2002, con fundamento en que la contribuyente no hace parte del Sistema Nacional de Salud y porque el concepto de Unidad de Pago por Capitación (UPC) se gira a las entidades promotoras de salud EPS, entonces, las IPS deben incluir el total

¹ Fls. 20 y 21

² Fls. 103 a 108

de sus ingresos de salud en la base gravable. En consecuencia, la Administración liquidó el impuesto a cargo para los periodos señalados, así:

AÑO BASE	2002
BASE GRAVABLE ANUAL	\$6.929.928.743
ICA	\$69.299.287
IMPUESTO DE AVISOS Y TABLEROS	\$0
RETENCIONES	\$3.703.000
SANCIÓN POR INEXACTITUD	\$27.537.920

AÑO BASE	2001
BASE GRAVABLE ANUAL	\$3.248.752.000
ICA	\$32.487.520
IMPUESTO DE AVISOS Y TABLEROS	\$0
RETENCIONES	\$2.929.000
SANCIÓN POR INEXACTITUD	\$10.320.208

El 2 de marzo de 2004, la Administración profirió la Resolución 545 mediante la cual practica la liquidación oficial de revisión en la que confirma las modificaciones propuestas en el requerimiento especial³.

Contra la anterior decisión, la contribuyente interpuso recurso de reconsideración⁴, el cual fue decidido mediante Resolución SH 17-664 de 2004 en el sentido de confirmar el acto recurrido⁵.

DEMANDA

El Centro de Terapia Renal Bolivariana Ltda., en ejercicio de la acción consagrada en el artículo 85 del Código Contencioso Administrativo, solicitó que se anule la liquidación oficial de revisión y la resolución que decidió el recurso de reconsideración. A título de restablecimiento del derecho, pidió que se declare que no hay lugar a la determinación del mayor valor por ICA ni a la sanción por inexactitud, que las declaraciones presentadas por los años gravables 2001 y 2002 están en firme y que se condene en costas al ente demandado.

Invocó como disposiciones violadas las siguientes:

- Artículos 48, 95 numeral 9° y 363 de la Constitución Política;
- Artículo 39 numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983.
- Artículos 154 literal g) y 155 de la Ley 100 de 1993.

³ Fls. 23 a 24

⁴ Fls. 25 a 42

- Artículos 2, 3 y 35 del Código Contencioso Administrativo.
- Artículos 647 inciso 6 y 683 del Estatuto Tributario.
- Artículos 74 y 337 parágrafo del Decreto 710 de 2000 (Estatuto Tributario Municipal)

El concepto de violación se sintetiza así:

1. Nulidad total de los actos demandados por indebida o falsa motivación

Explicó que el ente demandado sostiene que la actora está obligada a gravar con ICA los ingresos que percibe por la prestación de servicios de salud, con fundamento en lo siguiente: (i) la prohibición establecida en la Ley 14 de 1983 y en el Estatuto Tributario Municipal opera únicamente para los hospitales vinculados al Sistema Nacional de Salud, (ii) que para las IPS solo son deducibles de la base gravable de ICA los ingresos provenientes del POS de acuerdo con lo establecido en la sentencia C-1040 de 2003 de la Corte Constitucional, hecho que no afecta las declaraciones de los años gravables 2001 y 2002 por cuanto esta sólo tendría aplicabilidad a partir del año 2004, y (iii) que los ingresos que percibe la demandante no son ingresos provenientes del POS y, por tanto, no son deducibles de la base gravable del ICA.

Señaló que la discusión no debe centrarse en si la sociedad recibe o no recursos del POS, ni en la aplicabilidad del fallo de la Corte Constitucional, por cuanto la prohibición de gravar con el ICA a las IPS, surge no a partir del artículo 111 de la Ley 788 de 2002 o la sentencia dictada por la Corte Constitucional que declaró inexecutable un aparte de dicha norma, sino como consecuencia de una expresa prohibición constitucional y legal, la cual fue flagrantemente violada por la Administración.

Dijo que, según lo dispuesto en el literal g) del artículo 154 de la Ley 100 de 1993, se puede concluir que los recursos que deben destinarse a la seguridad social no pueden tener fines diferentes a este sistema, como sería el pago de impuestos. Al respecto citó la sentencia C-828 de 2001, que si bien trata del gravamen a los movimientos financieros, contiene afirmaciones de carácter general aplicables al evaluar la gravabilidad de los recursos parafiscales de las entidades que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

⁵ Fls. 44 a 47

Precisó que en los Conceptos 7668 del 26 de noviembre de 2002, 7283 del 26 de septiembre de 2003, 144 del 7 de enero y 2190 del 25 de febrero de 2004 del Ministerio de Protección Social, se indica que las Leyes 14 de 1983 y 50 de 1994 determinan la no sujeción al ICA, a la actividad de servicios de salud desarrollada por una entidad y no a la naturaleza jurídica y que las entidades que antes conformaban el Sistema Nacional de Salud hoy están integradas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y, por tanto, exentas del gravamen, de acuerdo con el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 la cual está vigente.

Resaltó que en los citados conceptos también se señala que los recursos de las IPS no pueden ser gravados en ningún monto por el impuesto de industria y comercio pues la misma Ley 14 de 1983 exonera del gravamen a los hospitales públicos y privados que forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, hoy denominados IPS.

Afirmó que los actos demandados desconocen el criterio reiterado del Consejo de Estado, en el sentido de que todos los ingresos por prestación de servicios de salud están excluidos del impuesto según la Ley 14 de 1983, independientemente de su naturaleza pública o privada. Transcribió apartes de las sentencias del 10 de junio de 2004, Exp. 13299 y del 22 de abril de 2004, Exp. 13224.

2. Nulidad total de los actos demandados por violación al debido proceso y al derecho de defensa

Manifestó que los argumentos que fueron expuestos por la demandante ante la Administración no fueron valorados al momento de proferir los actos demandados, en especial, los relacionados con: (i) la normativa que ha definido las instituciones que hacen parte del sistema nacional de salud, el cual fue reemplazado por el Sistema General de Seguridad Social en Salud y del que hacen parte, entre otras, las IPS, públicas, privadas o mixtas, incluidos los hospitales, cualquiera que sea su naturaleza (ii) el criterio jurisprudencial del Consejo de Estado en cuanto a que las entidades que prestan servicios de salud, por ese solo hecho no pueden estar gravadas con ICA y (iii) los diferentes conceptos emitidos sobre este tema por el Ministerio de la Protección Social.

3. Nulidad de los actos administrativos demandados por violación de las normas en que han debido fundarse

Sostuvo que las razones expuestas en los puntos anteriores corroboran que los actos administrativos demandados violan las normas en que han debido fundarse y, en consecuencia, están viciados de nulidad.

Señaló que es procedente la existencia de una diferencia de criterios en cuanto al derecho aplicable para la determinación del ICA entre el Municipio y el actor, pues éste sustentó su criterio en la jurisprudencia del Consejo de Estado sobre las normas aplicables al caso.

OPOSICIÓN

El Municipio de Medellín se opuso a las pretensiones de la demanda, con los argumentos que se resumen así:

El artículo 39, numeral 2º literal d) establecía la prohibición de gravar con ICA a los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud. La adscripción y la vinculación estaban en ese entonces definidas en normas legales que sustentaban la organización del Estado colombiano, como eran los Decretos 1050 y 3110 de 1968 y 356 de 1975.

Con la Ley 10 de 1990, la clasificación que se hacía respecto del Sistema Nacional de Salud en el Decreto 356 de 1975 desapareció, pues a partir de dicha ley existe un “sector salud” integrado por dos subsectores, el oficial y el privado, pero de los cuales no se puede predicar que estén adscritos o vinculados, entonces, por sustracción de materia no puede operar el tratamiento preferencial de no sujeción que se había previsto para esta clase de entidades en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 y sin que la Ley 10 de 1990 hubiera previsto algún beneficio tributario.

La declaratoria de inexecutable de los artículos 92 y 121 de la Ley 633 de 2000 definió que dichos artículos no están incorporados a la Ley 14 de 1983, para lo cual transcribió apartes de la sentencia C-245 de 2002.

SENTENCIA APELADA

El Tribunal accedió a las pretensiones de la demanda con fundamento en lo siguiente:

Estimó el *a quo* que el artículo 39 numeral 2º, literal d) de la Ley 14 de 1983 que señala la prohibición de imponer el gravamen de industria y comercio a los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud es anterior a la vigencia del Sistema Nacional de Salud reorganizado por la Ley 10 de 1990 y del Sistema General de Seguridad Social en Salud establecido por la Ley 100 de 1993.

Afirmó que al momento de la expedición de la Ley 14 de 1983, el Decreto 356 de 1975 señalaba que las entidades privadas, por el solo hecho de prestar servicios de salud, se entendían vinculadas al Sistema Nacional de Salud, en los términos de su artículo 9º, por lo que dentro de los supuestos de aplicación de la no sujeción -prevista en la Ley 14 de 1983- estaban las entidades privadas prestadoras de los servicios de salud. Posteriormente, la Ley 10 de 1990 reorganizó el sistema de salud e indicó que el sector estaba conformado, entre otras, por las entidades de naturaleza privada.

Por lo anterior, el *a quo* concluyó que, desde la expedición de la Ley 14 de 1983 y pese a las modificaciones, las entidades privadas han sido consideradas integrantes del Sistema de Salud e incluidas dentro de los supuestos de prohibición de la norma, teniendo como criterio la prestación de servicios de salud, independiente de su naturaleza pública o privada, a partir de un análisis teleológico de la norma.

Señaló que con la Constitución de 1991 se concibió un nuevo sistema de salud, el cual fue desarrollado por la Ley 100 de 1993, con la denominación de Sistema General de Seguridad Social en Salud. Indicó que el artículo 48 de la Carta prevé que la seguridad social es un servicio público que se presta bajo la dirección y coordinación del Estado, pero ello no impide que dicho servicio sea prestado por entidades privadas, pues la misma Constitución autorizó la concurrencia de éstas entidades públicas en la prestación del servicio y, de manera coherente, así lo determinó el artículo 155 de la Ley 100 de 1993 al incluir a las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas o privadas.

Precisó el Tribunal que la normativa actual permite afirmar que las IPS son integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por lo cual están dentro de los supuestos de la aplicación de la prohibición establecida en el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, tal como lo consideró la Sección Cuarta del Consejo de Estado en la sentencia del 24 de mayo de 2012, Exp. 17914, M.P. Dra. Martha Teresa Briceño de Valencia que reiteró el criterio expuesto en la sentencia del 22 de abril de 2004, Exp. 13224, M.P. Dr. Germán Ayala Mantilla.

Sin embargo, el *a quo* aclaró que las IPS pueden obtener recursos directamente del Sistema de Seguridad Social en Salud, por expresa autorización de la Constitución, u obtenerlos en desarrollo de actividades industriales y comerciales, eventos éstos últimos en los cuales las instituciones prestadoras de servicios de salud son sujetos pasivos del impuesto de industria y comercio, pero sólo respecto de los ingresos que no hacen parte de su actividad de prestación de servicios de salud.

En cuanto al caso concreto, manifestó que, a partir del análisis del acervo probatorio, puede concluirse que la actora tiene como objeto la prestación de servicios de salud, médicos y terapéuticos especialmente en el área de nefrología y que los ingresos percibidos por la prestación de estos servicios de salud corresponden al 99% de los ingresos totales percibidos por la demandante en los años 2001 y 2002, según se acredita con el certificado de revisor fiscal, todo lo cual permite concluir que no pueden ser gravados con ICA los ingresos percibidos por la demandante, como lo pretendió la Administración, sino que deben ser excluidos de la base gravable los ingresos provenientes de la prestación de servicios de salud, conforme se concluye del marco normativo y jurisprudencial citado y como lo hizo la demandante en las liquidaciones privadas.

El Tribunal afirmó que el ente municipal pretendió incluir dentro de la base gravable del impuesto, ingresos percibidos por la prestación de servicios de salud, con el argumento de que no estaban definidos en cuotas de afiliación, que no es de recibo porque la prohibición recae en general sobre los ingresos que provienen de la prestación de servicios de salud, sin considerar si dichos valores provienen de una UPC.

RECURSO DE APELACIÓN

La parte demandada apeló la sentencia del Tribunal por las siguientes razones.

Sostuvo que no se discute que los servicios de salud prestados por las entidades privadas que hacen parte del Sistema Nacional de Salud no están sujetos al ICA, lo que no se acepta es que todos los recursos que perciben las IPS son de prohibido gravamen.

Señaló que de conformidad con el artículo 169 de la Ley 100 de 1993, no todas las entidades que presten servicios de salud lo hacen como integrantes del Sistema de Seguridad Social en Salud y con recursos a su cargo, ya que existen servicios que son adquiridos y financiados en forma particular, entre los que se encuentran los Planes Complementarios de Medicina Prepagada y las Pólizas de Salud.

Transcribió apartes de la sentencia C-824 de 2004⁶, para señalar que la Corte Constitucional ha diferenciado los recursos del sistema de seguridad social en salud de aquellos que generan renta para las entidades que hacen parte del sistema y que estos últimos pueden ser gravados por cuanto no están destinados de manera específica a la seguridad social.

Afirmó que no son las clínicas en sí mismas como personas o entidades las que están excluidas del tributo de industria y comercio, sino el ingreso que deviene directamente de la prestación del servicio mediante el plan obligatorio de salud que por orden legal no está gravado con dicho impuesto. Agregó que la no sujeción, conforme al actual sistema de salud en Colombia, debe interpretarse sólo en relación con los recursos que comprometan el POS, que en últimas son los que se ocupan de lo que se entiende como servicio público de salud y todo aquello que no hace parte de él está gravado con ICA. Al respecto transcribió la sentencia del 3 de marzo de 2011, Exp. 17459, M.P. Dr. Hugo Fernando Bastidas Bárcenas.

ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

La demandada dijo que reiteraba en esta etapa los argumentos expuestos en el recurso de apelación, ante la contundencia de los actos administrativos emitidos por el ente municipal.

⁶ Se advierte que aunque la demandada se refiere en el recurso a las sentencias C-577-97, C-828-01 y C-915-02, el aparte transcrito corresponde es a la sentencia C-824-04. (fl. 160 vto.)

La **demandante** resaltó los argumentos que sustentaron la decisión del Tribunal y transcribió apartes de varias sentencias de la Sección Cuarta del Consejo de Estado que reafirman que los servicios de salud prestados por la demandante no están gravados con ICA, porque los recursos obtenidos por este concepto tienen destinación específica.

El **Ministerio Público** solicitó confirmar la sentencia de primera instancia. Explicó que en los actos demandados, la Administración reconoció que los ingresos provenían de la prestación de servicios de salud, pero los gravó porque esos servicios no incluían las UPC y no provenían de la atención a afiliados al POS. En todo caso, la demandada no demostró que esos ingresos fueron percibidos por la actora por el desarrollo de actividades industriales y comerciales distintas a la prestación de servicios de salud.

Señaló que en el caso es claro que la UPC no podía hacer parte de los ingresos de la actora, porque no tiene el carácter de una EPS y la entidad demandada tampoco podía exigir, para la no sujeción al ICA, que sus ingresos debían provenir de la atención de afiliados al POS, porque la jurisprudencia de la Sección Cuarta es clara en determinar que ese beneficio no solo está dirigido al ingreso por la prestación de servicios incluidos en el POS, pues el legislador escogió un modelo en el que concurren el Estado y los particulares para la prestación del servicio público de salud.

Afirmó, con base en jurisprudencia de esta Sección, que la sentencia de inexecutable parcial del artículo 111 de la Ley 788 de 2002, que limita la no sujeción de las IPS al ICA por la prestación de servicios de salud a los afiliados con base en los recursos del POS que reciben de las EPS, no es obligatoria porque no guardaba relación con la inexecutable parcial y, por tanto, constituía un *obiter dicta* o criterio auxiliar que no hacía tránsito a cosa juzgada constitucional, razón por la cual carece de sustento legal la inconformidad de la demandada.

Finalmente, advirtió que la sentencia ordenó la devolución de sumas pagadas por la actora en virtud de los actos anulados, si fuera pertinente, decisión que no procede porque no hizo parte de las pretensiones y porque no aparecen demostradas en el expediente, aspecto que debe ser modificado.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

Corresponde a la Sala determinar la legalidad de los actos administrativos demandados, mediante los cuales la Administración de Medellín modificó las declaraciones privadas del impuesto de industria y comercio y avisos y tableros de los años gravables 2001 y 2002, presentadas por el Centro de Terapia Renal Bolivariana Ltda.

En concreto, debe decidirse si resulta procedente que la Administración adicionara como ingresos gravados los provenientes de la prestación de servicios de salud por parte de la demandante. Para el ente demandado, la prohibición de gravar con ICA a los hospitales se aplica únicamente para los ingresos que se destinan a financiar el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Sobre el particular, se advierte que el asunto planteado en este proceso ha sido analizado en anteriores oportunidades, por lo que se procede a reiterar en lo pertinente, las consideraciones que han sido expuestas en relación con la no sujeción de clínicas y hospitales al impuesto de industria y comercio⁷.

El artículo 39 numeral 2) literal d) de la Ley 14 de 1983, en concordancia con lo dispuesto en los artículos 74 y 337 parágrafo del Decreto 710 de 2000 (Estatuto Tributario de Medellín), prohíbe gravar con el impuesto de industria y comercio a *«los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud»*. Esta es una no sujeción de carácter subjetivo, pues, según el artículo 32 ibídem, son sujetos pasivos del impuesto, las personas naturales, jurídicas y sociedades de hecho.

Ahora bien, el **Sistema Nacional de Salud** a que se refiere el artículo 39 de la Ley 14 de 1983, fue reemplazado en la Ley 10 de 1990⁸ por el **«Sistema de Salud»**. Según el artículo 4° de la Ley 10 de 1990, forman parte, del Sistema *«tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, como también en lo pertinente, las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud»*.

⁷ Entre otras, ver sentencias del 2 de marzo de 2001, Expediente 10888, M.P. Dr. Juan Ángel Palacio Hincapié, del 10 de junio de 2004, Expediente 13299, M.P. Dra. Elizabeth Whittingham García, del 9 de diciembre del 2004, Expediente 14174, M.P. Dra. Ligia López Díaz, de mayo 5 de 2005, expediente 14442, M.P. Dra. María Inés Ortiz Barbosa, de 13 de octubre de 2005, Exp. 15265, M.P. Dra. Ligia López Díaz, de 7 de febrero de 2008, Exp. 15785, de 10 de abril de 2008, Exp. 16640, M.P. Dra. María Inés Ortiz Barbosa, de 14 de octubre de 2010, Exp. 17926, M.P. Dra. Carmen Teresa Ortiz de Rodríguez y de 24 de mayo de 2012, Exp. 17914, 16 de agosto de 2012, Exp. 18114 y 6 de diciembre de 2012, Exp. 19550, M.P. Dra. Martha Teresa Briceño de Valencia, 24 de enero de 2013, Exp. 18467, M.P. Dr. William Giraldo Giraldo y del 28 de diciembre de 2013, Exp. 18736, M.P. Dra. Martha Teresa Briceño de Valencia.

⁸ "Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones".

El artículo 5° [num 2] de la Ley 10 de 1990, en concordancia con el artículo 7 de la misma ley, dispuso que hace parte del sector salud, el subsector privado, que está compuesto por todas **las entidades o personas privadas** que presten servicios de salud, dentro de las cuales incluyó las fundaciones o instituciones de utilidad común, las corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro y las personas privadas naturales o jurídicas.

De acuerdo con las normas en mención, los hospitales hacían parte del Sistema de Salud, así pertenecieran al *sector privado*, incluidas las fundaciones, corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro o de utilidad común.

En relación con el artículo 39 numeral segundo literal d) de la Ley 14 de 1983, en lo que se refiere a «*los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud*», la intención del legislador fue la de no someter a las entidades de salud al cumplimiento de ninguna de las obligaciones sustanciales ni formales relacionadas con el impuesto de industria y comercio.

Con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 se reorganizó nuevamente el sector salud, bajo el nombre de «**Sistema de Seguridad Social en Salud**». En la conformación del Sistema concurren el Gobierno Nacional, el FOSYGA, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).

Respecto a las Entidades Promotoras de Salud el artículo 177 de la misma Ley 100 las define como “*las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de solidaridad y garantía...*”.

Por otro lado las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud según el artículo 156 de la Ley 100 de 1993 son “*entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del sistema general de seguridad social en salud, dentro de las promotoras de salud o fuera de ellas...*”.

De acuerdo con lo anterior, el concepto de «Sistema de Salud», hoy «Sistema de Seguridad Social en Salud», debe ser apreciado en su alcance bajo las consideraciones existentes en la Ley 14 de 1983, que es la fuente normativa de la

cual surge el beneficio fiscal para las entidades públicas o privadas del sector salud.

Por ello no es posible considerar que, en virtud de la expedición de la citada Ley 100, se haya presentado una derogatoria tácita del artículo 5 de la Ley 10 de 1990, que haría inaplicable la no sujeción al gravamen que consagra el numeral 2 literal d) del artículo 39 de la Ley 14 de 1983, para “los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud”, como lo sostuvo la demandada en la contestación.

Ahora bien, en cuanto a los recursos que perciban las clínicas y hospitales destinados a la prestación del servicio público de salud, si bien no son susceptibles de ser gravados con el impuesto de Industria y Comercio, el artículo 11 de la Ley 50 de 1984 prevé que cuando estas entidades realicen actividades **industriales o comerciales** serán sujetos del impuesto de industria y comercio en lo relativo a tales actividades.

Con base en el citado artículo 11 de la Ley 50 de 1984, los recursos provenientes de actividades *industriales* y *comerciales*, que no sean propias de las entidades hospitalarias, no quedan cobijados por la no sujeción del artículo 39 numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983. Es decir, que las *actividades de servicios* que prestan los hospitales en su calidad de tales son las únicas a las que se les puede aplicar la no sujeción creada por el legislador.

Con base en lo anterior, en la sentencia de 24 de mayo de 2012, Exp. 17914, que ahora se reitera, la Sala precisó que carece de fundamento legal sostener que todas las actividades que no sean financiadas con recursos del POS se hallan gravadas con el impuesto de industria y comercio.

En efecto, del artículo 39 numeral 2 literal d) de la Ley 14 de 1983 se establece que la no sujeción fue concedida por la ley a las entidades o instituciones constituidas para la prestación de servicios de salud por el solo hecho de tener esa condición sin que el legislador hubiera hecho alguna precisión en cuanto al origen de los recursos que manejan. Además, el propio legislador indicó qué tipo de actividades de esas instituciones eran las que podían ser gravadas con el tributo, al referirse expresamente en el artículo 11 de la Ley 50 de 1984 a las actividades industriales y comerciales.

El argumento de la demandada, en cuanto sostiene que los servicios médicos prestados por fuera del Plan Obligatorio de Salud (POS) deben ser gravados con ICA, equivale a convertir automáticamente la prestación de servicios de salud en actividades comerciales cuando ello no se desprende de la normativa que rige el impuesto de industria y comercio para las clínicas y hospitales pues, se reitera, sólo serán gravables las actividades que estas instituciones realicen si son *industriales y comerciales*, y sin que por el hecho de tratarse de servicios prestados fuera del POS dejen de tener la condición de “servicios” propios de estas instituciones que es sobre lo que recae la no sujeción al tributo.

En este punto, la Sala precisa que si bien el artículo 49 de la Constitución Política hace referencia a que la salud es un servicio público, no sólo pueden entenderse como integrantes de ese servicio los que se derivan exclusivamente del **Plan Obligatorio de Salud**⁹, conforme con lo establecido por la Ley 100 de 1993. Lo anterior, teniendo en cuenta que, la no sujeción dispuesta en la Ley 14 de 1983 no está condicionada a que los servicios prestados correspondan a los contenidos en el POS, pues el beneficio se dirige a no gravar el ingreso que proviene directamente como retribución del servicio de salud que prestan los hospitales y clínicas.

De acuerdo con el artículo 49 de la Constitución Política ya citado, la atención en salud es un servicio a cargo del Estado y a este le corresponde organizar, dirigir y reglamentar *la prestación de servicios de salud* a los habitantes, conforme con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, así como establecer políticas para la prestación de servicios de salud *por entidades privadas* y ejercer su vigilancia y control.

⁹ Decreto. 806/98. Art. 7o. PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, POS. Es el **conjunto básico de servicios de atención en salud** a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Contributivo que cumpla con las obligaciones establecidas para el efecto y que está obligada a garantizar a sus afiliados las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y Entidades Adaptadas, EAS, debidamente autorizadas, por la Superintendencia Nacional de Salud o por el Gobierno Nacional respectivamente, para funcionar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sus contenidos son definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud e incluye educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, en los diferentes niveles de complejidad así como el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica.

A través de este plan integral de servicios y con sujeción a lo establecido en el artículo 162 de la Ley 100 de 1993, se debe responder a todos los problemas de salud conforme al manual de intervenciones, actividades y procedimientos y el listado de medicamentos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas podrán incluir el tratamiento con medicinas alternativas autorizadas para su ejercicio en Colombia, de conformidad con su eficacia y seguridad comprobada.

Dcto. 806/98. Art. 13. PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO, POS-S. Es el **conjunto básico de servicios de atención en salud** a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Subsidiado y que están obligadas a garantizar las Entidades Promotoras de Salud, las Empresas Solidarias de Salud y las Cajas de Compensación Familiar debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para administrar los recursos del Régimen Subsidiado.

El contenido del Plan Subsidiado será definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El legislador, dentro de su libertad de configuración del Sistema de Seguridad Social, escogió un modelo en el que concurren el Estado y los particulares para la prestación del servicio público de salud¹⁰. En desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Carta, expidió la Ley 100 de 1993, en la que se estableció este principio, así:

ARTÍCULO 8o. CONFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. *El Sistema de Seguridad Social Integral es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la presente ley. (Negritas fuera de texto)*

Concretamente en relación con la Seguridad Social en Salud, dentro del esquema de la Ley 100 de 1993, señaló que los objetivos del Sistema de Seguridad Social en Salud “son regular el **servicio público esencial de salud** y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención”¹¹ y dispuso dos formas de acceder al mencionado Sistema, así:¹²:

1. Como *afiliados*, bien sea al régimen contributivo o subsidiado, a quienes se les presta el servicio público de salud mediante los Planes Obligatorios de Salud expedidos para cada uno de los regímenes antes mencionados.

2. Como *vinculados*, para aquellas personas que no tienen capacidad de pago, pero que mientras acceden al régimen subsidiado, el Estado les ofrece un plan de atención básica en salud¹³.

A los afiliados al régimen contributivo, la Ley 100 de 1993, además de garantizarles los servicios del POS, ha previsto la posibilidad de que puedan acceder a “*Planes Adicionales de Salud*” (PAS) que permiten mejorar los servicios que reciben del Sistema y que son financiados con recursos propios, tal como lo prevé el artículo 17 del Decreto 806 de 1998, así:

ARTICULO 17. OTROS BENEFICIOS. *Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud pueden prestarse beneficios adicionales al conjunto de beneficios*

¹⁰ C-615/02

¹¹ Art. 152 Ley 100/93

¹² Art. 157 Ley 100/93

¹³ En efecto, el Sistema de Seguridad Social en Salud ofrece a los afiliados y vinculados, dependiendo cada caso, unos planes definidos en el artículo 3º del Decreto 806 de 1998, así:

Artículo 3º. *De los tipos de planes. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud como servicio público esencial existen únicamente los siguientes planes de beneficios:*

1. *Plan de Atención Básica en Salud, PAB.*
2. *Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, POS.*
3. *Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POSS.*
4. *Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos.*
5. *Atención inicial de urgencias.*

*a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial en salud, que no corresponde garantizar al Estado bajo los principios de solidaridad y universalidad. Estos beneficios se denominan **Planes Adicionales de Salud** y son financiados con cargo exclusivo a los recursos que cancelen los particulares.*

*Estos planes serán ofrecidos por las **Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las compañías de medicina prepagada y las aseguradoras.** (Negrillas fuera de texto).*

Ahora bien, los Planes Adicionales de Salud son definidos como el “conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria. El acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los particulares, como un servicio privado de **interés público**, cuya prestación no corresponde prestar al Estado, sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias. (...)”¹⁴

De acuerdo con el artículo 169 de la Ley 100 de 1993¹⁵, los PAS pueden ser de diferentes tipos:

- **Planes de atención complementaria**¹⁶ del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud.
- Planes de Medicina Prepagada¹⁷, de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.
- Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera.
- Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud.

Todos los anteriores planes tienen en común que su objeto es la **prestación de servicios de salud** y están regulados *dentro* del sistema de seguridad social en salud, como beneficios adicionales al servicio público *esencial* que se garantiza a través del Sistema de Seguridad Social en Salud.

La Corte Constitucional ha señalado que en la prestación del servicio público de salud tienen cabida otros planes que complementan los derechos prestacionales¹⁸

¹⁴ Art. 18 Dcto. 80/98

¹⁵ Norma modificada por el art. 37 de la Ley 1438 de 2011. En su texto original, el artículo 169 de la Ley 100/93 disponía:
ARTÍCULO 169. *Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la presente Ley.*

PARÁGRAFO. El reajuste del valor de los planes estará sujeto a un régimen de libertad vigilada por parte del Gobierno Nacional.

¹⁶ Dcto. 806/98. **Artículo 23.** Planes de Atención Complementaria. Los PAC son aquel conjunto de beneficios que comprende actividades, intervenciones y procedimientos no indispensables ni necesarios para el tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento o la recuperación de la salud o condiciones de atención inherentes a las actividades, intervenciones y procedimientos incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud.

Tendrán uno o varios de los siguientes contenidos:

1. Actividades, intervenciones y procedimientos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud o expresamente excluidos de éste.

2 . Una o varias condiciones de atención diferentes que permitan diferenciarlo del POS tales como comodidad y red prestadora de servicios.

Parágrafo. Sólo podrán ofrecerse los contenidos del POS en las mismas condiciones de atención cuando éstos están sometidos a períodos de carencia, exclusivamente durante la vigencia de este período.

¹⁷La medicina prepagada, ha sido definida por el Decreto 1486 de 1994, así: El sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme al presente Decreto, para la gestión de la atención médica, y **la prestación de los**

y que aunque se trate de planes adicionales **hacen parte del servicio público de salud**, con fundamento en las siguientes consideraciones¹⁹:

“En primer lugar, porque aunque se trata de personas jurídicas privadas, éstas participan en la prestación del servicio público de salud,(...). En efecto, esta Corporación ha señalado en varias ocasiones que la medicina prepagada es un plan adicional de atención en salud, y que las empresas dedicadas a la celebración de este tipo de contratos hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de modo que son responsables de la prestación de un servicio público, aunque su esquema de contratación sea voluntario y se rija por las normas del derecho privado.”²⁰²¹

En similar sentido se pronunció en la sentencia T-732 de 1998, así:

“No obstante lo anterior, conforme, también al régimen jurídico colombiano, dentro del sistema general de seguridad social en salud, pueden prestarse otros beneficios adicionales al conjunto de los anteriores planes, a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial en salud, que no corresponde garantizar al Estado, bajo los principios de solidaridad y universalidad. Estos beneficios se denominan “planes adicionales de salud” y son financiados con cargo exclusivo a los recursos que cancelen los particulares, los cuales pueden ser ofrecidos, independientemente, por las EPS, o por las entidades adaptadas e igualmente por las compañías de medicina prepagada o aún por las aseguradoras, según lo dispuesto por el art. 17 del Decreto 806/98, (...)

(...)

En efecto en la sentencia T-307 de 1997 (M.P. Dr. José Gregorio Hernández Galindo), señaló la Corte lo siguiente, a propósito de los criterios de interpretación de tales contratos en relación con los derechos fundamentales:

“Pero los contratos de medicina prepagada, que, según lo visto, tienen por objeto exclusivo la prestación del servicio público de salud, no pueden ser tratados en todos sus aspectos bajo la misma óptica ni dentro de criterios iguales a los que gobiernan las relaciones puramente patrimoniales, ya que en su ejecución están comprometidos, más allá del conmutativo interés convencional y económico, derechos constitucionales fundamentales como la salud, la integridad personal y en especial la vida humana.

(...)

Además, ha sido opinión uniforme de esta Corte el considerar que es necesario preservar en tales negocios jurídicos de medicina prepagada, como servicios privados de salud pero de interés público (art. 18 Dto. 806 de 1993), un mínimo equilibrio entre los contratantes, (...).”

De la normativa y la jurisprudencia antes transcritas, la Sala advierte que constitucionalmente el servicio público es amplio en cuanto se refiere a la “atención en salud”. Sin embargo, el Estado, dentro de sus posibilidades, garantiza a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud una parte de ese servicio que denomina servicio público *esencial* de salud, esto es, unas prestaciones básicas a las que tenga acceso toda la población con el fin de

servicios de salud y/o atender directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado. (Negritas fuera de texto).

¹⁸ C-331/03

¹⁹ Si bien los pronunciamientos se han hecho con ocasión de acciones de tutela interpuestas contra empresas de medicina prepagada, tal conclusión resulta igualmente aplicable a los demás planes adicionales de salud, señalados en el art. 169 de la Ley 100 de 1993.

²⁰ Ver al respecto las sentencias T-307 de 1997, M.P. José Gregorio Hernández Galindo; T-732 de 1998, M.P. Fabio Morón Díaz; y T-236 de 2003, M.P. Jaime Córdoba Triviño, entre otras.

²¹ T-1064/05

recuperar la salud e impedir el menoscabo de la capacidad económica y así lo reconoce cuando define al POS como “el **conjunto básico de servicios de atención en salud** a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Contributivo que cumpla con las obligaciones establecidas para el efecto (...)”²²

No obstante lo anterior, la Carta²³ permitió que en la prestación del servicio de salud concurrieran las entidades privadas, con el objeto de ampliar su cobertura y mejorar la calidad, no solo a través de la prestación de los servicios que integran esa parte *esencial* que garantiza el Estado (POS), sino que además puedan intervenir con planes adicionales de salud, estos últimos autorizados dentro del esquema del Sistema de Seguridad Social en Salud y que deben ser regulados por el Estado por hacer parte de un servicio público²⁴.

Precisamente, respecto de la concurrencia a la prestación del servicio de salud y la regulación del Estado, la Corte Constitucional ha indicado:

*“El legislador al diseñar el modelo de seguridad social en salud abrió unos espacios para la concurrencia privada en condiciones de libre competencia, situación que impone un análisis del concepto de libertad económica. La posibilidad que los particulares concurren a la prestación del servicio de salud en condiciones de competencia económica, no es incompatible con su carácter de interés público y su finalidad eminentemente social, pese a que se trata de sujetos que actúan motivados por intereses privados, que también gozan de la protección de la Constitución. Por otro lado, resulta claro que el ejercicio de la libertad económica y la libre competencia en materia de salud, sólo puede darse dentro del ámbito que el legislador haya previsto para el efecto, y dentro de las rigurosas condiciones de regulación, vigilancia y control que se derivan de la responsabilidad constitucional que el Estado tiene en este sector social.”*²⁵

(...)

Quando nuestra Constitución Política permite que particulares concurren con el Estado a prestar el servicio público de salud, no se está reservando el ejercicio de esta actividad, sino que está delegando en los particulares su prestación. Por ello, en este escenario debe existir la libre competencia y el Estado debe velar porque no se presente obstáculos o limitaciones a la concurrencia de los sujetos económicos por la conquista del mercado; y sí estas existen deben ser iguales para todas las personas naturales o jurídicas que tengan la capacidad de prestar el servicio”.

En efecto, uno de los principios del Sistema de Seguridad Social en Salud es el de la *libre escogencia*, que consiste en garantizar a los usuarios libertad en la

²² Dcto. 806/98 art. 7°.

²³ Art. 49 inciso 2°. C.P.

²⁴ C-736/07. “Ahora bien, de esta reglamentación constitucional, de manera especial de lo afirmado por el artículo 365 cuando indica que los servicios públicos “estarán sometidos al régimen jurídico que fije la ley, podrán ser prestados por el Estado, directa o indirectamente, por comunidades organizadas, o por particulares”, la Corte entiende que el constituyente quiso definir que las personas o entidades que asuman la prestación de los servicios públicos tendrán no sólo un régimen jurídico especial, sino también una naturaleza jurídica especial; esta particular naturaleza y reglamentación jurídica encuentra su fundamento en la necesidad de hacer realidad la finalidad social que es definida por la misma Carta como objetivo de la adecuada prestación de los servicios públicos”.

²⁵ C-616/01

elección entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red, en cualquier momento de tiempo²⁶.

En esa medida, la ley introduce un campo de libre competencia económica²⁷ entre los particulares y el Estado para ofrecer servicios de salud, todo ello con la finalidad de hacer competitivo el mercado y mejorar la calidad y eficiencia del servicio²⁸. Entonces, es dentro del mercado de servicios de salud, donde tienen cabida todas las prácticas comerciales legales que pueden implementar los participantes del sector para ofrecer y vender sus servicios, lo cual es aplicable no sólo a la prestación de los previstos en el POS sino además a todos los planes adicionales que la Ley 100 de 1993 ha habilitado para que sean prestados por los particulares y que, como se vio, también hacen parte del servicio público de salud y se sujetan a las normas que sobre competencia rigen para la actividad económica y la iniciativa privada.

En suma, la Sala advierte que los servicios del POS son una parte del servicio público de salud, que corresponde a la atención básica que el Estado puede garantizar; sin embargo, existen otros servicios que complementan el POS y que también hacen parte del servicio público de salud y, por tanto, los ingresos que reciben las clínicas y hospitales, por la prestación de esa clase de servicios no están sujetos al impuesto de industria y comercio, pues mantienen la naturaleza de servicios y no podrían clasificarse como actividades industriales o comerciales, para poder ser gravados.

En esas condiciones, se insiste, no es de recibo el argumento de la Administración en el sentido de aplicar la no sujeción, dependiendo de los recursos con los que se pagan los servicios de salud o de si están o no incluidos en el POS, porque el beneficio que en materia de impuesto de industria y comercio prevé la Ley 14 de 1983, abarca de manera general la *actividad de servicios* que prestan los hospitales y clínicas, situación que, a la luz de la normativa vigente en materia de salud, mantiene vigencia en la medida en que, se insiste, la finalidad de la norma fue la de no someter a estas instituciones a obligaciones formales ni sustanciales en materia de ICA, respecto de las actividades de servicios que presten.

²⁶ Art. 153-12 L. 100/93

²⁷ Art. 333 C.P.

²⁸ C-974/02

Ahora bien, debe integrarse al anterior análisis el artículo 111 de la Ley 788 de 2002, que excluyó de la base gravable del impuesto de industria y comercio los recursos de las entidades integrantes del sistema de seguridad social en salud.

La Sala ha precisado que esta no sujeción se encuentra vigente pues no fue derogada por el artículo 111 de la Ley 788 de 2002, que prevé una exclusión de la base gravable del impuesto, de los recursos de las entidades que integran el Sistema de Seguridad Social en Salud²⁹.

Lo anterior, porque las dos normas son compatibles y se complementan entre sí, dado que mientras el artículo 39 de la Ley 14 de 1983 es de carácter subjetivo, pues establece un beneficio a favor de **los hospitales y clínicas**, el artículo 111 de la Ley 788 de 2002 **es de carácter real**, porque excluye de la base gravable del impuesto los recursos de dichas entidades cuando integran el Sistema de Seguridad Social en Salud, o sea, que no están gravados con el impuesto de industria y comercio los recursos que reciben por concepto de los servicios de salud que prestan³⁰.

En la sentencia C-1040 de 2003, en la que la Corte Constitucional declaró inexecutable los apartes demandados del artículo 111 de la Ley 788 de 2002, en comento, consideró que: *“La Unidad de Pago por Capitación no puede ser objeto de ningún gravamen pues todos los recursos que la integran, tanto los destinados obligatoriamente a la prestación del servicio de salud como los administrativos, son de carácter parafiscal en la medida en que están afectos en su totalidad a la prestación de los servicios de seguridad social en salud previstos en el POS”*.

La Sala advierte que el fallo de la Corte en mención, sólo es obligatorio y vinculante en cuanto decidió sobre la inexecutable de los apartes antes indicados y la parte motiva que fundamentó dicha decisión o *ratio decidendi*, es decir, los argumentos que tienen relación directa o nexo causal con la prohibición de incluir las UPC en la base gravable del impuesto de industria y comercio de las entidades integrantes del Sistema de Seguridad Social en Salud.

²⁹ El artículo 111 de la Ley 788 de 2002, después de la declaratoria de inexecutable parcial (sentencia C-1040 de 2003), dispone lo siguiente: *“En su condición de recursos de la seguridad social, no forman parte de la base gravable del impuesto de industria y comercio, los recursos de las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme a su destinación específica, como lo prevé el artículo 48 de la Constitución Política”*.

³⁰ Sentencia de 24 de mayo de 2012, exp 17914, M.P. Martha Teresa Briceño de Valencia.

Ahora bien, teniendo en cuenta lo anterior, la Sala advierte que en la sentencia, la Corte también señaló lo siguiente:

“16. Es verdad que las EPS tienen derecho a un margen de ganancia por la actividad que desarrollan y a ello no ha sido indiferente la jurisprudencia de la Corte. Tampoco soslaya la Corte el hecho de que dichas entidades desarrollen en forma profesional y habitual actividades comerciales y de servicios que constituyan el hecho generador del impuesto de industria y comercio, conforme a lo dispuesto en el artículo 32 de la Ley 14 de 1983 que regula este tributo en los siguientes términos:

“El impuesto de industria y comercio recaerá, en cuanto a la materia imponible, sobre todas las actividades comerciales, industriales y de servicio que ejerzan o realicen en las respectivas jurisdicciones municipales, directa o indirectamente, por personas naturales, jurídicas o por sociedades de hecho, ya sea que se cumplan en forma permanente u ocasional, en inmuebles determinados, con establecimientos de comercio o sin ellos”.

Sin embargo, la actividad comercial o de servicios de la EPS no puede dar lugar al hecho generador del impuesto de industria y comercio cuando quiera que las mismas comprometen recursos de la Unidad de Pago por Capitación, pues según se explicó, en razón de su carácter parafiscal no constituyen ingresos propios de las EPS, quedando, en consecuencia, excluidos de todo gravamen. Por tanto, solamente habría lugar a aplicar el aludido impuesto sobre la actividad comercial y de servicios de las EPS que compromete recursos que excedan los destinados exclusivamente para prestación del POS, pues son ingresos propios de las EPS sobre los cuales puede recaer el citado gravamen impositivo, sin que se esté vulnerando el artículo 48 Superior.

17. Las anteriores consideraciones deben hacerse extensivas a las Instituciones Prestadoras de Salud -IPS-, pues en su condición de integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, están encargadas de la prestación de los servicios de salud a los afiliados con base en los recursos del POS que reciben de las EPS. En consecuencia, dichas entidades tampoco están obligadas a cancelar el impuesto de industria y comercio sobre las actividades comerciales y de servicios que comprometan recursos del POS, por tratarse de rentas parafiscales, y solamente lo harán sobre los recursos que no están destinados al POS”.

Como se advierte, las anteriores consideraciones de la sentencia C-1040 de 2003, no guardan relación directa con la decisión adoptada por la Corte, pues no tienen nexo causal con la declaración de inexecutable parcial del artículo 111 de la Ley 788 de 2002, objeto de demanda. Por consiguiente, dichos argumentos constituyen *obiter dicta* o criterio auxiliar de la actividad judicial, por tanto, no hacen tránsito a cosa juzgada constitucional y no son de obligatorio cumplimiento para los jueces.

Además, esta Sección ha precisado que la Corte Constitucional llega a la conclusión que sobre los ingresos provenientes de las *actividades comerciales y de servicios* de las EPS e IPS que *excedan los destinados exclusivamente para prestación del POS*, puede recaer el impuesto de industria y comercio; sin embargo, sólo hace referencia al artículo 32 de la Ley 14 de 1983 y omite un análisis integral de la normativa que en materia de industria y comercio rige para ese tipo de entidades de salud.

En efecto, lo expuesto por la Corte en los apartes 16 y 17 antes transcritos, se sustentan en una norma general del ICA; debe tenerse en cuenta que la sentencia no integró al análisis lo dispuesto en los artículos 39 de la Ley 14 de 1983 y 11 de la Ley 50 de 1984 y que se han estudiado en estas consideraciones por la Sala, y que permiten sostener una conclusión distinta a la sostenida en la sentencia C-1040 de 2003 y que, en esta oportunidad, se hace extensiva a la sentencia C-824 de 2004³¹, citada por el ente demandado en el recurso de apelación.

Finalmente, si bien en la sentencia de 3 de marzo de 2011³², transcrita en el recurso de apelación objeto de estudio, se consideró que cuando el literal d) del numeral 2 del artículo 39 de la Ley 14 de 1983 dispone que no están sujetos al impuesto de industria y comercio “...los servicios prestados por los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud”, debe entenderse que en la actualidad se refiere al servicio público de salud que se presta en desarrollo del plan obligatorio de salud (POS) y que los servicios médicos prestados de manera voluntaria en virtud de seguros médicos, planes complementarios de salud o por mera liberalidad del cliente que requiere servicios médicos extraordinarios, están gravados con el impuesto de industria y comercio. Debe precisarse que esta consideración no fue la que determinó la decisión adoptada en el fallo en mención, porque se estableció que la demandante era sujeto pasivo del impuesto al haber desarrollado *actividades industriales y comerciales*, distintas de la prestación del servicio de salud, razón por la cual se ajustó la liquidación de la sanción por no declarar, discutida, únicamente a los ingresos obtenidos por dichas actividades³³.

Caso concreto

En el caso en estudio, de los documentos allegados al expediente, se observa lo siguiente:

- Formato de inscripción de la actora en el registro especial de prestadores de servicios de salud, como Institución Prestadora de Salud ante la

³¹ El aparte de la sentencia, transcrito en el recurso señala: «26- La Corte considera que los recursos propios de las EPS y ARS producto de sus ganancias, de los contratos de medicina prepagada, publicidad y demás actividades son ingresos que pueden ser gravados ya que específicamente esos dineros no son de la seguridad social. Esta tesis la ha sostenido la Corte en múltiples oportunidades, en la medida en que éstos, al no ser recursos del sistema sino propios de la actividad mercantil de estas entidades, no llevan implícita la destinación específica dirigida específicamente hacia la protección de la salud. En este sentido, nada limita al legislador para que decida gravar este tipo de recursos, que se insiste, no forman parte del sistema de seguridad social y por ende nada tienen que ver con los gastos propios de la actividad compleja que suscita el engranaje de la seguridad social. Son los recursos después del ejercicio los que claramente están en cabeza de la EPS o de la ARP, y sobre ellos es libre el legislador para imponer los gravámenes que considere necesarios, respetando evidentemente los principios tributarios y los criterios de proporcionalidad».

³² Expediente: 17459, Fundación Cardio Infantil – Instituto de Cardiología.

³³ Así lo precisó la Sala en la sentencia del 24 de mayo de 2012, Exp. 17914, M.P. Dra. Martha Teresa Briceño de Valencia.

Dirección Seccional de Salud de Antioquia³⁴, en el que se indica que presta los servicios de consulta externa en nefrología (complejidad media), apoyo diagnóstico y complementación terapéutica en las áreas de diálisis (complejidad alta) y servicio farmacéutico (complejidad baja).

- Del Certificado de Existencia y Representación Legal se observa que el objeto social del Centro de Terapia Renal Bolivariana Ltda. es *«la prestación de servicios de salud, médicos y terapéuticos en el área de nefrología, tales como consulta, manejo de terapias de diálisis, hemodiálisis, diálisis peritoneal, actividades de prevención y control a personas con problemas de salud que pueden llevarlos a sufrir insuficiencia renal, trasplante de riñón, manejo de pacientes postrasplante y demás tratamientos renales; (...).»*³⁵.
- Certificado de revisor fiscal en el que se indica que *«de conformidad con los registros contables del Centro de Terapia Renal Bolivariana Ltda., del total de los ingresos percibidos por los años 2001 y 2002, el 99% provienen de la prestación de servicios de salud»*³⁶.

De acuerdo con los hechos probados y el análisis que antecede, el actor, en su condición de persona jurídica de derecho privado que se dedica a la prestación de servicios de salud, tiene derecho a la exclusión del impuesto de industria y comercio sobre los ingresos provenientes del servicio de salud, independientemente de que provengan o no del POS.

En efecto, en relación con los planes de servicios complementarios, medicina prepagada y medicina especializada, que no hacen parte del POS, la Sala reitera que según los artículos 39 numeral 2) literal d) de la Ley 14 de 1983, entidades como el CENTRO DE TERAPIA RENAL BOLIVARIANA no están sujetas al impuesto de industria y comercio respecto de los ingresos por la prestación de servicios de salud.

De otra parte, si bien el demandante tiene previsto dentro de su objeto social el ejercicio de actividades distintas a la prestación de servicios de salud, la glosa de la Administración que generó la expedición de los actos objeto de la presente *litis* se centró en la obtención de ingresos por servicios de salud distintos al POS, no

³⁴ FIs. 8 a 14

³⁵ Fl. 4

³⁶ Fl. 16

por el ejercicio de actividades industriales o comerciales, por lo mismo, no procede ningún análisis sobre el particular.

Las razones que anteceden son suficientes para confirmar la sentencia apelada, en cuanto anuló los actos demandados y declaró en firme las declaraciones privadas del impuesto de industria y comercio presentadas por la actora por los periodos gravables 2001 y 2002.

Finalmente, la Sala advierte que asiste razón al Ministerio Público, en cuanto a que el Tribunal, a título del restablecimiento del derecho, ordenó adicionalmente, en el numeral segundo de la parte resolutive de la sentencia, la devolución, si fuera pertinente, de las sumas que la demandante hubiera pagado como consecuencia de los actos anulados. Sin embargo, esta orden no se deriva de las pretensiones de la demanda ni de la declaratoria de nulidad de los actos acusados. Por lo anterior, procede la modificación del numeral segundo de la sentencia apelada para ajustarla a lo solicitado por la demandante.

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

F A L L A

1. MODIFÍQUESE el numeral segundo de la sentencia del 20 de noviembre de 2012, proferida por el Tribunal Administrativo de Antioquia, el cual quedará así:

***SEGUNDO:** Como consecuencia de la anterior declaración, se RESTABLECE EL DERECHO en el sentido de DECLARAR en firme las Declaraciones de Industria y Comercio y Avisos del año base 2001 – periodo gravable 2002 presentada el día 30 de abril de 2002, y del año base 2002 – periodo gravable 2003 presentada el día 30 de abril de 2003, por la sociedad CENTRO DE TERAPIA RENTAL BOLIVARIANA LTDA., según lo expuesto en la parte motiva.*

2. CONFÍRMASE en lo demás la sentencia apelada.

Cópiese, notifíquese, comuníquese, devuélvase el expediente al Tribunal de origen. Cúmplase.

La anterior providencia se estudió y aprobó en sesión de la fecha.

JORGE OCTAVIO RAMÍREZ RAMÍREZ
Presidente de la Sección

HUGO FERNANDO BASTIDAS BÁRCENAS
Aclaro voto

MARTHA TERESA BRICEÑO DE VALENCIA CARMEN TERESA ORTIZ DE RODRÍGUEZ

IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO – Clínicas y Hospitales. Reiteración de las motivaciones expuestas en el salvamento de voto rendido en la sentencia del Exp. 17914

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCION CUARTA

ACLARACION DE VOTO

Magistrado: HUGO FERNANDO BASTIDAS BARCENAS

Radicación número: 05001-23-31-000-2005-00663-01(20117)

Actor: CENTRO DE TERAPIA RENAL BOLIVARIANA LTDA

Demandado: MUNICIPIO DE MEDELLIN

Aclaro el voto de la decisión que tomó la Sala en el asunto de la referencia en el sentido de modificar³⁷ la sentencia del 20 de noviembre de 2012, proferida por el Tribunal Administrativo de Antioquia, que anuló los actos por los cuales el Municipio de Medellín formuló liquidación oficial de revisión por el impuesto de industria y comercio y de avisos y tableros de los años 2002 y 2003.

³⁷ La sentencia confirmó la decisión de nulidad de los actos administrativos demandados. Pero modificó el restablecimiento del derecho

Las razones de mi disentimiento ya las he planteado en otras oportunidades, por lo tanto me remito a lo dicho en el salvamento de voto que rendí en la sentencia del 24 de mayo de 2012 (expediente 17914).

En los anteriores términos aclaro el voto.

HUGO FERNANDO BASTIDAS BÁRCENAS

Fecha ut supra

9.4. Muestra significativa de las condiciones generales aplicables a los PVS que actualmente se ofrecen en Colombia.

AXA Colpatria



511



AXA COLPATRIA

Seguros 500
Condiciones Generales

Póliza de Salud Alternativo Amparado



**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
PÓLIZA DE SALUD ALTERNO AMPARADO
CONDICIONES GENERALES**

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S. A. QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ AXA COLPATRIA, EXPIDE LA PRESENTE PÓLIZA DE SALUD CON BASE EN LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD SUSCRITA POR EL TOMADOR Y EN LAS DECLARACIONES INDIVIDUALES DE LOS ASEGURADOS O DE SUS REPRESENTANTES LEGALES, LOS CUALES HACEN PARTE INTEGRAL DE ESTA PÓLIZA, PARA TODOS SUS EFECTOS.

1. CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO DEL CONTRATO

AXA COLPATRIA, BAJO LOS TÉRMINOS, DEDUCIBLES, PERÍODOS DE CARENCIA, LÍMITES DE VALOR ASEGURADO Y DEMÁS CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA, SE COMPROMETE A CUBRIR LOS GASTOS MÉDICOS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO CON OCASIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS QUE SE PRESTEN A TRAVÉS DE LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA SALUD QUE HAGAN PARTE DEL CUADRO MÉDICO, INCLUIDA LA ATENCIÓN MÉDICA, QUIRÚRGICA, HOSPITALARIA Y ATENCIÓN DE URGENCIAS QUE LOS ASEGURADOS REQUIERAN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD, SIEMPRE Y CUANDO OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, ESTÉN EXPRESAMENTE SEÑALADOS DENTRO DE LA COBERTURA DEL PRESENTE CONTRATO Y HASTA LOS MONTOS DE SUMA ASEGURADA DEFINIDOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO NO CONCURRA UNA CAUSAL DE EXCLUSIÓN.

**1.1. COBERTURAS:
1.1.1. AMPARO BÁSICO:**

A PARTIR DEL PRIMER (1°) DÍA DE COBERTURA, AXA COLPATRIA PRESTARÁ LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA:

- a. **CONSULTA MÉDICA** EN TODAS LAS ESPECIALIDADES DE LA MEDICINA OFRECIDAS EN EL CUADRO MÉDICO DE AXA COLPATRIA.
- b. **CONSULTA DE PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA** AMBULATORIA Y HOSPITALARIA.

- c. **CONSULTA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA.**
- d. **CONSULTA MÉDICA DOMICILIARIA** POR MEDICINA GENERAL EN EL PERÍMETRO URBANO.
- e. **URGENCIA AMBULATORIA Y/O HOSPITALARIA**, INCLUYENDO CAMA DE ACOMPAÑANTE PARA CASOS DE HOSPITALIZACIÓN DE MENORES DE 15 AÑOS Y MAYORES DE 65 AÑOS DE EDAD.
- f. **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN DERIVADA DE UNA URGENCIA PARA MENORES DE 15 AÑOS Y MAYORES DE 65 AÑOS, SIEMPRE QUE LAS CONDICIONES MÉDICAS DEL ASEGURADO HOSPITALIZADO LO JUSTIFIQUEN CON ORDEN MÉDICA.
- g. **EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO:** SE CUBRIRÁN LOS SIGUIENTES EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO SIEMPRE Y CUANDO SEAN SOLICITADOS POR EL MÉDICO TRATANTE ADSCRITO A AXA COLPATRIA:
 - 1. EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO, INMUNOLOGÍA E HISTOPATOLOGÍA.
 - 2. **IMÁGENES DIAGNÓSTICAS:** RADIOGRAFÍAS Y ECOGRAFÍAS SIMPLES, ASÍ COMO EL MEDIO DE CONTRASTE Y MATERIALES NECESARIOS PARA SU APLICACIÓN.
 - 3. ELECTROCARDIOGRAMAS Y ELECTROENCEFALOGRAMAS.
- h. **PROCESOS DE TRANSFUSIÓN DE SANGRE.**
- i. **EMBARAZO ECTÓPICO Y ABORTO NO PROVOCADO.**
- j. **TERAPIA RESPIRATORIA, OCUPACIONAL, DEL LENGUAJE Y FISIOTERAPIA** SIN LÍMITE EN EL NÚMERO DE SESIONES.
- k. **REHABILITACIÓN CARDIACA:**
 - 1. FASE 1: REHABILITACIÓN INTRAHOSPITALARIA.
 - 2. FASE 2: REHABILITACIÓN AMBULATORIA TRES (3) SESIONES SEMANALES POR TRES (3) MESES, MÁXIMO TREINTA Y SEIS (36) SESIONES SIN PAGO DE BONO POR AÑO DE VIGENCIA.
 - 3. FASE 3: REHABILITACIÓN AMBULATORIA DOS (2) SESIONES SEMANALES POR TRES (3) MESES, MÁXIMO VEINTICUATRO (24) SESIONES, SIN PAGO DE BONO POR AÑO DE VIGENCIA.

- I. **PRÓTESIS** HASTA 40 SMMLV POR VIGENCIA ANUAL.
- m. **MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS** HASTA 40 SMMLV POR VIGENCIA ANUAL
- n. **AMBULANCIA DENTRO DEL PERÍMETRO URBANO:** AUTORIZADO PREVIAMENTE POR AXA COLPATRIA.

A PARTIR DEL PRIMER (1°) DÍA DEL CUARTO (4°) MES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA DE LA PÓLIZA DE SALUD DONDE FIGURE COMO ASEGURADO, AXA COLPATRIA PRESTARÁ LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA, HOSPITALARIA EN LAS ESPECIALIDADES DE LA MEDICINA, EN CUALQUIERA DE LOS EVENTOS HOSPITALARIOS PROGRAMADOS O DE URGENCIAS QUE SE RELACIONAN A CONTINUACIÓN:

- a. **HOSPITALIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO:** COMPRENDE LA CONTRATACIÓN Y PAGO DE LA HOSPITALIZACIÓN, LOS MEDICAMENTOS FORMULADOS Y SUMINISTRADOS INTRAHOSPITALARIAMENTE INCLUYENDO LA ALIMENTACIÓN PARENTERAL, LOS HONORARIOS DE LOS PROFESIONALES QUE PRESTEN EL SERVICIO DE SALUD Y LOS DEMÁS SERVICIOS SUMINISTRADOS AL ASEGURADO INTRAHOSPITALARIAMENTE POR LA INSTITUCIÓN ADSCRITA, CON EXCEPCIÓN DE LOS EXCLUIDOS EN EL PRESENTE CONTRATO.
- b. **HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA:** COBERTURA POR CRISIS AGUDA DE AFECCIÓN NERVIOSA O MENTAL DIAGNOSTICADA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, MÁXIMO HASTA 30 DÍAS POR VIGENCIA ANUAL. ESTOS GASTOS ESTÁN CUBIERTOS ÚNICAMENTE CUANDO SE PRESTEN EN LA RED AUTORIZADA POR AXA COLPATRIA.
- c. **AUDÍFONOS:** HASTA POR UN LÍMITE DE 1.4 SMMLV POR VIGENCIA ANUAL. NO HAY COBERTURA DE PILAS, MANTENIMIENTO, ADITAMENTOS E INSUMOS.
- d. **LENTE INTRAOCULAR:** HASTA POR UN LÍMITE DE 1 SMMLV POR VIGENCIA ANUAL.
- e. **CAMA DE ACOMPAÑANTE** PARA CASOS DE HOSPITALIZACIÓN DE MENORES DE 15 AÑOS Y MAYORES DE 65 AÑOS DE EDAD.
- f. **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN PARA MENORES DE 15 AÑOS Y MAYORES DE 65 AÑOS DE EDAD SIEMPRE QUE LAS CONDICIONES MÉDICAS

- DEL ASEGURADO HOSPITALIZADO LO JUSTIFIQUEN CON ORDEN MÉDICA.
- g. **MUERTE CEREBRAL O ENCEFÁLICA:** CUBRIMIENTO HASTA DE DOS (2) DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN.
- h. **ESTADO DE COMA:** CUBRIMIENTO HASTA DE TREINTA (30) DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN, SIEMPRE Y CUANDO SEA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS O UNIDAD DE RECIÉN NACIDOS.
- i. **ESTADO VEGETATIVO:** CUBRIMIENTO DE HASTA TREINTA (30) DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN.
- j. **DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS:** PARA LAS AFECCIONES RENALES AGUDAS DE CARÁCTER REVERSIBLE ESTE SERVICIO SE PRESTARÁ BAJO TRATAMIENTO HOSPITALARIO, MÁXIMO POR OCHO (8) SESIONES.
- k. **EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE DIAGNÓSTICO:** TODOS AQUELLOS EXÁMENES NO INCLUIDOS EN LA PRIMERA COBERTURA. PARA ESTE TIPO DE EXÁMENES SE CUBRIRÁN MEDIOS DE CONTRASTE Y MATERIALES NECESARIOS PARA SU APLICACIÓN.

1.1.2. OTRAS COBERTURAS

- a. **MATERNIDAD:**
A PARTIR DEL PRIMER (1°) DÍA DEL DÉCIMO (10°) MES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA DE LA PÓLIZA, LA ASEGURADA TENDRÁ DERECHO A LA ATENCIÓN DEL PARTO.

SI UNA ASEGURADA CON DERECHO A LA MATERNIDAD DECIDE SER ATENDIDA POR UN MÉDICO NO ADSCRITO AL CUADRO MÉDICO, AXA COLPATRIA ÚNICAMENTE CUBRIRÁ LOS COSTOS HOSPITALARIOS DE LA ATENCIÓN A LA MATERNIDAD HASTA POR UN MÁXIMO DE UN (1) DÍA PARA PARTO NATURAL, Y DOS (2) DÍAS PARA PARTO POR CESÁREA, SIEMPRE Y CUANDO SEA EN UNA INSTITUCIÓN ADSCRITA AL CUADRO MÉDICO Y MEDIE AUTORIZACIÓN PREVIA POR PARTE DE AXA COLPATRIA. PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO, LAS ASEGURADAS DEBERÁN INFORMAR A AXA COLPATRIA POR ESCRITO SU ESTADO DE EMBARAZO ANTES DE LA SEMANA VEINTISIETE (27) DE GESTACIÓN.

AXA COLPATRIA ASUME, EN VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO, LOS GASTOS DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO, SEA ESTE

PREMATURO O NO, DURANTE LOS PRIMEROS TREINTA (30) DÍAS DE VIDA, EXCLUYENDO ENFERMEDADES CONGÉNITAS Y HEREDITARIAS, EN LAS MISMAS CONDICIONES DEL CONTRATO VIGENTE PARA LA MADRE.

PARÁGRAFO N° 1. SI LA ASEGURADA NO TIENE DERECHO A LA COBERTURA DE MATERNIDAD, EL TOMADOR PODRÁ SOLICITAR LA CONTRATACIÓN DEL ANEXO OPCIONAL DE MATERNIDAD. AXA COLPATRIA SE RESERVA EL DERECHO DE OTORGAR DICHO AMPARO, PREVIA VALORACIÓN DEL RIESGO.

PARÁGRAFO N° 2. EL TOMADOR PODRÁ SOLICITAR LA CONTRATACIÓN DEL ANEXO PRENATAL PARA LA COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS Y HEREDITARIAS. AXA COLPATRIA SE RESERVA EL DERECHO DE CONTRATAR DICHO ANEXO, PREVIA VALORACIÓN DEL RIESGO.

b. CÁLCULOS BILIARES, RENALES, SEPTOPLASTIA Y SEPTORRINOPLASTIA:

1. **CÁLCULOS BILIARES Y/O RENALES:** LOS SERVICIOS QUE SE REQUIERAN PARA EL TRATAMIENTO DE CÁLCULOS BILIARES Y/O RENALES, SE CUBRIRÁN ÚNICAMENTE CUANDO ESTOS HAYAN SIDO DIAGNOSTICADOS AL ASEGURADO DESPUÉS DE DIEZ (10) MESES ININTERRUMPIDOS DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE SALUD.
2. **SEPTOPLASTIA Y SEPTORRINOPLASTIA FUNCIONAL:** ESTOS PROCEDIMIENTOS SE CUBRIRÁN ÚNICAMENTE DESPUÉS DE DIEZ (10) MESES ININTERRUMPIDOS DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

c. ONCOLOGÍA:

LOS SERVICIOS QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN SE CUBRIRÁN ÚNICAMENTE CUANDO LA PATOLOGÍA HAYA SIDO DIAGNOSTICADA AL ASEGURADO DESPUÉS DE DOCE (12) MESES ININTERRUMPIDOS DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

1. TRATAMIENTO AMBULATORIO U HOSPITALARIO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO.
2. TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS PARA EL CÁNCER: QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA, RADIUM-TERAPIA, HORMONOTERAPIA, INMUNOTERAPIA, COBALTOTERAPIA, YODOTERAPIA,

OTRAS TERAPIAS CON ISÓTOPOS, BRAQUITERAPIA, EXCLUYENDO EL TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.

d. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH-SIDA):

SE CUBRIRÁ SIEMPRE Y CUANDO LA PATOLOGÍA HAYA SIDO DIAGNOSTICADA AL ASEGURADO DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS TRES (3) AÑOS ININTERRUMPIDOS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

NO SE CUBREN LOS MEDICAMENTOS INMUNO MODULADORES Y RETROVIRALES PARA EL TRATAMIENTO HOSPITALARIO Y/O AMBULATORIO DEL VIH-SIDA.

e. TRASPLANTES DE RIÑÓN Y/O CÓRNEA:

ESTE SERVICIO SE CUBRIRÁ POR UNA SOLA VEZ INDEPENDIEMENTE DEL NÚMERO DE RENOVACIONES DE LA PÓLIZA, Y LA COBERTURA SOLO APLICARÁ A PARTIR DEL PRIMER (1°) DÍA DEL SEXTO AÑO DE COBERTURA. AXA COLPATRIA CUBRIRÁ LOS GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN, TRATAMIENTO Y/O CIRUGÍA QUE EL TRASPLANTE IMPLIQUE PARA EL DONANTE, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE SEA ASEGURADO DE AXA COLPATRIA. AXA COLPATRIA NO SE OBLIGA EN NINGÚN CASO A REALIZAR LA CONSECUENCIA DE LOS ÓRGANOS POR TRASPLANTAR NI A CUBRIR SU VALOR.

1.1.3 CONTINUIDAD EN EL PAGO DE LA PRIMA:

A PARTIR DEL SÉPTIMO (7°) MES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA DE LA PRESENTE PÓLIZA DE SALUD, AXA COLPATRIA, GARANTIZARÁ LA CONTINUIDAD EN EL PAGO DE LA PRIMA HASTA POR UN PERIODO DE SEIS (6) MESES CONTINUOS, CUANDO EL TOMADOR ACREDITE LA PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE SU EMPLEO O LA IMPOSIBILIDAD DE EJERCER LA ACTIVIDAD REMUNERATIVA DE CARÁCTER INDEPENDIENTE CON LA CUAL GENERA SU INGRESO.

LA COBERTURA APLICA **PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES** CUANDO EL TOMADOR LLEVE LABORANDO UN PERÍODO NO INFERIOR A UN (1) AÑO CONTINUO CON EL MISMO EMPLEADOR, BAJO UN CONTRATO LABORAL QUE MEDIE POR ESCRITO Y QUE SEA A TÉRMINO INDEFINIDO, INCLUYENDO LOS TRABAJADORES OFICIALES CON CONTRATO DE TRABAJO O EMPLEADOS

PÚBLICOS NOMBRADOS EN PROPIEDAD EN VIRTUD DE UNA RELACIÓN LEGAL O REGLAMENTARIA. SE EXTIENDE LA COBERTURA A LOS EMPLEADOS CON CONTRATO A TÉRMINO FIJO QUE HAYA SIDO RENOVADO POR LO MENOS DURANTE UN PERIODO CONTINUO DE UN (1) AÑO PREVIO AL CONTRATO QUE SE ENCUENTRE VIGENTE EN EL MOMENTO DEL SINIESTRO Y SIEMPRE Y CUANDO LA TERMINACIÓN DE ESTE SEA DE MANERA ANTICIPADA A LA FECHA DE VENCIMIENTO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO VIGENTE AL MOMENTO DEL SINIESTRO Y SIN JUSTA CAUSA.

LA COBERTURA APLICA **PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES** CUANDO EL TOMADOR NO PUEDA EJERCER LA ACTIVIDAD REMUNERATIVA DE CARÁCTER INDEPENDIENTE DE LA CUAL PROVIENE SU INGRESO, COMO CONSECUENCIA DE UNA INCAPACIDAD TEMPORAL SUPERIOR A CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS CALENDARIO CONTINUOS, POR ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE NI EXCLUIDA POR LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO HAYA COTIZADO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, POR UN PERÍODO MÍNIMO Y CONTINUO DE (1) AÑO A LA FECHA DEL SINIESTRO.

PARÁGRAFO: EL RECONOCIMIENTO DE ESTE AMPARO SE REALIZARÁ POR UNA SOLA VEZ INDEPENDIENTEMENTE DEL NÚMERO DE RENOVACIONES DE LA PÓLIZA.

1.1.3.1. EXCLUSIONES AL AMPARO DE CONTINUIDAD EN EL PAGO DE LA PRIMA

- A. PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS.
- B. PERSONAS CON JUBILACIÓN, PENSIÓN O SUELDO DE RETIRO.
- C. EMPLEADO PÚBLICO NOMBRADO EN PROVISIONALIDAD.
- D. RENUNCIA VOLUNTARIA.
- E. PERSONAS VINCULADAS A COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO.
- F. VÍNCULO A TRAVÉS DE CONTRATOS VERBALES, EN MISIÓN, POR OBRA Y LABOR O A TÉRMINO FIJO INFERIORES A UN (1) AÑO, SALVO QUE HAYA SIDO RENOVADO POR LO MENOS DURANTE UN PERIODO CONTINUO DE UN (1) AÑO PREVIO AL CONTRATO QUE SE ENCUENTRE VIGENTE EN EL MOMENTO DEL SINIESTRO.
- G. AFECCIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, INCLUYENDO PARTO, CESÁREA O ABORTO

Y SUS COMPLICACIONES Y LICENCIA DE MATERNIDAD.

2. CLÁUSULA SEGUNDA: EXCLUSIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

AXA COLPATRIA NO CUBRIRÁ LOS SERVICIOS REQUERIDOS O QUE HAYAN SIDO PRESTADOS POR CAUSA O COMO CONSECUENCIA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS, AÚN EN LOS CASOS DE URGENCIAS:

1. CUALQUIER SERVICIO DE SALUD NO DESCRITO EXPRESAMENTE EN LAS COBERTURAS DE LA PÓLIZA, O AQUELLOS SERVICIOS ORDENADOS O PRACTICADOS POR PROFESIONALES Y/O INSTITUCIONES NO ADSCRITOS AL CUADRO MÉDICO, SUS SECUELAS Y COMPLICACIONES.
2. CUALQUIER ENFERMEDAD PREEXISTENTE QUE SE PUEDA PROBAR SOBRE BASES CIENTÍFICAS SÓLIDAS QUE EXISTÍA ANTES DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SIN PERJUICIO DE QUE SE PUEDA DIAGNOSTICAR DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.
3. CUALQUIER ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA ANTES DEL INICIO DE SU RESPECTIVA COBERTURA CONFORME EL CAPÍTULO I AMPAROS.
4. CUALQUIER ESTUDIO GENÉTICO QUE TENGA COMO FINALIDAD CONOCER LA PREDISPOSICIÓN DEL ASEGURADO O DE SU DESCENDENCIA PRESENTE O FUTURA A PADECER CIERTAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON ALTERACIONES GENÉTICAS, ASÍ COMO LOS ESTUDIOS DE FARMACOGENÉTICA Y LOS MAPAS GENÉTICOS DE TUMORES.
5. ENFERMEDADES QUE SEAN CONSECUENCIA DE MALFORMACIONES, IMPERFECCIONES, DEFORMACIONES Y/O ANOMALÍAS CONGÉNITAS O GENÉTICAS, ASÍ COMO ESTUDIOS PARA LA CONFIRMACIÓN O DETECCIÓN DE LAS MISMAS Y PRUEBAS GENÉTICAS. ESTÁN COMPRENDIDAS DENTRO DE ESTA EXCLUSIÓN EL TRATAMIENTO DE LAS ANOMALÍAS CONGÉNITAS O GENÉTICAS DE HIJOS NACIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
6. TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA OBESIDAD Y SOBREPESO INCLUYENDO LAS DIFERENTES TÉCNICAS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA, TANTO AMBULATORIAS COMO HOSPITALARIAS.

7. TRATAMIENTOS MÉDICOS Y ESTUDIOS PARA ADELGAZAMIENTO O AUMENTO DE PESO Y/O DIETAS.
8. ESTUDIO, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO PARA TRASTORNOS DE SUEÑO Y RONCOPATÍA, CURAS PARA SUEÑO, REPOSO O SIMILARES, UVULOPALATOFARINGOPLASTIA Y/O SOMNOPLASTIA Y POLISOMNOGRAFÍAS.
9. CIRUGÍA ESTÉTICA, PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, REJUVENECIMIENTO, COSMETOLOGÍA, CÁMARA HIPERBÁRICA Y TRATAMIENTOS REALIZADOS CON TOXINA BOTULÍNICA, ESCLEROTERAPIA, ACNÉ, ALOPECIA, CELULOTERAPIA, HIDROTERAPIA, MAMOPLASTIA REDUCTORA O DE AUMENTO, CIRUGÍA PLÁSTICA PARA CONDICIONES PREEXISTENTES A LA FECHA DE INGRESO, TRATAMIENTOS POR LESIONES CUTÁNEAS SOLARES O LESIONES SEBORREICAS. SÓLO HABRÁ COBERTURA CUANDO SE TRATE DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA PRACTICADA COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE QUE HAYA TENIDO LUGAR DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
10. HOSPITALIZACIONES, EXÁMENES DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO MÉDICO DE ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO.
11. SECUELAS DE TRAUMATISMOS ANTERIORES A LA INCLUSIÓN DEL ASEGURADO EN ESTA PÓLIZA.
12. HOSPITALIZACIÓN CUYO OBJETIVO PRINCIPAL SEA EL DIAGNÓSTICO Y/O CHEQUEO MÉDICO.
13. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO DE DEFECTOS DE REFRACCIÓN VISUAL, ASÍ COMO ENFERMEDADES DERIVADAS DE LOS MISMOS, EXCEPTO SI SON SECUNDARIOS A PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CUBIERTOS POR AXA COLPATRIA.
14. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES QUE SEAN DECLARADAS COMO EPIDÉMICAS POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS COMPETENTES.
15. TRASPLANTES Y ESTUDIOS PRE-TRASPLANTE, CON EXCEPCIÓN AL DE RIÑÓN Y/O Córnea. SE EXCLUYEN LOS ESTUDIOS PRE-TRASPLANTE Y POST-TRASPLANTE DEL DONANTE NO ASEGURADO EN AXA COLPATRIA.
16. LESIONES OCASIONADAS EN EL DESARROLLO DE LA COMISIÓN DE UN DELITO O CONTRAVENCIÓN, O EN GENERAL, CUALQUIER ACTO ILÍCITO, EN EL QUE SEA AUTOR O PARTÍCIPE EL ASEGURADO, O LAS SUFRIDAS POR EL MISMO, CON OCASIÓN DE SU PARTICIPACIÓN EN DUELOS, RIÑAS O CUALQUIER MANIFESTACIÓN DE PROTESTA COLECTIVA, CUALQUIERA QUE SEA LA CAUSA.
17. LESIONES RECIBIDAS EN ACTOS DE GUERRA (DECLARADA O NO), REVOLUCIÓN, SEDICIÓN, CONMOCIÓN CIVIL, TERRORISMO Y HUELGA. ESTAS DOS ÚLTIMAS CUANDO HUBIERE PARTICIPADO ACTIVAMENTE EL ASEGURADO.
18. LAS LESIONES SUFRIDAS COMO CONSECUENCIA DE FENÓMENOS CATASTRÓFICOS POR CAUSAS NATURALES Y LAS LESIONES INMEDIATAS O TARDÍAS CAUSADAS POR FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR.
19. LESIONES INMEDIATAS O TARDÍAS SUFRIDAS COMO CONSECUENCIA DE CONTAMINACIÓN BIOLÓGICA O QUÍMICA.
20. LESIONES SUFRIDAS CUANDO SE ESTÉ ACTUANDO COMO MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE NAVES Y AERONAVES, O EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MILITAR O PRÁCTICAS EQUIVALENTES EN ACADEMIAS MILITARES.
21. ENFERMEDADES O LESIONES DERIVADAS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE, ASÍ COMO LA PRÁCTICA COMO AFICIONADO O PROFESIONAL DE ACTIVIDADES O DEPORTES DE ALTA PELIGROSIDAD, INCLUIDOS PERO NO LIMITADOS A, LOS ENTRENAMIENTOS, COMPETENCIAS MOTORIZADAS, VUELO EN PLANEADORES O COMETAS Y SIMILARES, VUELO EN CUALQUIER APARATO O NAVE QUE NO SEA DE LÍNEA COMERCIAL, BOXEO, CARRERAS DE CARROS, CARRERAS DE CABALLOS, PRUEBAS CICLÍSTICAS, PARACAIDISMO, ALPINISMO, MONTAÑISMO, POLO, SKI ACUÁTICO, BUCEO, ALADELTISMO, BUNGEE JUMPING, KITESURF, SKY, SNOWBOARD U OTRO DEPORTE DE INVIERNO.
22. ABORTO PROVOCADO, SUS COMPLICACIONES Y CONSECUENCIAS.
23. ATENCIÓN DE PARTO EN MEDIO ACUÁTICO, A DOMICILIO Y POR MEDIOS ALTERNATIVOS.
24. ESTERILIZACIÓN VOLUNTARIA, TRATAMIENTOS Y ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO PARA CORRECCIÓN DE INFERTILIDAD O ESTERILIDAD, TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE IMPOTENCIA SEXUAL, INSEMINACIÓN ARTIFICIAL, PROCEDIMIENTOS E IMPLEMENTACIÓN DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, RECANALIZACIÓN DE TROMPAS DE FALOPIO,

- RECANALIZACIÓN CONDUCTO DEFERENTE Y VASOVASOSTOMÍA.
25. FECUNDACIÓN IN-VITRO, PRUEBAS GENÉTICAS Y TRATAMIENTOS ORIENTADOS AL FETO. INTERVENCIONES REALIZADAS SOBRE NO NACIDOS.
 26. TRATAMIENTO MÉDICO, QUIRÚRGICO Y ESTUDIOS RELACIONADOS CON PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO.
 27. LESIONES CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR EL MISMO ASEGURADO, O ENCONTRÁNDOSE EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL, TEMPORAL O PERMANENTE, INTENTO DE SUICIDIO Y CUALQUIER LESIÓN O CONSECUENCIA MÉDICA DERIVADA DEL MISMO.
 28. EUTANASIA.
 29. TRATAMIENTO PARA LA ADICCIÓN A LAS DROGAS, LESIONES CAUSADAS Y DERIVADAS DE LA INGESTA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, SUSTANCIAS ENERVANTES, ESTIMULANTES O DEPRESORAS DEL SISTEMA NERVIOSO NO RECETADAS POR MÉDICOS, O ALCOHOLISMO, SUS TRATAMIENTOS Y CONSECUENCIAS.
 30. SERVICIOS O TRATAMIENTOS EN INSTITUCIONES DE LARGA ESTANCIA E INSTITUCIONES DE REHABILITACIÓN, SANATORIOS O CLÍNICAS DE REPOSO, ASILOS, RESIDENCIAS.
 31. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ANOREXIA O BULIMIA Y OTROS TRASTORNOS ALIMENTARIOS (AMBULATORIO Y/O HOSPITALARIO).
 32. ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO, SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE MEMORIA Y APRENDIZAJE, COMO PRUEBAS PSICOLÓGICAS Y NEUROPSICOLÓGICAS, PRUEBAS DE INTELIGENCIA, CLÍNICA DE MEMORIA.
 33. MEDICAMENTOS INMUNO MODULADORES Y RETROVIRALES PARA EL TRATAMIENTO HOSPITALARIO Y/O AMBULATORIO DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH - SIDA).
 34. EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO, LECHE MATERNIZADA Y SUPLEMENTOS ALIMENTARIOS.
 35. OXÍGENO AMBULATORIO EN CUALQUIERA DE SUS PRESENTACIONES.
 36. MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS QUE NO ESTÉN DISPONIBLES EN EL MERCADO NACIONAL, AL IGUAL QUE LOS QUE NO ESTÉN AUTORIZADOS POR AUTORIDAD COMPETENTE.
 37. EL SUMINISTRO DE BRAGUEROS, LENTES, MONTURAS, MEDIAS ANTIEMBÓLICAS, MULETAS, APARATOS ORTOPÉDICOS, EQUIPO PARA TERAPIA FÍSICA Y/O OCUPACIONAL, CALZADO ORTOPÉDICO, SILLAS DE RUEDAS, FAJAS, CABESTRILLOS, CAMAS HOSPITALARIAS, PIEZAS ANATÓMICAS.
 38. IMPLANTE COCLEAR Y LOS SISTEMAS DE CONDUCCIÓN ÓSEA AUDITIVA.
 39. INSUMOS, ADITAMENTOS Y/O MANTENIMIENTO DE AUDÍFONOS Y/O AMPLIFICADORES PARA LA AUDICIÓN.
 40. TERAPIAS ESPECIALIZADAS TALES COMO HIDROTERAPIA, CELULOTERAPIA, EQUINOTERAPIA, DELFINOTERAPIA Y CÁMARA HIPERBÁRICA Y CUALQUIER OTRA TERAPIA NO CONTEMPLADA EN EL CAPÍTULO I AMPAROS, PRIMERA COBERTURA.
 41. ESCLEROTERAPIA.
 42. PERSONAL O SERVICIO DE ENFERMERÍA DOMICILIARIO.
 43. DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, ESTÁN EXCLUIDOS: LLAMADAS DE LARGA DISTANCIA, COMIDAS EXTRAS, ELEMENTOS DE USO PERSONAL, BIBERONES, CAMAS DE ACOMPAÑANTE PARA PACIENTES ENTRE 15 Y 65 AÑOS, Y CUALQUIER OTRO SERVICIO EXTRA DE ORNATO O COMODIDAD.
 44. AUTOVACUNAS, VACUNAS Y PRUEBAS DE ALERGIA.
 45. ELEMENTOS DE CURACIÓN O COLECTORES PARA COLOSTOMÍAS, DRENAJES EXTERNOS, COLECTORES DE ORINA EN LOS PACIENTES AMBULATORIOS, TODOS LOS INSUMOS Y OSTOMÍAS EN GENERAL.
 46. TRATAMIENTOS MÉDICOS CON MEDICAMENTOS FOTOACTIVOS, O ACTIVADOS POR FUENTES DE LUZ (FOTODINÁMICA), EXCEPTO PARA TRATAMIENTO DE VITÍLIGO, LINFOMA CUTÁNEO, PSORIASIS.
 47. HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA, Y CUALQUIER SERVICIO EN EL DOMICILIO, EXCEPTO LA CONSULTA POR MÉDICO GENERAL.
 48. ACCIDENTES DE TRABAJO Y/O ENFERMEDADES LABORALES.
 49. EXÁMENES, CIRUGÍA, EXTRACCIONES, OBTURACIONES Y EN GENERAL EL TRATAMIENTO DE AFECCIONES O LESIONES DE ORIGEN DENTAL, GINGIVALES O ALVEOLARES, LOS TRATAMIENTOS DE

ANOMALÍAS DENTOFACIALES, LOS APARATOS DE PRÓTESIS Y SU IMPLANTACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LESIONES O FRACTURAS DENTALES.

50. NUEVAS TECNOLOGÍAS: EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO, DE DIAGNÓSTICO SIMPLE, DIAGNÓSTICO ESPECIALIZADO Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, PRODUCTO DEL AVANCE CIENTÍFICO Y NUEVAS TECNOLOGÍAS, NO PREVISTOS DENTRO DE LA COBERTURA DE LA PRESENTE PÓLIZA DE SALUD, DE ACUERDO CON LA NOTA TÉCNICA DEL PRODUCTO.

51. CIRUGÍA ROBÓTICA.

52. PRUEBAS Y TÉCNICAS QUE SE ENCUENTREN EN FASE EXPERIMENTAL O DE INVESTIGACIÓN Y NO ESTÉN DEBIDAMENTE DEMOSTRADAS EN EL MOMENTO DE LA ENTRADA DE VIGOR DEL CONTRATO.

3. CLÁUSULA TERCERA: CONDICIONES APLICABLES A TODO EL CONTRATO

3.1 PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

Los amparos de esta póliza serán prestados a los asegurados únicamente dentro del territorio nacional, en los municipios en donde AXA COLPATRIA tenga red de prestadores de servicios contratada, conforme oferta del CUADRO MÉDICO publicado en los medios dispuestos por AXA COLPATRIA para tal efecto.

En caso de requerir servicios de urgencia en lugares donde no se cuente con red de prestadores, se autorizará reembolso acorde con la cobertura de la presente póliza y éste se hará de acuerdo con las tarifas pactadas por AXA COLPATRIA con las instituciones del CUADRO MÉDICO.

3.2 REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

a. DECLARACIÓN DE SALUD

Diligenciar en forma veraz el cuestionario de salud, el cual será verificado con el fin de determinar el riesgo a asegurar y/o el otorgamiento del amparo. AXA COLPATRIA se reserva el derecho de exigir exámenes o valoraciones adicionales para la valoración del riesgo.

b. AFILIACIÓN Y PAGO DE APORTES AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO A TRAVÉS DE UNA EPS

Para la contratación y durante la vigencia de la póliza, se debe acreditar la afiliación y pago de aportes al Plan de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud – Régimen Contributivo o a un Régimen de excepción. En el evento de verificarse el incumplimiento de tal obligación legal, se procederá con la exclusión del asegurado, previa notificación.

c. NOTIFICACIÓN DE CUALQUIER CAMBIO DE ESTADO DE SALUD DE LOS ASEGURADOS ANTERIOR AL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Si entre la fecha de solicitud del seguro y el inicio de la vigencia de la póliza, se genera cambio en el estado de salud de los asegurados, el tomador está en la obligación de notificar a AXA COLPATRIA dicha novedad.

3.3 OBLIGACIONES

- Seguir las recomendaciones médicas de su médico o institución tratante, necesarios para la conservación o el restablecimiento de su salud.
- Tratar con respeto al cuerpo médico, personal de las instituciones adscritas y a funcionarios de AXA COLPATRIA.
- Estar afiliado y activo al Plan de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud – Régimen Contributivo o a un Régimen de excepción.
- El tomador y /o los asegurados deberán comunicar a AXA COLPATRIA sobre cualquier cambio de dirección de residencia o domicilio. Todas las comunicaciones serán enviadas a la última dirección comunicada.

3.4 PAGO DE PRIMA

Es obligación del tomador de la póliza y deberá efectuarse en la fecha de vencimiento pactada en la carátula.

La prima no devengada, en caso de retiro de algún asegurado, se liquidará a prorrata conforme a lo dispuesto en el Artículo 1070 del Código de Comercio.

El no pago de la prima dentro del plazo estipulado en esta póliza o en los certificados o anexos expedidos

con fundamento en ella, producirá la terminación del contrato de seguro.

3.5 BONO DE ATENCIÓN O COPAGO

Cada vez que un asegurado requiera de un tratamiento o servicio amparado por la póliza, distinto de la hospitalización programada, el asegurado deberá cancelar el valor del bono o copago estipulado en la carátula de la póliza o sus anexos, directamente al profesional o a la entidad de atención.

En caso de urgencias por fuera del CUADRO MÉDICO, el valor del bono o copago será descontado, como un deducible, del valor a reembolsar, conforme lo determinado en el numeral 3.1.

Serán objeto de pago de bono o copago, los siguientes servicios:

- a. Consulta médica.
- b. Consulta médica domiciliaria.
- c. Urgencia ambulatoria y/o hospitalaria.
- d. Exámenes de diagnóstico simple.
- e. Terapia respiratoria, ocupacional, del lenguaje y fisioterapia.
- f. Ambulancia dentro del perímetro urbano.
- g. Exámenes especializados de diagnóstico.

3.6 NOVEDADES DE INGRESO

Los nuevos asegurados que por nacimiento o cualquier otra circunstancia entren a formar parte del grupo asegurado, podrán ingresar al seguro mediante solicitud individual, siempre que cumplan los requisitos de asegurabilidad exigidos por AXA COLPATRIA. AXA COLPATRIA se reserva el derecho de expedir el seguro, conforme la valoración del estado del riesgo.

3.7 RENOVACIÓN

La póliza será renovada automáticamente, salvo que el tomador manifieste por escrito su deseo de no renovar. AXA COLPATRIA enviará al tomador las nuevas condiciones y la prima que regirán para la siguiente anualidad, con una antelación no inferior a treinta (30) días a la fecha de vencimiento de la anualidad en curso. Se entiende que el tomador y sus asegurados aceptan las nuevas condiciones de la prima al efectuar el pago. AXA COLPATRIA garantiza el derecho a la renovación del contrato, salvo que medie incumplimiento de cualquiera de las obligaciones derivadas del mismo.

3.8 INEXACTITUD RETICENCIA U OMISIÓN

El tomador y/o los asegurados individualmente considerados están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, es decir, su verdadero estado de salud al momento de contratar el seguro. La omisión o la inexactitud en las declaraciones hechas a AXA COLPATRIA darán lugar a las sanciones previstas en los artículos 1058 y 1158 del código de comercio.

En la declaración del estado del riesgo deberán indicar si padecen o han padecido enfermedades, secuelas, complicaciones o recidivas que requieran o hubieren requerido o no, estudios, análisis clínicos, tratamiento ambulatorio o quirúrgico.

En caso de inexactitud, reticencia u omisión sobre el verdadero estado de salud, AXA COLPATRIA negará la cobertura de los servicios de salud asociados a ellas.

3.10 TERMINACIÓN DEL CONTRATO

El contrato de seguro se dará por terminado en los siguientes casos:

- a. Vencimiento de la vigencia establecida en la carátula de la póliza sin haberse renovado.
- b. Por mora en el pago de la prima: La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.
- c. Por decisión unilateral del TOMADOR en cualquier momento, mediante aviso escrito al asegurador. El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro más un recargo del 10% de la diferencia entre dicha prima y la anual.
- d. Por decisión unilateral del asegurador notificada a la última dirección conocida del tomador, con una antelación no inferior a diez (10) días calendario a la fecha efectiva de terminación.
- e. Por incumplimiento del tomador o asegurado de estar afiliado al Plan de Beneficios de Salud de él y/o de los miembros de su grupo familiar, de acuerdo con lo que disponen las normas aplicables para la materia.

3.11. VIGENCIA

La presente póliza podrá tener una vigencia mensual, trimestral, semestral o anual de conformidad con lo establecido en la carátula de la póliza, con renovación automática por períodos iguales, previo el pago de la prima pactada.

3.12. NOTIFICACIONES

Salvo el aviso de siniestro, cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos del presente contrato deberá consignarse por escrito. Será prueba suficiente de la notificación, la constancia de envío del aviso escrito por correo certificado dirigido a la dirección más reciente registrada en el contrato de seguro.

3.13. NOTIFICACIONES DE NOVEDADES

El tomador y/o los asegurados deberán comunicar a AXA COLPATRIA sobre cualquier novedad que afecte el contrato de seguro tales como fallecimiento, cambio en el tipo o número de documento de identidad, cambio legal de género, cambio de dirección de residencia o domicilio, teléfono de contacto y correo electrónico. Todas las comunicaciones serán enviadas a la última dirección comunicada.

3.14. DOMICILIO

Para efectos de esta póliza, sin perjuicio de las disposiciones legales, se tendrá como domicilio de AXA COLPATRIA, la ciudad de Bogotá D.C.

3.15 DEFINICIONES

Para los efectos del presente contrato, las siguientes denominaciones tendrán el significado que aquí se les asigna:

- 1. Actividad de medio:** Conjunto de actos médicos objeto de la prestación del servicio, frente a los cuales no es posible garantizar los resultados o los objetivos esperados. Los servicios que se prestan en desarrollo de este contrato constituyen una actividad de medio y no de resultado.
- 2. Acto médico:** Es aquel acto diagnóstico, terapéutico, curativo, rehabilitador, preventivo o paliativo que ejecuta un médico u otro profesional de la salud, en el ejercicio de sus actividades profesionales en favor de un ASEGURADO.
- 3. Accidente:** suceso imprevisto y repentino, no provocado deliberadamente por el asegurado,

que le produzca una lesión orgánica o una perturbación funcional, permanente o transitoria.

- 4. Asegurado:** son las personas con o sin vínculo familiar con el tomador que tengan menos de sesenta (60) años de edad al momento de ingresar a la póliza y que sean incluidos en ella por el tomador como parte del grupo asegurado.
- 5. Asistencia médica ambulatoria:** la constituyen todos los servicios que no requieran internación hospitalaria.
- 6. Asistencia médica hospitalaria:** es la reclusión en una institución hospitalaria para la asistencia médica de una afección o lesión de un asegurado, con una duración mínima de veinticuatro (24) horas, siempre y cuando exista un diagnóstico y requiera tratamiento médico.
- 7. Auditoría médica:** es el método selectivo de control y vigilancia establecido por AXA COLPATRIA sobre aspectos tales como la gestión médica, la pertinencia de los insumos utilizados en la prestación del servicio contratado y en los procesos de facturación. La auditoría médica podrá utilizar para el efecto todos los documentos relacionados con el proceso de asistencia, la historia clínica, la hoja quirúrgica y demás información médica pertinente.
- 8. Cobertura:** Obligación principal del asegurador que consiste en hacerse cargo, hasta el límite de la suma asegurada, de las consecuencias económicas que se deriven de un siniestro. Es el conjunto total de servicios que AXA COLPATRIA se compromete a prestar a los asegurados relacionados en la carátula de la póliza, conforme el tiempo de permanencia ininterrumpida en la póliza de cada asegurado individualmente considerado.
- 9. Cirugía ambulatoria:** se entiende por cirugía ambulatoria aquellos procedimientos de cirugía que requieren uso de quirófano, sin hospitalización, debidamente programados durante la vigencia de la póliza.
- 10. Cuadro médico:** aquellos médicos y profesionales de las diferentes áreas de la medicina, centros de diagnóstico e instituciones hospitalarias, que por haber llegado a un acuerdo de prestación de servicios con AXA COLPATRIA, ponen su capacidad científica y técnica a disposición de los asegurados para la prestación de los servicios médicos contratados.
- 11. Bono de atención:** cada vez que un asegurado requiera de un tratamiento o servicio amparado por la póliza, distinto de la hospitalización programada, el asegurado deberá soportar una cuota del gasto o bono estipulado en la carátula de la póliza o sus anexos, para lo cual deberá

abonar al profesional o a la entidad a la que acuda, el valor del bono.

- 12. Enfermedad o afección:** es la alteración de la salud que resulte de la acción de agentes patológicos de origen externo o interno en relación con el organismo y que conlleven a un tratamiento médico o quirúrgico tanto hospitalario como ambulatorio.
- 13. Estado de coma:** condición en que se encuentra un asegurado que, como consecuencia de alguna enfermedad o accidente, presenta pérdida de la conciencia, en la cual el asegurado no responde a ningún estímulo externo.
- 14. Estado vegetativo:** condición en la que el asegurado tiene inconsciencia completa de sí mismo y del medio que lo rodea, con preservación de los ciclos de sueño, vigilia y conservación total o parcial de las funciones autónomas del hipotálamo y del tallo encefálico.
- 15. Exámenes de diagnóstico especializado:** son los exámenes de diagnóstico cuyo análisis y procesamiento puedan realizarse únicamente en el país diferente de los exámenes de laboratorio clínico. Estudios de patología y de radiología simple.
- 16. Exclusiones:** patologías, procedimientos, exámenes de diagnóstico específicos, que por su carácter técnico científico y análisis de costos y/o criterios de comercialización, no son objeto de amparo de la póliza. También son exclusiones, los accidentes ocurridos o las enfermedades originadas directa o indirectamente con anterioridad al ingreso del asegurado a la póliza, por tratarse de hechos ciertos, no son asegurables, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 1054 del código de comercio.
- 17. Hospitalización:** período de permanencia superior de veinticuatro (24) horas en clínica u hospital. AXA COLPATRIA asumirá los gastos por concepto de sala de cirugía, instrumentador o ayudante de cirugía, oxígeno, exámenes de laboratorio, radiografías, exámenes de diagnóstico, medicinas, transfusiones y demás servicios necesarios para la recuperación del asegurado ocasionados durante una hospitalización.
- 18. Hospitalización en unidad de cuidados intensivos:** es aquella que tiene lugar en unidad de cuidados intensivos, o en unidad de recién nacidos en consideración al crítico estado de salud del asegurado.
- 19. Hospitalización para tratamiento médico:** es aquella que se produce para tratar una afección prevista dentro de esta póliza, que no puede ser tratada mediante asistencia médica ambulatoria.
- 20. Hospitalización para tratamiento quirúrgico:** es aquella que se requiere para practicar cualquier acto quirúrgico, dentro de las especialidades de la medicina autorizadas para el territorio nacional.
- 21. Incapacidad temporal:** aquella que sobrevenga al asegurado durante la vigencia de la póliza, derivada de una lesión accidental o de una enfermedad, que de manera temporal impida al asegurado desarrollar sus actividades remunerativas habituales, siempre que esté debidamente reconocida por la EPS o la ARL de afiliación del asegurado.
- 22. Lesión accidental:** secuela o daño corporal que se compruebe médicamente y que sea consecuencia de un accidente, entendiéndose como tal la ocurrencia de un hecho ocasional, violento, súbito, externo y visible.
- 23. Médico:** cualquier profesional legalmente autorizado para prestar los servicios médicos y/o quirúrgicos previstos en esta póliza.
- 24. Médico de atención integral - M.A.I.:** Es el profesional de la medicina, que formando parte del CUADRO MÉDICO, tiene a su cargo la atención de los ASEGURADOS, en todos los aspectos relacionados con la prevención, mantenimiento y rehabilitación de su salud, coordinando para el efecto los diferentes estamentos del CUADRO MÉDICO. El M.A.I. es escogido libremente por el ASEGURADO.
- 25. Medios de contraste:** sustancias empleadas para visualizar o resaltar estructuras que normalmente no se observan claramente mediante la utilización de equipos y técnicas convencionales de diagnóstico.
- 26. Muerte cerebral / encefálica:** es el hecho biológico que se produce en una persona cuando en forma irreversible se presenta en ella ausencia de las funciones del tallo encefálico, comprobadas por examen clínico.
- 27. Oncología:** rama de la medicina dedicada al estudio y tratamiento de los tumores, sean benignos o malignos.
- 28. Parto pre-término:** para los efectos de esta póliza, se considera como parto pre - término, todo aquel que ocurre antes de la semana treinta y seis (36) no cumplida de gestación.
- 29. Preexistencia:** toda patología, malformación o afección que se evidencie clínicamente y/o se encuentre consignada en la historia clínica existente a la fecha de iniciación del contrato o vinculación, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas. Las condiciones, enfermedades o afecciones de carácter congénito

se consideran preexistencias para los fines de este contrato.

30.Rehabilitación: es el tratamiento por medio del cual se aplican métodos y medios destinados a restituir total o parcialmente la actividad o función perdida por traumatismo o enfermedad.

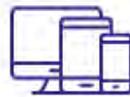
31.Trabajador dependiente: Aquella persona que lleve laborando un período no inferior a un (1) año continuo con el mismo empleador, bajo un contrato laboral que medie por escrito y que sea a término indefinido, incluyendo los trabajadores oficiales con contrato de trabajo o empleados públicos nombrados en propiedad en virtud de una relación legal o reglamentaria. Se extiende la cobertura a los empleados con contrato a término fijo que haya sido renovado por lo menos durante un periodo continuo de un (1) año previo al contrato que se encuentre vigente en el momento del siniestro, y, siempre y cuando la terminación del mismo sea de manera anticipada a la fecha de vencimiento establecida en el contrato vigente al momento del siniestro y sin justa causa.

32.Trabajador independiente: Aquella persona que no está vinculada a una empresa mediante un contrato de trabajo, sino que ejercen una actividad económica independiente y/o aquellos trabajadores cuyo ingreso dependa de un negocio propio independiente. Se entienden incluidos los asociados a cooperativas de trabajo asociado, así como los pensionados.

33.Tomador: es la persona natural o jurídica que celebra y suscribe la presente póliza, en nombre propio y por cuenta propia y/o en nombre, representación y beneficio de terceras personas denominadas asegurados, detallados en el respectivo anexo, y por lo tanto responsable de las obligaciones contractuales que le son propias en tal calidad.

34.Urgencia vital inmediata: es cualquier afección de la salud por efecto de enfermedad o accidente, de carácter súbito, agudo, e inesperado, que pone en peligro la vida del ASEGURADO.

35.Vigencia: fecha a partir de la cual se adquiere la calidad de asegurado y por ende el derecho a los servicios de acuerdo con la cláusula de amparos.



www.axacolpatria.co

   AXA COLPATRIA

Para mayor información, comuníquese con su asesor de seguros o a nuestra Línea Integral de Atención al Cliente: 01 8000 51 26 20, en Bogotá al 423 57 57

COLSANITAS

CONDICIONES GENERALES



Sanitas Sociedad Anónima de Seguros

Inscrita el 10 de febrero de 1958 con la clave C-320 en el Registro Especial de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Entidad domiciliada en España, Ribera del Loira, 52 – 28042 Madrid.

Registro Mercantil de Madrid, hoja 4.530, tomo 1.241, libro 721, secc. 3ª, Insc. 1.

N.I.F. A-28037042

ÍNDICE

Condiciones generales

Cláusula preliminar.....	6
Glosario de términos.....	7
Cláusula I: Objeto del seguro.....	12
Cláusula II: Coberturas.....	12
COBERTURAS PRINCIPALES DE LA PÓLIZA.....	12
1. Asistencia primaria.....	12
1.1. Medicina Familiar.....	12
1.2. Pediatría y Puericultura.....	12
1.3. Servicio de Enfermería.....	12
2. Urgencias.....	12
Sanitas 24 horas.....	12
3. Especialidades médicas.....	13
3.1. Alergología.....	13
3.2. Análisis Clínicos.....	13
3.2.1. Estudios Genéticos.....	13
3.3. Anatomía Patológica.....	13
3.4. Anestesiología.....	13
3.5. Angiología y Cirugía Vasculard.....	13
3.6. Aparato Digestivo.....	13
3.7. Cardiología.....	14
3.8. Cirugía Cardiovascular.....	14
3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo.....	14
3.10. Cirugía Maxilofacial.....	14
3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatológica.....	14
3.12. Cirugía Pediátrica.....	14
3.13. Cirugía Reparadora.....	14
3.14. Cirugía Torácica.....	14
3.15. Dermatología.....	14
3.16. Endocrinología.....	14



3.17. Geriatria.....	14
3.18. Hematología y Hemoterapia.....	14
3.19. Medicina Interna.....	14
3.20. Medicina Nuclear.....	14
3.21. Nefrología.....	15
3.22. Neumología.....	15
3.23. Neurocirugía.....	15
3.24. Neurofisiología Clínica.....	15
3.25. Neurología.....	15
3.26. Obstetricia y Ginecología.....	15
3.26.1. Cirugía de la Mama.....	16
3.26.2. Asistencia de Neonatología.....	16
3.26.3. Asistencia al recién nacido.....	16
3.27. Oftalmología.....	16
3.28. Oncología Médica.....	16
3.29. Otorrinolaringología.....	17
3.30. Psiquiatría.....	17
3.31. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen.....	17
3.32. Radioterapia.....	17
3.33. Rehabilitación.....	17
3.34. Reumatología.....	17
3.35. Urología.....	17
4. Otros servicios asistenciales.....	18
4.1. Ambulancia.....	18
4.2. Atención Especial en Domicilio.....	18
4.3. Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas).....	18
4.4. Fisioterapia.....	18
4.5. Logofoniatría.....	19
4.6. Nutrición.....	19
4.7. Podología (exclusivamente Quiropodia).....	19
4.8. Prótesis.....	19
4.9. Programa Materno Infantil.....	20
4.10. Psicología.....	20
4.11. Terapias respiratorias domiciliarias.....	20
5. Asistencia hospitalaria.....	20
6. Medicina preventiva.....	21
COBERTURAS ADICIONALES DE LA PÓLIZA.....	22
Cobertura de accidentes de tráfico y laborales.....	23

Cobertura de asistencia de urgencias en el extranjero.....	23
Cobertura protección total.....	25
Cobertura segunda opinión médica.....	30
Sanitas Dental 21.....	30
Decesos por accidentes.....	31
Cláusula III: Coberturas excluidas.....	46
Cláusula IV: Periodos de carencia.....	50
Cláusula V: Forma de prestar los servicios.....	51
Cláusula VI: Otros aspectos del seguro.....	55
1. Bases y pérdida de derechos del contrato.....	55
2. Duración del seguro.....	56
3. Primas del seguro.....	56
4. Altas de recién nacidos.....	57
5. Aportación de informes.....	58
6. Reclamaciones.....	58
7. Otros aspectos legales a tener en cuenta.....	59
8. Cláusula de protección de datos.....	59
9. Otros.....	65
10. Jurisdicción.....	65

Cláusula preliminar

El presente contrato se rige, por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de Octubre de 1980); por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y su Reglamento de Desarrollo (Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras), por la Ley 22/2007 de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores, la Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados, y por lo convenido en las presentes Condiciones Generales y en las Particulares.

Serán de aplicación las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que están resaltadas en negrita y que sean específicamente aceptadas.

Glosario de términos

A los efectos del presente documento del Producto **Sanitas Profesionales Plus** se entiende por:

TÉRMINOS ASEGURADORES

ACCIDENTE

Lesión corporal sufrida durante la vigencia de la póliza, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

ANTIGÜEDAD

Supone el reconocimiento al Asegurado de determinados derechos por permanencia en SANITAS, que se especificarán en las Condiciones Particulares.

ASEGURADO

Cada persona incluida en la póliza y especificada en las Condiciones Particulares, con derecho a percibir las prestaciones del seguro, y que puede o no coincidir con la persona del Tomador.

BENEFICIARIO

Persona a quien el Tomador del seguro reconoce el derecho a percibir, en la cuantía que corresponda, la indemnización o prestación derivada de este contrato.

COPAGO

Participación del Asegurado en la cuantía del coste del acto médico o serie de actos, según el servicio médico requerido, recibido de los profesionales o centros que presten el mismo, y que se abonará directamente a SANITAS.

CUESTIONARIO DE SALUD

Declaración que debe realizar de forma veraz y completa y firmar el Tomador o Asegurado antes de la formalización de la póliza que sirve a SANITAS para la valoración del riesgo que es objeto del seguro.

DOLO

Acción u omisión cometida con fraude o engaño con la intención de producir un daño

u obtener un beneficio afectando los intereses de un tercero.

DOMICILIO DEL ASEGURADO

Es aquel donde resida el Asegurado y que conste expresamente mencionado en las condiciones particulares de la póliza.

ENTIDAD ASEGURADORA

SANITAS, Sociedad Anónima de Seguros, persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado.

FRANQUICIA

Cuantía de los gastos médicos y/u hospitalarios no incluidos en la cobertura del seguro que, conforme a lo establecido en las correspondientes garantías, son abonados por el propio Tomador del Seguro o Asegurado al proveedor médico.

PARTICIPACIÓN EN GASTOS

Con carácter previo al acceso a determinadas coberturas, el Asegurado deberá abonar en un único pago a SANITAS, una cuantía específica en función del grado de dificultad de las mismas.

PLAZOS DE CARENCIA

Periodo de tiempo (computado por meses transcurridos a partir de la fecha de efecto de alta de cada Asegurado en la póliza) durante el cual no entran en vigor algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías que recoja la misma.

PÓLIZA

Documento escrito que contiene las condiciones reguladoras del seguro, así como los derechos y deberes de las partes y que sirve de prueba de la existencia del mismo. Forman parte integrante de la póliza: la solicitud de seguro, el Cuestionario de Salud, las Condiciones Generales, las Particulares, las Adicionales y Complementarias o

Apéndices que se añadan a la misma, para completarla o modificarla.

PREEXISTENCIA

Estado o condición de la salud (enfermedad, lesión o defecto) no necesariamente patológicos sufridos por el Asegurado con anterioridad a la fecha de la firma del cuestionario de salud.

PRESTACIÓN

Aceptación del pago del servicio asistencial por SANITAS de las garantías comprometidas en la póliza.

PRIMA

Es el precio del seguro, es decir, la cantidad que el Tomador del Seguro o Asegurado debe abonar a SANITAS. Contendrá, además, los recargos, tasas e impuestos que sean de legal aplicación.

SINIESTRO

Todo hecho cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por la póliza y que formen parte del objeto del seguro. Se considera que constituye un sólo y único siniestro el conjunto de servicios derivados de una misma causa.

SOBREPRIMA

Es una prima complementaria que se establece, mediante pacto expreso reflejado en las condiciones particulares de la póliza, con el fin de asumir un riesgo adicional que no sería objeto de cobertura asegurada si no existiera dicho pacto.

TOMADOR DEL SEGURO

Es la persona, física o jurídica que junto con SANITAS suscribe este contrato y que puede ser igual o distinta que el Asegurado, y a la que corresponden las obligaciones que del mismo se derivan, especialmente el pago de la prima, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

TÉRMINOS SANITARIOS

ASISTENCIA SANITARIA

Acto de atender o cuidar la salud de una persona.

ASISTENCIA SANITARIA HOSPITALARIA / CON HOSPITALIZACIÓN EN REGIMEN DE INGRESO

Es la asistencia prestada en un centro médico u hospitalario en régimen de internamiento, con registro de entrada y permanencia del Asegurado como paciente, con una pernocta al menos, para el tratamiento médico, diagnóstico, quirúrgico o terapéutico del mismo.

ASISTENCIA SANITARIA EN HOSPITAL DE DIA / EN REGIMEN DE INGRESO EN HOSPITAL DE DIA

Es la asistencia médica, diagnóstica, quirúrgica o terapéutica prestada en un centro médico u hospitalario que requiere cuidados pocos intensivos y de corta duración por lo que no precisa que el paciente pernocte en el centro.

En caso de un tratamiento quirúrgico en régimen de hospital de día, este tratamiento se realiza en quirófano, con anestesia general, local, regional o sedación, que requiere de cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración por lo que no precisa la pernocta del paciente en el centro.

ASISTENCIA SANITARIA SIN HOSPITALIZACIÓN / AMBULATORIA EN REGIMEN AMBULANTE

Es la asistencia médica, diagnóstica, quirúrgica o terapéutica prestada en el hospital que no suponga hospitalización en régimen de ingreso u hospital de día. En caso de un tratamiento quirúrgico en régimen ambulatorio, éste se realiza en consulta, sobre tejidos superficiales y precisa generalmente anestesia local.

ASISTENCIA POR MOTIVOS DE TIPO SOCIAL

El ingreso médico se convierte en ingreso social cuando un paciente con deterioro funcional o afectado por procesos crónicos y/o patologías asociadas al envejecimiento ha superado la fase aguda de su enfermedad, y precisa cuidados sanitarios pero no en régimen de ingreso hospitalario.

CONSULTA

Acción de atender y examinar al médico a un enfermo realizando las exploraciones y pruebas médicas necesarias para obtener un diagnóstico o un pronóstico y prescribir un tratamiento.

DIAGNÓSTICO

Juicio médico sobre la naturaleza de la enfermedad o lesión de un paciente, basado en la valoración de sus síntomas y signos y en la realización de pruebas complementarias correspondientes.

ENFERMERO.

Diplomado Universitario en Enfermería, legalmente capacitado y autorizado para desarrollar la actividad de enfermería.

ENFERMEDAD

Toda alteración del estado de salud, que no sea consecuencia de accidente o lesión, y cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un profesional sanitario legalmente reconocido, y que haga precisa la asistencia facultativa.

ENFERMEDAD CONGÉNITA

Es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier periodo de la vida del individuo.

GUÍA ORIENTADORA DE MÉDICOS Y SERVICIOS

Profesionales y centros sanitarios pertenecientes al cuadro médico correspondiente a esta póliza y recomendados por SANITAS para la prestación de los servicios objeto del seguro. La Guía puede sufrir modificaciones durante la vigencia de la póliza. Los asegurados tienen a su disposición en las oficinas de SANITAS una relación completa y actualizada de los facultativos y entidades que conforman el cuadro médico de esta póliza.

HABITACIÓN CONVENCIONAL

Habitación de una sola estancia o habitáculo, dotada de los equipamientos necesarios para la asistencia sanitaria. No se entienden como convencionales las suites o habitaciones con antesala.

HOSPITAL

Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones o accidentes, provisto de presencia médica permanente y de los medios necesarios para efectuar diagnósticos, tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas y que permita el ingreso del paciente.

A los efectos de la póliza, no se consideran hospitalares los hoteles, casas de reposo, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas e instituciones similares.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Toda intervención con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante cirugía efectuada por un médico especialista competente en un centro autorizado (hospitalario o extra hospitalario) y que requiere normalmente la utilización de una sala específica dotada del equipamiento necesario.

LESIÓN

Todo cambio patológico que se produce en un tejido o en un órgano sano y que comporta un daño anatómico o fisiológico, es decir, una perturbación en la integridad física o en el equilibrio funcional.

MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

Piezas de cualquier naturaleza empleadas para la unión de los extremos de un hueso fracturado o para soldar extremos articulares.

MATERIAL ORTOPÉDICO

Piezas anatómicas externas de cualquier naturaleza utilizadas para prevenir o corregir las deformidades del cuerpo, como por ejemplo corsés, arneses o muletas.

MEDICAMENTOS

Toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos, o que pueda usarse, o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico.

La cobertura por parte de la aseguradora estará supeditada a la prescripción de la terapia más eficiente disponible en el momento, por principio activo y utilizando siempre el fármaco genérico o biosimilar si este estuviera autorizado por la Agencia Española del Medicamento y comercializado en España.

MÉDICO

Doctor o Licenciado en Medicina legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente las enfermedades o lesiones.

MÉTODO TERAPÉUTICO COMPLEJO

Se define como método terapéutico complejo todo aquel que precisa para su realización un medio sanitario u hospitalario con equipamiento tecnológico, sala y profesional sanitario especializados.

Asimismo la infraestructura sanitaria donde es llevado a cabo debe contar con personal y equipamiento suficientes para hacer frente a cualquier complicación que pueda sufrir el paciente como consecuencia directa o indirecta del mismo.

Indicar a título de ejemplo que estarían comprendidos todos los procedimientos de litotricia, radioterapia, quimioterapia, radiología intervencionista, hemodinamia, endoscopia, aquellos procedimientos cubiertos que precisen láser.

RECIÉN NACIDO

Persona en la etapa de la vida que se extiende durante las cuatro primeras semanas desde su nacimiento.

PARTO

Se define como la salida de uno (o más) recién nacidos y la(s) placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior. El parto normal o a término es aquél que se produce entre la 37ª y la 42ª semana desde la fecha de la última menstruación. Los partos ocurridos antes de las 37 semanas se consideran partos prematuros y los que ocurren después de las 42 semanas se consideran partos post-término.

PATOLOGÍA ORGÁNICA

Lesión estructural en tejidos u órganos del cuerpo humano

PRÓTESIS

Todo elemento de cualquier naturaleza, que reemplaza temporal o permanentemente la ausencia de un órgano, tejido, fluido orgánico, miembro o parte de alguno de éstos. A título de ejemplo, tienen esa consideración los elementos mecánicos (sustituciones articulares) o biológicos (recambios valvulares cardíacos, ligamentos) lentes intraoculares, reservorios de medicamentos, etc.

PRUEBA DIAGNÓSTICA COMPLEJA

Se define como prueba diagnóstica compleja todo aquella prueba que precisa para su realización un medio sanitario u hospitalario con equipamiento tecnológico y profesional sanitario especializado. Asimismo la infraestructura sanitaria donde es llevado a cabo debe contar con personal y equipamiento suficientes para hacer frente a cualquier complicación que pueda sufrir el paciente como consecuencia directa o indirecta de la realización de dicha prueba. Indicar a título de ejemplo que estarían incluidas todas las pruebas de TAC, resonancia, neurofisiología, medicina nuclear, genética y biología molecular, endoscopia, hemodinamia, etc.

PSICOLOGÍA

Ciencia que implica la aplicación práctica del conocimiento, habilidades y técnicas para el diagnóstico, prevención o solución de problemas individuales o sociales,

especialmente en cuanto a la interacción entre el individuo y el entorno físico y social.

SERVICIOS A DOMICILIO

Visita en el domicilio del Asegurado y a solicitud del Asegurado por parte de médico de familia, pediatra/puericultor o enfermero, en aquellos casos en que el Asegurado se encuentre, por razón de su enfermedad, incapacitado para trasladarse al consultorio.

SERVICIOS DE ASISTENCIA URGENTE

Asistencia en caso justificado tanto en el domicilio del Asegurado, como en cualquier otro lugar del territorio nacional donde se encuentre el Asegurado, siempre que SANITAS tenga concertada la prestación de este servicio en dicho lugar. El servicio será prestado por médico de familia y/o enfermero.

TRATAMIENTO

Conjunto de medios de cualquier tipo (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o bien físicos), los cuales tendrán como finalidad primaria la curación o el alivio de enfermedades o algunas de estas, una vez que ya se ha llevado al diagnóstico de las mismas.

URGENCIA

Se considera "Urgencia" a toda situación clínica que no lleve aparejado un compromiso vital o daño irreparable en la integridad física del paciente, que precise una pronta atención sanitaria.

URGENCIA VITAL

Es aquella situación clínica que requiere atención médica inmediata, dado que un retraso en la misma puede derivar un compromiso vital o daño irreparable en la integridad física del paciente que pueda suponer la pérdida o deterioro significativo de una función, miembro, órgano del cuerpo de la misma.

Cláusula I: Objeto del seguro

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en la Póliza, y previo pago por el Tomador del seguro de la prima correspondiente, copagos y franquicias que en su caso corresponda, SANITAS pone a disposición de sus asegurados un amplio cuadro concertado de profesionales, clínicas y hospitales para su asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria, según la práctica médica habitual, en aquellas especialidades y modalidades comprendidas en la cobertura de esta Póliza, asumiendo su coste mediante el pago directo a los profesionales o centros concertados que hubieren realizado la prestación asegurada.

Los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica, con posterioridad a la fecha de efecto del presente contrato, podrán pasar a formar parte de las coberturas de esta póliza siempre que sean seguros, eficaces y estén universalizados y consolidados. En cada renovación de esta póliza, SANITAS comunicará las técnicas o tratamientos que se incluirán entre las coberturas de la póliza para el siguiente periodo.

Cláusula II: Coberturas

Las prestaciones que son objeto de esta póliza están condicionadas al cumplimiento de los periodos de carencia indicados más adelante y siempre y cuando sean patologías posteriores a la contratación de la póliza y no conocidas por el Asegurado.

COBERTURAS PRINCIPALES DE LA PÓLIZA

Con carácter general y con las limitaciones y exclusiones resaltadas en el condicionado de esta póliza, las prestaciones sanitarias cubiertas son las correspondientes a las siguientes especialidades:

1. Asistencia primaria

1.1. Medicina Familiar

Comprende la asistencia médica en consulta, indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos (analítica y radiología general), durante los días y horas establecidos al efecto por el facultativo, y la asistencia médica a domicilio cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al Asegurado se encuentre impedido para trasladarse a la consulta del médico.

En los casos urgentes, el Asegurado deberá acudir a los servicios permanentes de urgencia, o bien ponerse en contacto con el servicio telefónico de SANITAS.

1.2. Pediatría y Puericultura

Comprende la asistencia de niños **hasta cumplir los 15 años de edad**, en consultorio y a domicilio, la indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos (analítica y radiología general) aplicándose las mismas normas ya citadas para la cobertura de Medicina Familiar.

1.3. Servicio de Enfermería

Comprende la asistencia en consulta y a domicilio.

2. Urgencias

Comprende la asistencia sanitaria en casos de urgencia que se prestará en los centros de urgencia permanente.

En caso justificado, se atenderá al Asegurado, en el lugar donde se encuentre, por los servicios permanentes de guardia, **únicamente en aquellas poblaciones en las que SANITAS tenga concertada la prestación de dicho servicio.**

Sanitas 24 horas

Servicio telefónico que comprende la atención informativa facilitada por un equipo

médico, que asesorará al Asegurado sobre sus preguntas de carácter médico, tratamientos, medicación, lectura de análisis, etc., las 24 horas del día, los 365 días del año.

3. Especialidades médicas

3.1. Alergología

Incluye la determinación de IgE específica frente a alérgenos completos (extractos naturales) pero **quedan excluidas de cobertura las determinaciones de IgE específica frente a alérgenos recombinantes e IgG4.**

3.2. Análisis Clínicos

3.2.1. Estudios Genéticos

Comprende exclusivamente aquellos estudios genéticos imprescindibles para el diagnóstico y/o pautar un tratamiento en paciente afecto y sintomático, y que además tengan una alta rentabilidad diagnóstica.

Incluye el estudio de los genes BRCA 1 y BRCA 2 en las siguientes indicaciones:

A) paciente sin antecedente personal de cáncer de mama u ovario que cumpla los siguientes requisitos:

- con 2 o más familiares de 1º o 2º grado menor de 50 años afectado por cáncer de mama
- con 2 o más familiares de 1º o 2º grado afectado por cáncer de ovario a cualquier edad
- con 2 o más familiares de 1º o 2º grado menor de 50 años afectado por cáncer de mama y por cáncer de ovario a cualquier edad

B) paciente mayor de 50 años con antecedente de cáncer de mama

- con 2 o más familiares de 1º o 2º grado menor de 50 años afectado por cáncer de mama
- con 2 o más familiares de 1º o 2º grado afectado por cáncer de ovario a cualquier edad

- con 2 o más familiares de 1º o 2º grado menor de 50 años afectado por cáncer de mama y por cáncer de ovario a cualquier edad

C) paciente varón con cáncer de mama

D) paciente menor de 50 años con cáncer de mama

E) paciente con cáncer de ovario (+/-) cáncer de mama

Queda excluido el estudio molecular de PCA3 y el tipaje DNA HLA clase I y II.

3.3. Anatomía Patológica

Incluye la realización de las siguientes dianas terapéuticas: BRAF, ALK, K-RAS, N-RAS, C-ERB2/HER2, EGFR, C-Kit, ROS-1 y PDL-1 previa a la administración de determinados fármacos, siempre que en la ficha técnica de dicho fármaco establecida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, se exija su determinación. Estos criterios se aplican igualmente en la especialidad de estudios genéticos.

3.4. Anestesiología

3.5. Angiología y Cirugía Vascular

Queda excluido el tratamiento esclerosante de varices con espuma o microespuma.

3.6. Aparato Digestivo

La elastografía hepática está cubierta, **una vez al año por Asegurado, solo para evaluar la evolución del grado de fibrosis hepática en hepatopatías crónicas, con exclusión de las que tienen alguna relación con el alcoholismo.**

La técnica de disección endoscópica submucosa **se incluye únicamente para el tratamiento de lesiones de la mucosa gástrica/colorectal, premaligna o maligna incipiente en las que se ha descartado polipectomía convencional y que se**

plantea el tratamiento quirúrgico. Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Incluye la realización de Entero-resonancia.

3.7. Cardiología

Incluye la realización de Resonancia cardiaca y resonancia cardiaca de estrés así como el medicamento necesario para la realización de esta prueba.

3.8. Cirugía Cardiovascular

Queda excluida la técnica de crioablación y las técnicas percutáneas para el recambio de válvulas cardíacas.

3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo

Incluye la cirugía por vía laparoscópica.

3.10. Cirugía Maxilofacial

Comprende el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de las enfermedades y traumatismos que involucren exclusivamente a la mandíbula, maxilar y huesos propios de la cara.

Están excluidos los tratamientos propios de la especialidad de Odontología, así como tratamientos estéticos y/o que tengan finalidad funcional del área bucodental del paciente, entre otros las cirugías ortognáticas, preimplantológicas y preprotésicas.

3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatológica

Incluye la cirugía por vía artroscópica.

3.12. Cirugía Pediátrica

En idénticos términos y condiciones que la cirugía de adultos.

3.13. Cirugía Reparadora

3.14. Cirugía Torácica

3.15. Dermatología

3.16. Endocrinología

3.17. Geriatría

3.18. Hematología y Hemoterapia

Incluye trasplantes autólogos tanto de médula ósea como de células progenitoras de sangre periférica, **exclusivamente para tratamientos de tumores de estirpe hematológica.**

El estudio del inmunofenotipo leucocitario sólo queda cubierto en estudio de leucemias y linfomas.

3.19. Medicina Interna

3.20. Medicina Nuclear

Los medios de contraste son por cuenta de SANITAS.

El PET y PET/ TC exclusivamente con el 18-fludexoxiglucosa (18 FDG) son objeto de cobertura:

A) para el diagnóstico, estadificación, monitorización de la respuesta al tratamiento y detección en caso razonable de recidiva en procesos oncológicos y

B) para las siguientes indicaciones no oncológicas (autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en la ficha técnica de 18-fludexoxiglucosa (18 FDG)):

b.1- Cardiología

- Evaluación de la viabilidad miocárdica en pacientes con disfunción grave del ventrículo izquierdo y que son candidatos a revascularización, sólo cuando las técnicas de imagen convencionales no son concluyentes.

b.2- Neurología .

- Localización de focos epileptógenos en la valoración prequirúrgica de la epilepsia temporal parcial.

b.3- Enfermedades infecciosas o inflamatorias

- Localización de focos anómalos para orientar el diagnóstico etiológico en caso de fiebre idiopática.

Diagnóstico de infección en caso de:

- Presunta infección crónica de huesos o de las estructuras adyacentes: osteomielitis, espondilitis, discitis u osteítis, incluso cuando existen implantes metálicos
- Pacientes diabéticos con un pie indicativo de neuroartropatía de Charcot, osteomielitis o una infección de tejidos blandos
- Prótesis de cadera dolorosa
- Prótesis vascular
- Detección de focos metastásicos sépticos en caso de bacteriemia o endocarditis (ver también sección 4.4)

Detección de la extensión de la inflamación en caso de:

- Sarcoidosis
- Enfermedad intestinal inflamatoria
- Vasculitis que afecta a los grandes vasos

Seguimiento del tratamiento:

Equinococosis alveolar irresecable, en la detección de focos activos del parásito durante el tratamiento médico y tras la suspensión del tratamiento.

Incluye la realización de PET RM **exclusivamente para procesos oncológicos.**

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Queda excluido cualquier radiotrazador que no sea 18FDG.

3.21. Nefrología

Incluye las técnicas de diálisis exclusivamente en procesos agudos. **Quedan excluidos los tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis.**

3.22. Neumología

Incluye la ecobroncoscopia en las siguientes indicaciones:

- TBNA (aspiración con aguja transbronquial guiada por ultrasonido endobronquial) negativa
- la estadificación de un mediastino radiológicamente normal en cáncer de pulmón sospechado o confirmado
- la re-estadificación tras quimioterapia de inducción
- el diagnóstico de masas mediastinales, hiliares peribronquiales, paratraqueales o intrapulmonares

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

3.23. Neurocirugía

Incluye la cirugía con asistencia de navegación quirúrgica y la Monitorización Electrofisiológica Intraoperatoria.

3.24. Neurofisiología Clínica

3.25. Neurología

3.26. Obstetricia y Ginecología

Incluye las intervenciones ginecológicas por vía laparoscópica y el estudio y diagnóstico básico de la infertilidad y esterilidad.

Incluye también planificación familiar: ligadura de trompas, implantación del DIU (**siendo el dispositivo por cuenta del Asegurado**) y el seguimiento del tratamiento con anovulatorios.

Incluye las siguientes pruebas genéticas:

- Cariotipo
- factor V Leiden y mutación 20210 del gen de la protrombina, precisando estas dos determinaciones autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico, siendo objeto de cobertura cuando hay antecedentes personales de abortos de repetición y/o de procesos tromboembólicos.

Cualquier otra prueba genética distinta de las ya mencionadas, estará excluida.

Incluye la realización de tomosíntesis de mama así como el uso de plataformas genómicas para el pronóstico del cáncer de mama (ONCOTYPE, MAMMAPRINT, PROSIGNA) prescritas por un especialista del cuadro médico y siempre que sea preciso para el tratamiento de conformidad con las recomendaciones establecidas respectivamente por cada una de las plataformas genómicas ya indicadas. **Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.**

Incluye el estudio de DNA circulante en plasma materno (test de cribado prenatal no invasivo) para el cribado de trisomías fetales cuando el cribado combinado del primer trimestre es mayor o igual a 1 en 250.

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

3.26.1. Cirugía de la Mama

La cirugía de mama está en cobertura en las siguientes situaciones:

- Procesos tumorales benignos. **Excluye la reconstrucción mamaria.**
- Procesos tumorales malignos: incluye la cirugía en la mama afecta y la cirugía profiláctica de la mama contralateral si se considera una opción terapéutica tras el resultado del BRCA1 y BRCA2. Incluye la reconstrucción mamaria posterior.
- Personas no afectas de cáncer de mama en las que la cirugía profiláctica de mama se considera una opción terapéutica tras el resultado de BRCA1 y BRCA2. Incluye la reconstrucción mamaria posterior.

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

3.26.2. Asistencia de Neonatología

Comprende el reconocimiento médico, administración de vacunas, y realización de aquellas pruebas que de manera sistemática se efectúan al recién nacido durante sus primeras 48 horas de vida, de conformidad con el protocolo asistencial aplicable según cada comunidad autónoma, **excluyendo cualquier prestación médica que sea**

consecuencia de una patología o complicación al nacer.

3.26.3. Asistencia al recién nacido

Comprende los gastos derivados de la asistencia sanitaria al recién nacido, **siempre y cuando esté dado de alta como asegurado en SANITAS y cuente con dicha cobertura.**

3.27. Oftalmología

Incluye la fotocoagulación por láser **exclusivamente para retinopatías isquémicas, edema macular, glaucoma y lesiones periféricas retinianas (agujeros o desgarros); el cross linking corneal para el tratamiento del queratocono; y la cirugía para el trasplante de córnea** siendo la córnea a trasplantar por cuenta de SANITAS.

Queda excluida la cirugía refractiva de cualquier tipo (para miopía, hipermetropía y astigmatismo).

3.28. Oncología Médica

La prescripción del tratamiento deberá ser siempre realizada por el especialista en Oncología Médica que esté encargado de la asistencia al enfermo. Los tratamientos correrán por cuenta de SANITAS, siempre que se apliquen en centro asistencial, tanto en régimen de Unidad de Día Oncológica, como en ingreso cuando éste fuera necesario.

SANITAS, sólo correrá con los gastos correspondientes a los medicamentos específicamente citostáticos, cuya comercialización se encuentre autorizada en el mercado nacional y siempre que se empleen de conformidad con las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto y cuya administración sea por vía parenteral, en tantos ciclos como sea necesario y mediante instilación vesical en el caso de MITOMICINA Y BCG.

Incluye también los medicamentos sin efecto antitumoral que se administren de forma

simultánea junto a los citostáticos durante la sesión de quimioterapia, para evitar sus efectos adversos o secundarios.

3.29. Otorrinolaringología

Incluye la cirugía mediante láser CO2 y radiofrecuencia.

3.30. Psiquiatría

El ingreso psiquiátrico **sólo se cubre en régimen de hospitalización y sólo comprende el tratamiento de brotes agudos. Queda limitado a un periodo máximo de 50 días por asegurado/ año.**

3.31. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen

Comprende las técnicas habituales de diagnóstico. Los medios de contraste serán por cuenta de SANITAS.

También incluye:

A) La colonografía realizada mediante tomografía computarizada (TC) en las siguientes indicaciones:

- Cribado de cáncer de colon y poliposcolónica en pacientes sin historia clínica conocida de cáncer de colon, poliposis o enfermedad inflamatoria intestinal, siempre que presenten antecedentes familiares de estas patologías o sean candidatos al cribado por edad (a partir de 50 años).
- Cribado de cáncer de colon y poliposcolónica en pacientes en los que la colonoscopia convencional esté contraindicada por su situación clínica o entrañe un mayor riesgo.
- Como complemento a la colonoscopia convencional cuando ésta no haya podido alcanzar la longitud completa del colon.

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

B) La coronariografía por TC: **únicamente para pacientes sintomáticos que presenten baja o intermedia probabilidad de enfermedad coronaria, en los que no sea posible realizar una prueba de detección de isquemia o ésta sea negativa o no concluyente; pacientes asintomáticos pero con prueba de detección de isquemia positiva o dudosa; para estudio de anomalías coronarias: sospecha de anomalía o identificación del trayecto en paciente ya diagnosticado; para evaluación de venas pulmonares previa a ablación de fibrilación auricular; para estudio coronario previo a cirugía valvular cardiaca y para evaluación de stents o injertos coronarios.**

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Queda excluida la valoración del score cálcico.

3.32. Radioterapia

Incluye radioterapia **exclusivamente para procesos oncológicos.**

Incluye también la radiocirugía estereotáxica para el tratamiento de procesos tumorales, principalmente malignos, malformaciones arteriovenosas cerebrales y como último escalón terapéutico en la neuralgia de trigémino.

Previa autorización de SANITAS tras valoración de informe médico.

3.33. Rehabilitación

Comprende las consultas encaminadas al diagnóstico, valoración y prescripción de los tratamientos de fisioterapia contemplados en la cobertura de Fisioterapia.

3.34. Reumatología

3.35. Urología

Incluye la Resonancia Magnética Multiparamétrica de próstata en las siguientes indicaciones:

- Estadificación local, regional o a distancia
- Detección o guía para biopsia diagnóstica ante sospecha de riesgo clínico en los siguientes casos:
 - PSA 4-10 (zona gris) con un ratio (libre/total) inferior a 0,13 generalmente es indicativo de ausencia de carcinoma prostático e implica seguimiento activo y tratamiento farmacológico. Procedería si persiste la elevación tras 3 meses de seguimiento/tratamiento.
 - PSA>10 y/o ratio superior a 0,13.
- Monitorización terapéutica

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Incluye la Biopsia por fusión de próstata ante sospecha de riesgo clínico (persistencia de la elevación de PSA) con resultado negativo de biopsia previa.

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Incluye la fotovaporización y enucleación de próstata con láser.

Incluye la litotricia endoureteral y vesical con láser.

Queda excluida la crioterapia prostática.

4. Otros servicios asistenciales

4.1. Ambulancia

Serán objeto de cobertura los traslados realizados en ambulancia, desde el lugar donde se encuentre el asegurado hasta aquél hospital donde va a ingresar en régimen de hospitalización o acuda por urgencia y bajo la cobertura de SANITAS. Quedan igualmente cubiertos los traslados de retorno del asegurado desde el Hospital hasta su domicilio, así como los producidos entre centros hospitalarios del cuadro médico de SANITAS debido a que los recursos asistenciales en el hospital donde se encuentre el Asegurado no son los que su atención médica requiere. Igualmente quedan

cubiertos los traslados para tratamientos de quimioterapia y radioterapia en Hospital de Día. En todos estos supuestos el servicio se prestará por vía terrestre, dentro de territorio nacional, a través de los medios concertados por SANITAS y siempre que el estado físico del asegurado impida su traslado por otro medio ordinario (taxi, vehículo particular, etc.) y sea autorizado a través del servicio telefónico 24 horas de SANITAS.

Esta prestación no incluye los traslados requeridos para la realización de tratamientos de fisioterapia, pruebas diagnósticas, ni para asistencia a consultas, ni en general cualquier otro no contemplado en el párrafo anterior. Están por tanto excluidos de cobertura los servicios prestados por proveedores no concertados o por el Servicio público de salud dependiente de la Comunidad Autónoma o de la Administración Central.

4.2. Atención Especial en Domicilio

Se llevará a cabo por los equipos sanitarios que designe SANITAS, siempre que exista la posibilidad de concertar el servicio cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario ni equipamiento especializado, siempre previa prescripción del médico.

4.3. Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas)

La asistencia al parto por matrona se realizará en todo caso en régimen de ingreso hospitalario.

4.4. Fisioterapia

Está comprendida únicamente con carácter ambulatorio y **exclusivamente para las afecciones de origen en el aparato locomotor**, considerando como tales exclusivamente aquellas estructuras del cuerpo humano que realizan la función de locomoción o desplazamiento, no aquellas por tanto como la articulación temporo-mandibular que no realizan dicha función, y siempre que no se trate de un proceso crónico o degenerativo, hasta la mayor recuperación funcional posible del

paciente, determinada por su médico rehabilitador.

Incluye terapia con ondas de choque para **lesiones osteotendinosas crónicas (más de 6 meses de evolución) del aparato locomotor.**

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

En régimen de ingreso hospitalario se prestará **sólo y exclusivamente para la recuperación del aparato locomotor secundaria a una cirugía ortopédica y la recuperación cardiaca inmediata tras un infarto agudo de miocardio y tras la cirugía con circulación extracorpórea.** También incluye el drenaje linfático tras cirugía por proceso oncológico.

Queda excluida la rehabilitación de origen neurológico, rehabilitación del suelo pélvico, rehabilitación cardiaca en régimen ambulatorio, rehabilitación respiratoria, rehabilitación de la articulación temporomandibular o aquellas que usen equipamiento robótico.

4.5. Logofoniatría

Está comprendida únicamente en relación con procesos orgánicos referidos al aparato fonador (laringe y cuerdas vocales), **hasta un máximo de 6 meses al año por asegurado.**

Son las disfonías producidas por una lesión en el aparato fonador (congénitas o adquiridas) no relacionada con el uso de la voz. Se considera procesos orgánicos a:

1. Inflamación: edemas
2. Tumores:
 - a) Benignos: nódulos, pólipos.
 - b) Malignos: cáncer de laringe (con afectación parcial o total)
3. Alteraciones de las propias cuerdas vocales:
 - a) Parexias (disminución del movimiento de la(s) cuerda(s) porque o el músculo o el nervio están lesionados)
 - b) Parálisis de cuerda (ausencia de movimiento de la(s) cuerda(s) porque o el músculo o el nervio están lesionados)

4. Malformaciones congénitas

Es objeto de cobertura asegurada **exclusivamente la terapia reeducativa y la reeducación del lenguaje para procesos derivados de accidente cerebro vascular agudo.**

4.6. Nutrición

El acceso a esta especialidad tendrá que ser **prescrito por especialistas en endocrinología, oncología, medicina interna, geriatría o pediatría autorizados por SANITAS.** Se cubre **cuando existe una patología médica (pacientes oncológicos, diabetes, problemas de obesidad con IMC>30 o trastorno alimentario severo).**

4.7. Podología (exclusivamente Quiropodia)

Limitado a 12 sesiones como máximo del tratamiento por asegurado y anualidad del seguro.

4.8. Prótesis

Comprende exclusivamente las prótesis internas y materiales implantables internos expresamente indicados a continuación.

En aquellos casos en los que así lo requiera SANITAS, el Asegurado deberá facilitar los informes y/o presupuestos.

1. Oftalmología: lente intraocular monofocal, **excluida la tórica, utilizada para la cirugía de cataratas.** Incluye también el tejido corneal procedente **exclusivamente de banco de tejido nacional para el trasplante de cornea.**

2. Traumatología y Cirugía Ortopédica: prótesis de cadera, de rodilla, y de otras articulaciones; material necesario para la fijación de columna; disco intervertebral; material de interposición intervertebral (intersomático o interespinoso); material necesario para vertebroplastia-cifoplastia; material osteo-ligamentoso biológico obtenido de bancos de tejidos nacionales; material de

osteosíntesis; sustitutos óseos, **exclusivamente para cirugía de columna y rellenos óseos tras cirugía tumoral.**

3. Área Cardiovascular: las siguientes prótesis vasculares: stent; by-pass periférico o coronario, medicalizado o no medicalizado; la endoprótesis de aorta en situaciones de urgencia vital, **que requerirá autorización expresa de SANITAS tras valoración de informe médico;** válvulas cardíacas, **con exclusión de las implantadas por vía percutánea o transapical;** y los conductos valvulados aórticos siempre que estén asociados a una cirugía valvular aórtica; marcapasos **con exclusión de cualquier tipo de desfibrilador y de corazón artificial;** coils y/o material de embolización.

4. Quimioterapia o Tratamiento del Dolor: reservorios.

5. Otros materiales quirúrgicos: mallas abdominales, **excepto las mallas biológicas;** stent biliar; endoprótesis esofágica, duodenal y colónica; sistemas de suspensión urológica; sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo (hidrocefalia); prótesis de mama y expansores, tanto en la mama afectada por una cirugía tumoral previa como en los casos en los que la mastectomía profiláctica se considere una opción terapéutica tras el resultado del BRCA1 y BRCA2.

6. Materiales de fijación ósea en cirugías craneales y/o maxilofaciales.

4.9. Programa Materno Infantil

Comprende clases teóricas y prácticas de preparación al parto, exámenes de salud del niño, así como asesoramiento telefónico por profesionales de enfermería durante los seis primeros meses de vida del niño.

4.10. Psicología

Comprende la atención psicológica de carácter individual prescrita por Psiquiatras, Médicos Asesores de Salud Familiar, Pediatras u Oncólogos Médicos y cuya

finalidad sea el tratamiento de patologías susceptibles de intervención psicológica.

Asimismo comprende el diagnóstico psicológico simple y los test psicométricos, **cuyos formularios serán por cuenta del Asegurado.**

Comprende hasta un máximo de 4 consultas al mes y con un límite de 15 sesiones por asegurado y anualidad del seguro.

Queda excluido el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, la hipnosis, tratamiento de la narcolepsia y los servicios de rehabilitación psicosocial o neuropsiquiatría.

4.11. Terapias respiratorias domiciliarias

Comprende exclusivamente los siguientes tratamientos:

a) Oxigenoterapia: líquida, con concentrador y gaseosa.

La oxigenoterapia líquida deberá estar prescrita para administrarse durante al menos 15 horas diarias. SANITAS solo se hará cargo de un tipo de tratamiento de oxigenoterapia.

Excluye el concentrador de oxígenos portátil.

b) Generación de presión positiva en la vía aérea con CPAP para tratamiento del Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño. **Queda excluido el autoCPAP para este tratamiento.**

c) Ventiloterapia parcial con BIPAP y Aerosolterapia.

5. Asistencia hospitalaria

La hospitalización se realizará en clínica u hospital.

En caso de pernocta, el enfermo ocupará habitación individual convencional y cama de acompañante **excepto en las**

hospitalizaciones psiquiátricas, en U.V.I. e incubadora y serán por cuenta de SANITAS los gastos derivados de la realización de los métodos diagnósticos y terapéuticos, tratamientos quirúrgicos (incluidos gastos de quirófano y medicamentos **excepto medicación que no cuente con autorización para su comercialización en España**) y estancias con la manutención del enfermo.

Excluye la asistencia por motivos de tipo social.

6. Medicina preventiva

Incluye programas aplicados a poblaciones sanas que contemplan diferentes actividades como consulta médica, exploración física y pruebas diagnósticas básicas prescritas por el especialista correspondiente, para el diagnóstico precoz de enfermedades:

6.1. Pediatría: Comprende consulta con especialista, exámenes de salud del recién nacido (incluyendo detección de metabopatías así como detección precoz de la hipoacusia mediante otoemisiones acústicas o potenciales evocados auditivos en caso necesario) y exámenes periódicos de salud para el control del desarrollo infantil **(desde el nacimiento hasta los 11 años de edad)**.

6.2. Aparato Digestivo: Incluye consulta con especialista y exploración física, así como pruebas diagnósticas básicas (por ejemplo, test de sangre oculta en heces o colonoscopia).

6.3. Cardiología: Incluye consulta con especialista y exploración física, así como pruebas diagnósticas básicas (por ejemplo: ECG, analítica básica de sangre y orina) y, prueba de esfuerzo, para establecer el riesgo coronario.

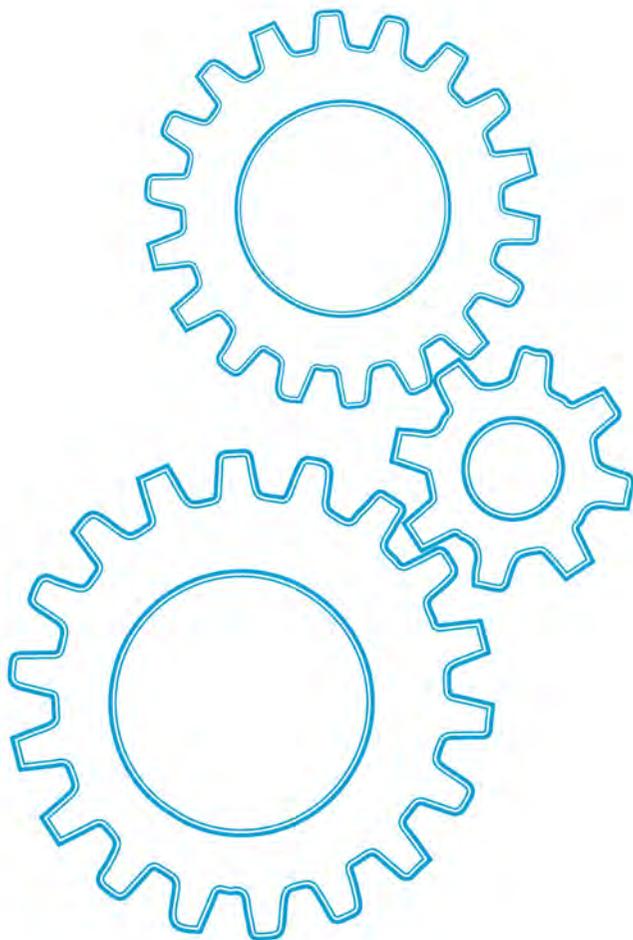
6.4. Neumología: Incluye consulta con especialista y exploración física, así como pruebas diagnósticas básicas (por ejemplo: radiografía de tórax).

6.5. Ginecología: Comprende revisión ginecológica anual para la prevención del cáncer de cérvix, endometrio y mama. Incluye consulta con el especialista y exploración así como las pruebas diagnósticas básicas (ecografía, mamografía, citología o ecografía ginecológica, por ejemplo).

6.6. Urología: Comprende consulta médica con el especialista así como análisis de sangre básico (incluyendo determinación de Antígeno Específico Prostático –PSA–) y orina, y otras pruebas diagnósticas básicas (como ecografía y/o biopsia de próstata).

La periodicidad recomendada de estos exámenes varía según las características de cada caso, por lo que corresponde al especialista establecer las recomendaciones en función del riesgo.

COBERTURAS ADICIONALES DE LA PÓLIZA



Cobertura de accidentes de tráfico y laborales

SANITAS cubrirá, en los términos y condiciones establecidos en la presente póliza, la asistencia sanitaria que precisen los asegurados de la misma, como consecuencia de accidentes de tráfico, accidentes de trabajo o enfermedad profesional, considerando como tales las así reconocidas por las Autoridades Administrativas competentes.

Queda excluida la asistencia sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades, lesiones, malformaciones o defectos derivados de actividades deportivas de carácter profesional.

Cobertura de asistencia de urgencias en el extranjero

¿Qué es? Utilización de los servicios y límite temporal

Se trata de un complemento adicional a su póliza con el que dispondrá de cobertura de urgencias en el extranjero por causa de enfermedad o accidente, **siempre que la asistencia requerida se produzca dentro de los 90 días consecutivos desde el inicio del viaje.**

En todo lo que no se oponga expresamente a lo establecido en este complemento resultará de aplicación a la garantía de asistencia sanitaria urgente en el extranjero lo previsto en el condicionado de la póliza, incluidas sus cláusulas limitativas y exclusiones.

Es imprescindible para poder cubrir esta asistencia, **que el Asegurado** esté al corriente de pago y que, **antes de que se le realice ninguna prestación médica (salvo urgencia vital), contacte con Sanitas y solicite autorización previa** a través del teléfono que consta al dorso de la tarjeta. En caso de urgencia vital el asegurado acudirá a la clínica u hospital más próximo debiendo

comunicarlo a SANITAS en el plazo máximo de 7 días a contar desde la fecha del ingreso facilitando a SANITAS copia del informe de urgencias. En todo caso, la llamada SANITAS se ha de efectuar antes del inicio del viaje de regreso a España.

Para que SANITAS acepte la prestación asistencial, será necesario que se aporten todos los documentos requeridos (justificantes de viaje, informe médico que justifique la urgencia y todos aquellos que sean requeridos, facturas y justificantes de pago)

¿Qué no incluye?

- los gastos médicos en el extranjero inferiores a 3€.
- los gastos ocasionados por el diagnóstico o el tratamiento de un estado fisiológico (ejemplo: embarazo) o enfermedad ya conocida antes de la fecha de la iniciación del viaje, a menos que sea una complicación clara o imprevisible; los tratamientos ordenados en España;
- los gastos del embarazo producidos a partir de los 150 primeros días.
- las enfermedades mentales y las crónicas que hayan provocado alteraciones en la salud del Asegurado.

¿Qué servicios tengo incluidos?

1. Gastos Médicos

SANITAS, garantiza al Asegurado durante el período de vigencia de la póliza, la asistencia sanitaria urgente en el extranjero para los gastos médicos (de médicos, cirujanos y hospitales/clínicas) originados fuera del territorio español y prestados a través de los centros designados por SANITAS.

Límites

12.000€ por persona y año.

2. Traslado de enfermos o heridos al lugar de asistencia

¿Qué incluye?

SANITAS tomará a su cargo dicho traslado bajo observación médica hasta el punto de asistencia en el que sea posible efectuar el tratamiento

El servicio médico de SANITAS será el que decida y elija el medio de transporte y el centro médico/hospital al que debe acudir el asegurado, conforme a las exigencias de orden médico que apliquen al caso.

3. Prolongación de estancia en hotel de acompañante, por hospitalización del asegurado

Cuando el Asegurado tenga que estar hospitalizado por prescripción médica y de acuerdo con el servicio médico, SANITAS abonará los gastos que se deriven de la necesaria prolongación de estancia en hotel del acompañante si es también asegurado de SANITAS **hasta un máximo de 60€ por día y hasta un máximo de 10 días.**

4. Desplazamiento y estancia de un familiar para acompañar al asegurado hospitalizado

Si el asegurado, durante el viaje, debe estar hospitalizado más de cinco días y ningún familiar directo se encuentra a su lado, SANITAS pondrá un billete de avión línea regular (clase turista) o tren (primera clase) ida y vuelta, a disposición de un acompañante con domicilio habitual en España. SANITAS, asumirá en concepto de gastos de estancia, el alojamiento en hotel, **hasta 60€ por día y hasta un máximo de 5 días.**

5. Traslado en caso de fallecimiento

En caso de fallecimiento del Asegurado, SANITAS organizará y tomará a su cargo el traslado del féretro hasta el lugar de su inhumación en el país de su domicilio habitual, así como los gastos del ataúd mínimo obligatorio, embalsamamiento y de las formalidades administrativas. En su caso, y tras la petición de los Beneficiarios, SANITAS asumirá los costes de la incineración en el lugar del óbito, y del transporte de las cenizas hasta el lugar de su

inhumación en el país de su domicilio habitual. **SANITAS no tomará a su cargo los gastos de funeral e inhumación.**

6. Regreso anticipado de los familiares asegurados acompañantes

Cuando al Asegurado se le haya trasladado por fallecimiento en aplicación de la garantía "Traslado en caso de fallecimiento", y esta circunstancia impida a los familiares asegurados acompañantes su regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, SANITAS se hará cargo de los gastos correspondientes al transporte de los mismos hasta el lugar de su residencia habitual en España. **Máximo de dos personas adultas y los menores de 14 años acompañados.**

7. Acompañamiento de menores

Si a los Asegurados que viajen con disminuidos o menores de 14 años, les surge durante la vigencia del contrato la imposibilidad de ocuparse de ellos por causa de enfermedad sobrevenida o accidente, cubierto por la Póliza, SANITAS organizará y tomará a su cargo el desplazamiento, ida y vuelta, de una persona residente en España designada por el Asegurado o su familia, al objeto de acompañar a los hijos en su regreso a su domicilio habitual en España, y en el menor tiempo posible.

8. Búsqueda y localización de equipajes y efectos personales

En caso de que el Asegurado sufra una demora o pérdida de su equipaje, SANITAS le asistirá en su búsqueda y localización, asesorándole en la gestión para interponer la correspondiente denuncia. Si el equipaje es localizado, SANITAS lo expedirá hasta el domicilio habitual del Asegurado en España, siempre que no sea necesaria la presencia del propietario para su recuperación.

9. Envío de documentos y objetos personales al extranjero

SANITAS organizará y tomará a su cargo el coste del envío de los objetos imprescindibles para el transcurso del viaje y olvidados en el domicilio antes del inicio del mismo (lentillas, prótesis, gafas, tarjetas de crédito, carnet de conducir, D.N.I. y pasaporte). Esta prestación se extiende igualmente al envío a domicilio, de estos mismos objetos cuando hayan sido olvidados durante su viaje o recuperados después de un robo durante el mismo.

SANITAS únicamente asumirá la organización del envío, así como el coste de éste para paquetes de un peso máximo de 10 kilogramos.

10. Adelanto de fondos

SANITAS adelantará fondos al Asegurado, en caso de necesidad, **hasta el límite de 1.500 euros**. SANITAS solicitará al Asegurado algún tipo de aval o garantía que le asegure el cobro del anticipo. En cualquier caso, las cantidades adelantadas deberán ser devueltas a SANITAS en el plazo máximo de 30 días.

11. Asistencia jurídica

Si el Asegurado es encarcelado o procesado como consecuencia de un accidente de circulación ocurrido, **SANITAS abonará hasta un máximo de 1.500 euros** para el pago de los honorarios de abogado y procurador, surgidos como consecuencia de asistencia jurídica derivada. Si esta prestación estuviera cubierta por la Póliza de Seguros del vehículo, la misma tendrá la consideración de anticipo y SANITAS se reservaría el derecho a solicitar aval o garantía del Asegurado que asegure el cobro del anticipo.

12. Adelanto del importe de la fianza penal exigida en el extranjero

Si el Asegurado es procesado o encarcelado en el país que ocurra, SANITAS le concederá un anticipo equivalente al importe de la fianza penal exigida por las autoridades locales **hasta un máximo de 10.000 €**. SANITAS se reserva el derecho a solicitar

aval o garantía del Asegurado que garantice el cobro del anticipo. En cualquier caso las cantidades anticipadas deberán ser reintegradas a SANITAS en el plazo máximo de dos meses.

13. Envío de medicamentos

¿Qué incluye?

En caso de que el Asegurado necesite un medicamento prescrito por un médico y que no pueda adquirir en el lugar donde se encuentre, SANITAS se encargará de localizarlo y enviárselo por el medio más rápido y con sujeción a las legislaciones locales.

¿Qué no incluye?

Quedan excluidos los casos de abandono de la fabricación del medicamento y su no disponibilidad en los canales habituales de distribución en España. El Asegurado tendrá que rembolsar a SANITAS a la presentación de la factura el precio del medicamento.

14. Transmisión de mensajes urgentes

SANITAS a través de un servicio de 24 horas, aceptará y transmitirá mensajes urgentes de los Asegurados, siempre que estos no dispongan de otros medios para hacerlos llegar a su destino y siempre que éstos sean consecuencia de una garantía cubierta por el contrato.

Cobertura protección total

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Protección total es una cobertura complementaria a la póliza de asistencia sanitaria cuyas garantías se encontrarán cubiertas cuando el Asegurado requiera de **una hospitalización de más de 72 horas**, o se encuentre inmovilizado en su domicilio por convalecencia habiéndose expedido **baja médica o documento equivalente certificado de más de 72 horas**.

Descripción de Incapacidad Temporal: es la situación física temporal motivada por enfermedad o accidente, determinante de la incapacidad del Asegurado para el ejercicio de su profesión o actividad laboral. La Incapacidad Temporal cubierta por la Póliza debe ser diagnosticada por un médico competente de la Seguridad Social o asimilado y comenzará a contar desde la certificación de la incapacidad por el médico competente.

2. TERRITORIALIDAD

Las garantías de Protección total serán de aplicación en el **territorio español para Asegurados con domicilio en el mismo**, aunque el accidente o enfermedad se hubiese producido fuera de España. En todo caso, la prestación de los servicios cubiertos en las garantías descritas a continuación serán de **aplicación exclusiva en España**.

3. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Para la utilización de los servicios, el Asegurado debe estar al corriente de sus obligaciones en lo referente al pago de la prima. Los servicios serán prestados a través de SANITAS. El Asegurado deberá contactar con dicha entidad en el teléfono 91 353 63 48 en el menor plazo posible desde el conocimiento de la situación de hospitalización o inmovilización.

4. GARANTIAS INCLUIDAS PARA LOS ASEGURADOS MAYORES DE 16 AÑOS

4.1. Auxiliar a domicilio

SANITAS organizará y asumirá el coste de un auxiliar de ayuda a domicilio para ayudar al Asegurado con las tareas básicas del domicilio (limpieza, lavado y planchado, preparación de comidas, etc.) hasta un **máximo de 30 horas a razón de un mínimo de 2 horas continuas por día** contando desde el primer día del suceso.

Estas horas serán distribuidas durante un periodo **máximo de un mes**. El número de horas de la prestación se asignará en base a

una valoración objetiva del grado de autonomía del solicitante, valorándose aspectos tales como el tiempo efectivo de inmovilización o la incapacitación para desarrollar las labores básicas, la gravedad de las lesiones del Asegurado o el número de miembros dependientes en la unidad familiar, etc.

En todo caso, pero especialmente, en caso de inconformidad del Asegurado con el número de horas de auxiliar a domicilio, o al objeto de prevenir el fraude, SANITAS se reserva el derecho de solicitar al Asegurado el informe y pruebas médicas que se le hayan realizado, las cuales serán valorados por el médico de SANITAS quien determinará y valorará el grado de incapacidad del Asegurado y en consecuencia las horas de auxiliar a domicilio necesarias.

La garantía de auxiliar a domicilio **no es acumulable** en el caso de que existiesen varios Asegurados lesionados o inmovilizados en el domicilio dentro de la misma unidad familiar.

4.2. Auxiliar a domicilio para el cuidado de los hijos menores de 16 años o con discapacidad del Asegurado

SANITAS organizará y asumirá el coste de un auxiliar de ayuda a domicilio para el cuidado y la atención de los hijos menores de 16 años o con discapacidad del Asegurado, estableciéndose el número de horas en base al tiempo efectivo de inmovilización y la gravedad de las lesiones del Asegurado, según los resultados del cuestionario realizado al Asegurado, en el que también se determinará el grado de gravedad de las lesiones; siendo el **mínimo diario de 2 horas continuadas al día desde el primer día del suceso, y hasta un máximo total de 30 horas distribuidas durante el periodo máximo de un mes**.

4.3. Envío de medicamentos

SANITAS se encargará de buscar los medicamentos y de su envío hasta el lugar

en que se hallara el Asegurado en España con un **máximo de dos veces por semana distribuido durante las dos primeras semanas desde que se inicia el servicio**. SANITAS no se responsabiliza de la demora en la misma ni del estado del medicamento por causas no imputables al mismo.

El coste del medicamento queda excluido de la prestación y tendrá que ser abonado por el Asegurado a la entrega del mismo.

SANITAS prestará este servicio conforme a la normativa aplicable, comprometiéndose el Asegurado a colaborar con el prestador del servicio, facilitando toda la documentación que sea precisa a tal fin.

4.4. Asistencia informática telefónica o remota

El objeto de la prestación es la ASISTENCIA INFORMATICA REMOTA o TELEFONICA para la resolución de incidencias relacionadas con el uso particular del ordenador en su domicilio.

Si durante la baja por incapacidad temporal del Asegurado descrita en el objeto de esta cobertura (punto 1), el Asegurado necesitara asistencia informática telefónica o remota, esta se prestará en los siguientes términos durante el periodo de la baja por incapacidad temporal.

Tipo de Servicios:

Resolución de incidencias: Resolución de un problema técnico que tenga el Asegurado con su ordenador.

Ayuda en el uso de aplicaciones y del ordenador: El menú de ayuda que incluyen las aplicaciones sobre las que se da soporte se complementa con una ayuda interactiva, más directa y resolutive.

Configuración de los ordenadores: Configuración, en toda su amplitud, de dispositivos, de opciones que tiene el sistema operativo, de opciones de Internet, de cuentas de correo electrónico, etc.

Se dará soporte sobre las siguientes aplicaciones y sistemas:

- 1) OS: todos los Windows.
- 2) Hardware: PC, pantalla, dispositivos de almacenamiento externos, webcam, impresoras, PDAs, escáneres.
- 3) Programas de oficina: Microsoft Office Suite (Word, Excel, PowerPoint, Frontpage y Access).
- 4) Programas de internet: Internet Explorer, Netscape Navigator, Mozilla Firefox, Outlook y Outlook Express, Eudora, MSN Messenger y Yahoo Messenger.
- 5) Programas multimedia: Acrobat, Windows Media Player, Real Audio y los principales codecs del mercado.
- 6) Compresores: Winzip, Winrar.
- 7) Copiadores: Nero.
- 8) Peer to Peer: emule, Kazaa, edonkey.
- 9) Antivirus y firewalls: Panda, Norton, Symantec, McAfee.
- 10) Gestión de drivers de cualquiera de los dispositivos antes mencionados.

El Asegurado podrá solicitar la **asistencia solo para sus programas legales, con licencia de uso en vigor**, sin lesionar de ningún modo derechos de propiedad intelectual. Antes, preservará la información almacenada en su ordenador en copia de seguridad de forma que impida la pérdida de la misma, por lo que exonera a SANITAS de cualquier responsabilidad por tal circunstancia, así como la que derive del mal manejo del Asegurado, ataque de virus, malware o similares y en general por cualquiera otra que sea ajena a su control.

4.5. Garantía de movilidad

SANITAS organizará y asumirá el coste de **2 servicios** de taxis (incluyendo ida y vuelta en cada servicio) **por semana en un radio**

de 30kms desde domicilio del Asegurado para que éste pueda desplazarse a la oficina y hacer gestiones profesionales, **durante las dos primeras semanas de su inmovilización.**

4.6. Correo en casa

SANITAS organizará y asumirá el coste del desplazamiento de **2 taxis por semana en un radio de 30kms del domicilio del Asegurado**, que recogerá el correo de la oficina y se lo entregará en su domicilio **durante las dos primeras semanas de su inmovilización.**

El Asegurado deberá autorizar por escrito al prestador del servicio en el momento de la prestación para acceder a sus instalaciones profesionales y/o recoger su correspondencia en su nombre.

4.7. Pronta recuperación

SANITAS se hará cargo de la localización, envío y coste de un fisioterapeuta a domicilio para las terapias que hayan sido prescritas por su médico a consecuencia de un accidente o enfermedad hasta un **máximo de 20 horas por anualidad y Asegurado.**

En todo caso SANITAS se reserva el derecho de solicitar al cliente el informe y pruebas médicas que se le hayan realizado.

4.8. Protección de pagos

SANITAS abonará al tomador del seguro un importe equivalente a una mensualidad de la prima a partir del tercer día que se encuentre en situación de incapacidad temporal u hospitalización. Si se prolonga la situación de incapacidad temporal durante más de 2 meses consecutivos, la aseguradora abonará un nuevo importe de prima mensual y así sucesivamente por cada mensualidad completa en la que se prolongue la situación de incapacidad temporal u hospitalización, siendo el **capital máximo asegurable por póliza y anualidad de 200€ o 3 mensualidades de prima.**

- Edad de finalización de la cobertura: El **último día del mes en el que el tomador del seguro cumpla 75 años.**
- Siempre que el tomador sea una persona jurídica, la cobertura de protección de pagos se aplicará al Asegurado que figure como gerente de la entidad tomadora o cargo equivalente.

CARENCIA ENTRE SINIESTROS:

- **Por accidente:** sin carencia.
- **Por misma enfermedad:** 6 meses.
- **Por enfermedad distinta:** 1 mes.

5. GARANTIAS INCLUIDAS PARA LOS ASEGURADOS MENORES DE 16 AÑOS

5.1. Desplazamiento de un familiar para el cuidado de los hijos menores de 16 años o con discapacidad del Asegurado

SANITAS organizará y se hará cargo de trasladar dentro de España, a un familiar del Asegurado hasta el domicilio, en avión de línea regular (clase turista), tren (1ª clase) o taxi a elección de SANITAS, o bien a la persona designada por el Asegurado para el cuidado de sus hijos.

Este servicio no es compatible con los contemplados en los números 4.2 y 5.2.

5.2. Traslados de los hijos menores de 16 años o con discapacidad del Asegurado al domicilio de un familiar

SANITAS organizará y se hará cargo de un medio de transporte en avión de línea regular (clase turista), tren (1ª clase) o taxi a elección de SANITAS, para los menores de 16 años o con discapacidad del Asegurado hasta el domicilio del familiar designado por el Asegurado en España.

Esta prestación no es compatible con las prestación 4.2 y 5.1.

5.3. Acompañamiento al colegio y vuelta al domicilio de los hijos menores de 16 años o con discapacidad del Asegurado.

SANITAS organizará y se hará cargo de la localización y envío de un acompañante con un **máximo de 4 veces por día durante un máximo de 10 días, siempre que no haya un familiar disponible, y dentro del periodo máximo de un mes.**

5.4. Apoyo escolar a domicilio de los hijos menores de 16 años o discapacitados.

En caso de inmovilización de hijos menores de 16 años que se produzcan durante el curso escolar (**exceptuando los periodos de vacaciones del mismo**) y que fuese superior a 10 días en el domicilio; SANITAS organizará y se hará cargo de un profesor particular para los hijos con un **máximo de 3 horas por día desde el primer día**, no resultando por tanto de aplicación, el periodo mínimo de 72h. indicado en el objeto de esta cobertura (cláusula 1).

Estas horas serán distribuidas durante un **periodo máximo de tres meses.**

6. PERIODOS DE CARENCIA

Todas las garantías descritas anteriormente serán facilitadas al Asegurado por SANITAS desde la fecha de efecto de la presente cobertura complementaria en relación con el Asegurado que solicite un servicio cubierto por la misma.

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones establecidas con carácter general para todas las exclusiones de esta póliza, previstas en este condicionado, resultarán aplicable a la cobertura de incapacidad temporal u hospitalización las definidas a continuación.

No tienen la consideración de Incapacidad Temporal u hospitalización aquellos siniestros que resulten de:

a) La baja médica por maternidad.

b) Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos demandados por el Asegurado exclusivamente por razones estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidente, así como las lesiones o enfermedades causadas voluntariamente por el Asegurado. El SIDA y VIH.

c) Las producidas cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol, a tal efecto se considera que existe alcoholismo o embriaguez, cuando el grado de alcoholemia, según los métodos de determinación o medición establecidos en la legislación española en vigor en cada momento sea superior a las tasas legalmente permitidas por dicha legislación.

d) Los producidos por el consumo de drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente.

e) Los que ocurran en caso de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del Asegurado, declarada judicialmente.

f) Los siniestros ocurridos directa o indirectamente como consecuencia de una enfermedad anterior a la suscripción del seguro, conforme a nuestro condicionado.

g) Los dolores de espalda, salvo que existan evidencias comprobadas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammagrafías, escáneres, T.A.C, etc.) y que sean causantes de la incapacidad temporal.

h) Las cefaleas y enfermedades mentales nerviosas, incluidas la depresión y el estrés, aun cuando existan evidencias médicas.

i) Los provocados voluntariamente por el Asegurado.

j) La tentativa de suicidio ocurrido durante el primer año de la adhesión al seguro.

k) Los que resulten de la práctica profesional de algún deporte.

l) Los que se produzcan por reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.

m) Los siguientes siniestros cubiertos por el Consorcio: fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h y los tornados) y caídas de meteoritos. Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto. Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.

Cobertura segunda opinión médica

Comprende una segunda opinión sobre el diagnóstico o tratamiento médico en el caso de enfermedades graves, de carácter crónico, que necesiten una atención programada, cuyo curso pueda requerir de nuevas pruebas diagnósticas o medidas terapéuticas, y con un mal pronóstico a priori. Esta segunda opinión será emitida mediante informe médico por especialistas, centros asistenciales, médicos o académicos de primer nivel, en cualquier país del mundo, designados por SANITAS.

Para utilizar este servicio, el Asegurado podrá contactar en los teléfonos 902 19 97 24 ó 93 25 40 538 donde se le explicará el procedimiento a seguir y la documentación a remitir, que comprenderá información médica escrita, radiografías u otros

diagnósticos por imagen realizados excluyendo cualquier envío de material biológico o sintético. El expediente se hará llegar, con la debida confidencialidad, al especialista o centro correspondiente según la enfermedad de que se trate.

Cuando finaliza el proceso se le enviara al Asegurado un informe de la segunda opinión médica que incluirá:

- Resumen de su historia clínica.
- Opinión de los expertos consultados.
- Currículum de estos expertos.

Durante todo este proceso el Asegurado tendrá asignado un médico consultor, responsable de gestionar el caso y asesorar al paciente.

Están excluidas de este servicio las enfermedades de carácter agudo o que precisen una respuesta urgente.

No estarán cubiertas por la entidad las consultas, pruebas o tratamientos que no se realicen de acuerdo a las normas o coberturas de la póliza de asistencia sanitaria.

Sanitas Dental 21

Las prestaciones aseguradas por esta póliza son las especificadas en el documento Prestaciones Dentales Aseguradas, anexo a las Condiciones Particulares y que forma parte integrante e inseparable de las mismas y de estas Condiciones Generales. Están clasificadas del siguiente modo:

1. Sin franquicia: el Asegurado no tiene que abonar al odontólogo cantidad alguna, salvo en el supuesto de que su póliza lleve aparejados copagos y estos vendrán especificados en las Condiciones Particulares de su póliza.

2. Con franquicia: el Asegurado deberá abonar por la prestación solicitada el importe en concepto de franquicia determinado para

la misma en el documento Prestaciones Dentales Aseguradas, anexo a las Condiciones Particulares de su póliza.

En el caso de que se produjera alguna modificación en las prestaciones aseguradas o en el importe de las franquicias, el Asegurador comunicará dichas modificaciones con dos meses de antelación a la fecha de su entrada en vigor, suponiendo el pago de la prima la aceptación de dichos cambios.

Decesos por accidentes

1. DEFINICIONES

1. Servicio

El conjunto de prestaciones funerarias y gestiones necesarias para efectuar la inhumación o incineración del Asegurado fallecido a consecuencia de un accidente en la unidad básica de enterramiento en la localidad que sus familiares designen dentro del territorio nacional español.

El Servicio a realizar se establecerá por el Asegurador en función de las características y costumbres existentes en la localidad de fallecimiento y en la localidad de inhumación o incineración.

2. Unidad básica de enterramiento

El nicho o la sepultura con la mínima temporalidad establecida o los derechos de inhumación cuando la unidad de enterramiento sea propiedad del Asegurado.

3. Accidente

Lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

2. GARANTÍA DE DECESOS POR ACCIDENTE

1. DECESOS

1.1. Servicio fúnebre

En caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un accidente, el Asegurador garantiza, como prestador único, la realización del servicio fúnebre convenido a través de entidades u otros profesionales contratados por el Asegurador para realizar dicho servicio.

En el supuesto de que el Asegurador no hubiera podido proporcionar la prestación por causas ajenas a su voluntad, fuerza mayor o por haberse realizado el servicio a través de otros medios distintos a los ofrecidos, el Asegurador quedará obligado a satisfacer la suma asegurada a los herederos del Asegurado fallecido, no siendo responsable de la calidad de los servicios prestados.

Esta garantía se extiende al Asegurado cualquiera que sea su profesión, salvo para los riesgos excluidos en las condiciones de la misma.

1.2. Traslado nacional por fallecimiento

Serán por cuenta del Asegurador las gestiones y gastos necesarios para el traslado del Asegurado que fallezca a consecuencia de un accidente en cualquier lugar del territorio español al cementerio municipal o parroquial o al crematorio en España (en función de la modalidad contratada), que sus familiares hayan designado o designen, siempre que no exista impedimento alguno por parte de las autoridades competentes para efectuar el traslado y éste se realice por la empresa de servicios funerarios que el Asegurador indique al comunicarse el siniestro.

Asimismo, el Asegurador pondrá a disposición de los familiares del Asegurado fallecido en el territorio nacional peninsular a consecuencia de un accidente un vehículo tipo turismo para el acompañamiento hasta el cementerio municipal o parroquial o al crematorio designado (en función de la modalidad contratada), siempre y cuando el destino sea una localidad distinta a la de residencia habitual del Asegurado y dentro del territorio nacional peninsular. El mismo derecho tendrán los residentes en las islas Baleares o Canarias respecto al fallecimiento e inhumación o cremación dentro del

territorio de la isla en la que se haya producido accidentalmente el fallecimiento.

1.3. Riesgos excluidos

Salvo pacto en contrario, quedan excluidas las coberturas aseguradas en los siguientes casos:

a) Cuando el siniestro se origine con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.

b) Cuando el siniestro sea producido por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra, revueltas, motines, insurrecciones o usurpaciones de poder, huelgas, epidemias oficialmente declaradas y acontecimientos calificados por el Gobierno como “catástrofe o calamidad nacional”.

1.4. Modificaciones del contrato

Si el Asegurado cambiara de domicilio, dentro de la localidad en que resida o a población distinta, lo deberá comunicar al Asegurador.

3. DURACIÓN DE LA GARANTÍA

La fecha de vencimiento inicial de la Garantía de Decesos por Accidente coincidirá con la fecha de vencimiento de la póliza de seguro de la cual forma parte constando la misma especificada en las condiciones particulares de la póliza. A la expiración de dicho período, quedará tácitamente prorrogada en anualidades sucesivas salvo oposición del tomador a una de dichas prorrogas comunicada con al menos un mes de antelación a la fecha de vencimiento de que se trate. Igualmente quedará extinguido en caso de extinción de la póliza de seguro de la cual la presente cobertura complementaria forma parte integrante

4. TRAMITACIÓN DE SINIESTROS

En caso de fallecimiento por accidente del Asegurado se deberá poner en conocimiento

inmediato del Asegurador, llamando al número de teléfono 900 24 20 20.

Este TELÉFONO DE ASISTENCIA estará atendido permanentemente las 24 horas del día.

Asimismo, los familiares del Asegurado fallecido deberán entregar al Asegurador el certificado médico oficial de defunción cumplimentado.

5. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada por la presente Garantía de Decesos por Accidente asciende a CINCO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA EUROS (5.250.- €).

Cláusula III: Coberturas excluidas

Quedan excluidas de todas las coberturas de esta póliza, sin perjuicio de cualquier otra exclusión debidamente resaltada que figure en el condicionado de esta póliza, las asistencias sanitarias derivadas de los riesgos indicados a continuación:

A. Toda clase de enfermedades, lesiones, dolencias, defectos constitucionales o congénitos, deformaciones, estado o situación médica preexistentes a la fecha de alta de cada Asegurado en la póliza y/o los que sean consecuencia de accidentes o enfermedades y sus secuelas que sean de origen anterior a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la póliza.

El Tomador del seguro, en su nombre y en el de los asegurados, debe hacer constar en el cuestionario de salud incluido en la solicitud de seguro, cualquier tipo de lesión, patología congénita, enfermedades, pruebas diagnósticas, tratamientos y la sintomatología que pudiera considerarse como el inicio de alguna patología. En caso de ocultación, quedará excluida cualquier cobertura asegurada que guarde relación directa o indirecta con la declaración no realizada. SANITAS valorará la información facilitada por el Tomador y en base a la misma podrá aceptar o rechazar la contratación del seguro o bien aceptarlo excluyendo determinadas coberturas aseguradas.

B. La asistencia sanitaria relacionada con enfermedades, accidentes, lesiones, malformaciones o defectos:

- Producidos como consecuencia de guerras civiles, internacionales, actos de carácter terrorista en cualquiera de sus formas (química, biológica, nuclear, etc.), revoluciones y maniobras militares, aún en tiempo de paz, y epidemias declaradas oficialmente.

- Que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los que provengan de fenómenos naturales como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos.
- Los producidos practicando el Asegurado, como aficionado, deportes de riesgo, como por ejemplo actividades aéreas, pruebas de velocidad con vehículos a motor, submarinismo, escalada, boxeo, toreo, artes marciales, rugby, o cualquier otra actividad de riesgo análogo, así como los derivados de las competiciones deportivas.

C. La asistencia sanitaria prestada en centros o servicios de la Seguridad Social o integrados en el Sistema Nacional de Salud. Queda igualmente excluida la Asistencia sanitaria Transfronteriza.

D. La hospitalización por problemas de tipo social.

E. La asistencia médica y/u hospitalaria prestada al Asegurado por personas que se encuentren ligadas con el Tomador del Seguro o con el Asegurado por relación conyugal o de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad o de afinidad, inclusive.

F. La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones, de enfermedades o accidentes sufridos por culpa grave o negligencia del Asegurado, de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, SIDA y las enfermedades relacionadas con éste.

G. Todos aquellos medios, procedimientos o técnicas diagnósticas, quirúrgicas o terapéuticas que sean de aparición posterior a la fecha de

contratación de la póliza salvo que SANITAS, en cumplimiento de lo establecido en el art 126.2 del Real decreto 1060/2015 de 20 de noviembre de ordenación supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, haya comunicado por escrito al Tomador su incorporación a las coberturas aseguradas, en los términos y dentro de los límites que se establezcan en dicha comunicación.

Igualmente queda excluido cualquier método terapéutico, técnica quirúrgica o prueba diagnóstica realizada dentro de un ensayo clínico o que por su falta de seguridad o eficacia no sean empleados en la práctica clínica habitual, considerando como tales aquellos que no consten aprobados por la Agencia Europea del Medicamento y/o la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, así como por las Agencias de Evaluación de las tecnologías Sanitarias dependientes de los servicios de salud de las CCAA o del Ministerio de Sanidad. También quedan excluidos de cobertura todos aquellos métodos terapéuticos, técnicas quirúrgicas o pruebas diagnósticas que hayan quedado manifiestamente superados por otros disponibles.

H. Cualquier tipo de servicio relacionado con:

- Patologías o tratamientos no cubiertos o cualquier otra prestación médica que guarde relación directa con un tratamiento que no haya sido realizado bajo la cobertura asegurada por la póliza al no ser objeto de la misma.
- El diagnóstico específico y tratamientos, inclusive la cirugía, encaminados a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos (fecundación in vitro, inseminación artificial, etc.), o de la impotencia y la disfunción eréctil, incluida la cirugía de cambio de sexo.

- La interrupción voluntaria del embarazo.
- Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto el trasplante autólogo tanto de médula ósea como de células progenitoras de sangre periférica por tumores de estirpe hematológica, y el trasplante de córnea.
- Cualquier intervención quirúrgica sobre el no nacido.
- Cualquier técnica quirúrgica que utilice equipos de cirugía robótica.
- Las determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su ascendencia o descendencia presente o futura a padecer todas las enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas. Excepto la determinación de BCRA1 y BCRA2, y las plataformas genómicas para el cáncer de mama (ONCOTYPE; MAMMAPRINT y PROSIGNA) en las condiciones detalladas en apartados anteriores. También quedan expresamente excluidos los mapas genéticos de tumores y la farmacogenética.
- Las prótesis y material implantable salvo los contemplados en el correspondiente apartado de las condiciones generales. Quedan excluidos entre otros: cualquier prótesis externa; prótesis personalizada; cualquier tipo de material ortopédico; fijadores externos; materiales biológicos o sintéticos; injertos; endoprótesis aórtica en cirugías programadas; conductos valvulados, excepto los conductos valvulados asociados a cirugía valvular aórtica; bombas implantables para infusión de medicamentos; electrodos de estimulación medular; desfibriladores y el corazón artificial.

- Las intervenciones, infiltraciones y tratamientos así como cualquier otra intervención que tenga un carácter puramente estético o cosmético. En cirugías de mama sólo se cubren las ocasionadas por enfermedad tumoral, quedando expresamente excluidas las siguientes: cirugías con carácter profiláctico, salvo aquellas que cumplen los criterios detallados en el apartado de cirugía de la mama; y las realizadas para corregir hipertrofias mamarias y/o ginecomastias. Igualmente queda expresamente excluido el tratamiento de cualquier tipo de patologías o complicaciones que pudieran manifestarse en un momento posterior y que estén directa y/o principalmente causadas por haberse sometido el Asegurado a una intervención, infiltración o tratamiento de naturaleza puramente estética o cosmética.
 - Tratamientos con plasma rico en plaquetas o en factores de crecimiento.
 - La terapia educativa, educación del lenguaje en procesos sin patología orgánica o la educación especial para enfermos con afección psíquica.
 - Reconocimientos médicos generales de carácter preventivo, salvo las coberturas mencionadas en las presentes Condiciones Generales.
 - Medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, presoterapia, ozonoterapia, etc.
 - Servicios o técnicas que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte, así como los tratamientos en balnearios y curas de reposo.
- I. Todas las técnicas quirúrgicas o procedimientos terapéuticos que usan el láser salvo:

- La fotocoagulación oftálmica exclusivamente para retinopatías isquémicas, edema macular, glaucoma y lesiones periféricas retinianas (agujeros o desgarros).
- El cross linking corneal para el tratamiento del queratocono.
- Tratamientos de hemorroides.
- Cirugía vascular periférica con patología (no estética).
- Otorrinolaringología láser de CO₂.
- En fisioterapia músculo-esquelética.
- Litotricia endoureteral y vesical por láser.
- Vaporización y enucleación prostática con láser.

J. Los gastos por viaje y desplazamiento salvo los contemplados en el apartado de ambulancias de estas Condiciones Generales.

K. Queda excluida la cirugía refractiva de cualquier tipo (para miopía, hipermetropía y astigmatismo).

L. Los siguientes medicamentos de uso humano:

- Cualquier tipo de medicamento que sea administrado al asegurado fuera del régimen de asistencia sanitaria con hospitalización con la única excepción de la quimioterapia administrada vía parenteral por un profesional sanitario y mediante instilación vesical en el caso de MITOMICINA Y BCG en régimen de asistencia sanitaria sin hospitalización o ambulatoria; y la medicación en las terapias respiratorias domiciliarias que sean objeto expreso de cobertura asegurada.
- Los medicamentos no comercializados en España.

- Los siguientes medicamentos especiales:
 - Vacunas/autovacunas y demás medicamentos biológicos
 - Medicamentos de origen humano
 - Medicamentos de terapia avanzada (génica y celular)
 - Medicamentos de plantas medicinales
 - Medicamentos homeopáticos
 - Productos Parafarmacia

M. Quedan excluidos los partos en medio acuáticos, a domicilio y por medios alternativos.

N. Quedan excluida la cirugía bariátrica en obesidad y cirugía metabólica en diabetes.

Ñ. Queda excluida la radiocirugía.

O. Queda excluida la cirugía de parkinson.

P. Queda excluida la cirugía de la epilepsia.

Cláusula IV: Periodos de carencia

Las prestaciones que en virtud de esta póliza asuma SANITAS serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato. **SE EXCEPTÚAN DE LO ANTERIOR LAS PRESTACIONES SIGUIENTES QUE NO PODRÁN REALIZARSE HASTA QUE HAYAN TRANSCURRIDO LOS RESPECTIVOS PLAZOS DE CARENCIA QUE SE DETALLAN A CONTINUACIÓN:**

Plazos de Carencia para la modalidad de Cuadro Médico:

- **Vasectomía y ligadura de trompas:** 10 meses
- **Psicología:** 6 meses
- **Pruebas diagnósticas complejas:** 6 meses
- **Los siguientes métodos terapéuticos complejos:** cardiología intervencionista/ hemodinamia; radiología intervencionista; radioterapia y quimioterapia; y litrotomía: 10 meses
- **Intervenciones quirúrgicas ambulatorias. Ejemplo:** Intervenciones del Grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial: 3 meses
- **Parto o cesárea salvo parto prematuro (menos de 37 semanas):** 8 meses
- **Hospitalización e intervenciones quirúrgicas no ambulatorias o en régimen de hospitalización. Ejemplo:** Intervenciones del Grupo III al VIII según clasificación de la Organización Médica Colegial.: 10 meses

Los plazos de carencia anteriormente citados no serán exigibles en el caso de accidentes o enfermedades que tengan carácter de urgencia vital, sobrevenidas y diagnosticadas después de la fecha de entrada en vigor de la póliza o de la fecha de alta del

asegurado/beneficiario en la misma, y siempre que se trate de una asistencia objeto de cobertura asegurada, así como en los casos de partos prematuros (menos de 37 semanas).

Cláusula V: Forma de prestar los servicios

1. A través del cuadro médico concertado

La asistencia se prestará de conformidad con la normativa sanitaria que resulte de aplicación por profesionales con suficiente titulación para cada servicio específico pertenecientes al cuadro médico concertado correspondiente a este producto asegurador. Cuando en la población donde se encuentre el Asegurado no exista alguno de los servicios que son objeto de cobertura por esta póliza, serán facilitados en la provincia donde los mismos puedan realizarse, a elección del Asegurado.

Al recibir los servicios que procedan, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta SANITAS. Igualmente el Asegurado estará obligado a exhibir su Documento Nacional de Identidad, si le fuese requerido. Cada vez que el Asegurado reciba un servicio cubierto por la póliza, abonará en concepto de participación en el coste de dicho servicio, la cantidad que figure en las Condiciones Particulares.

SANITAS está obligada a prestar cobertura aseguradora en los términos establecidos en la póliza no quedando vinculada por las decisiones que puedan adoptar profesionales pertenecientes o no a su cuadro médico y que nos sean objeto de dicha cobertura asegurada.

La asistencia puede llevarse a cabo de diferentes maneras, dependiendo del servicio a prestar:

1.1 Libre acceso.

Los Asegurados podrán acudir libremente a las consultas de los facultativos especialistas, de medicina familiar y pediatría, así como a los centros de urgencias que forman parte del cuadro médico concertado con SANITAS para este producto. Consulte en la guía Orientadora de Médicos y Servicios aquellos

especialistas para los que es necesario prescripción/autorización.

1.2 Prescripción previa para la realización del servicio.

Las pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos y determinados servicios asistenciales requerirán prescripción escrita de un médico concertado de SANITAS para su realización.

En particular, las consultas de Psicología deben ser prescritas por un Psiquiatra, Médico de Familia, Oncólogo o Pediatra.

1.3 Prescripción y autorización previa para la realización del servicio.

Con carácter general, para intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones y médicos consultores será necesaria la previa autorización expresa de SANITAS tras la prescripción escrita de los facultativos de la Entidad. Dicha autorización será igualmente necesaria para determinados métodos terapéuticos, pruebas diagnósticas y otros servicios asistenciales siempre que así se indique en el condicionado de la póliza. El volante de autorización carecerá de validez si en el momento de la realización del servicio, el asegurado no cumple con todos los requisitos establecidos en el Condicionado de su Póliza de seguro para contar con plena cobertura aseguradora en relación con el servicio que es objeto de dicha autorización (Por ejemplo no estar al corriente en el pago de la prima, enfermedad preexistente no declarada, etc.).

1.4 Autorización previa para la realización del servicio por profesionales expresamente acreditados.

Aquellas intervenciones quirúrgicas que se efectúen por vía laparoscópica o vía artroscópica así como las intervenciones con técnica de radiofrecuencia y láser, tendrán que ser realizadas por los profesionales específicamente concertados y acreditados por SANITAS para realizar esas técnicas quirúrgicas concretas.

1.5 Autorización previa y designación expresa del facultativo.

En particular, para las intervenciones quirúrgicas de alta complejidad, indicadas a continuación: neurocirugía, cirugía cardíaca y cirugía de columna, cirugías que requieran equipamientos robóticos, de navegación asistida o cualquier otra tecnología de implantación restringida, que sean objeto de cobertura por esta póliza, SANITAS designará, en cada caso individual y con carácter previo a la realización de la intervención quirúrgica concreta, el centro sanitario y los profesionales que la llevarán a cabo.

1.6 Servicios al Domicilio del Asegurado.

SANITAS se obliga a prestar los servicios a domicilio en aquellas poblaciones en las que SANITAS tenga concertado la prestación de dicho servicio. **Cualquier cambio de domicilio del asegurado deberá de ser notificado de manera fehaciente** con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de cualquier servicio.

Los servicios prestados en el domicilio del Asegurado son los relativos a las especialidades de Medicina Familiar, Pediatría, Urgencias, Enfermería, Atención Especial a Domicilio, Ambulancia y Terapias Respiratorias. Todos ellos requieren prescripción de un médico salvo Medicina Familiar y Pediatría. SANITAS se reserva el derecho a no prestar dicho servicio cuando bajo criterios médicos no lo considere necesario.

En particular, los tratamientos de las terapias respiratorias deben ser prescritos por un neumólogo concertado con SANITAS. En todos los tratamientos crónicos el Asegurado deberá renovar la prescripción del neumólogo y la autorización del servicio por parte de SANITAS **cada mes**.

1.7 Asistencia en caso de desplazamiento temporal a Cantabria y Navarra.

En caso de desplazamiento temporal del asegurado a las Comunidades Autónomas

citadas el servicio objeto de cobertura se prestará a través de los cuadros médicos de las Entidades expresamente concertadas con SANITAS para tal efecto. El Asegurado deberá presentar su tarjeta SANITAS en la Oficina de las Entidades concertadas aceptando los trámites administrativos de dichas Entidades.

1.8 Urgencias.

Según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, SANITAS asume las necesarias asistencias de carácter **urgente** de acuerdo con lo previsto en las Condiciones de la Póliza y que en todo caso serán prestadas a través de los medios concertados por SANITAS específicamente indicados en la Guía Orientadora de Médicos y Servicios para este producto.

En los casos de **urgencia vital siempre que el asegurado se vea obligado a ingresar en centro ajeno al cuadro médico**, deberá notificarse **fehacientemente a SANITAS dicho** ingreso con la máxima celeridad posible para que ésta pueda realizar el traslado del asegurado a un centro concertado siempre que su situación clínica lo permita.

1.9 Asistencia en medios no concertados con SANITAS.

Sin perjuicio de lo indicado en el apartado anterior para los casos de urgencia vital, SANITAS no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a su cuadro médico, ni de los gastos de internamiento y de servicios que dichos facultativos ajenos pudieran ordenar. Asimismo, SANITAS no asume bajo la modalidad de cuadro médico concertado que es objeto de aseguramiento por esta póliza los gastos originados en centros privados o públicos no concertados para este producto, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos.

2. Videoconsulta

El Asegurado podrá acceder a determinados facultativos y especialidades del cuadro médico concertado para recibir una atención médica personalizada mediante técnicas de comunicación a distancia (videoconsulta).

2.1. Descripción:

- El servicio será prestado por especialistas médicos seleccionados por SANITAS dentro del Cuadro Médico concertado de SANITAS.
- SANITAS informará en cada momento en www.sanitas.es de las especialidades y profesionales a los que se podrá acceder a través de esta modalidad de consulta médica a distancia.
- Este servicio se prestará siempre a través de cita previa y no es válido para la atención de urgencias, que serán atendidas en los centros concertados por SANITAS para la debida atención de las mismas.
- Sujeto a disponibilidad de agendas en cada especialidad y horarios de atención del especialista médico. Estos horarios podrán ser consultados por el Asegurado en Mi Sanitas.
- Servicio acompañado de la funcionalidad de mensajería online, durante la videoconsulta y de forma posterior en caso de que el médico lo considere oportuno.
- Durante la videoconsulta se puede realizar intercambio de documentación médica que podrá ser archivada en la Carpeta de Salud de Mi Sanitas en www.sanitas.es.
- SANITAS ha adoptado los medios técnicos legalmente exigidos para garantizar la debida confidencialidad de la información intercambiada mediante esta modalidad.
- Con la finalidad de garantizar dicha confidencialidad se prohíbe la grabación o fijación en cualquier soporte de la captación de imágenes y sonido de la videoconsulta. Queda igualmente prohibido copiar, reproducir, distribuir, difundir, poner a disposición de terceros o de cualquier otra forma comunicar públicamente,

transformar o modificar, total o parcialmente y por cualquier medio ya sea electrónico o cualquier otro, la imagen o sonido obtenidos o producidos durante dicha consulta sin consentimiento expreso y escrito del propio facultativo interviniente o de Sanitas S.A. de Hospitales. No obstante lo anterior, el facultativo podrá conservar copia de la videoconsulta a los efectos de conservarla con la documentación clínica.

- El servicio será prestado exclusivamente a aquellos Asegurados que figuren expresamente dados de alta como tales en la póliza. Cada Asegurado deberá solicitar una cita para recibir el servicio. La videoconsulta deberá de ser individual para cada Asegurado.
- Si el Asegurado es menor de 18 años la videoconsulta únicamente se realizará previa autorización del representante legal del menor.
- El Asegurado deberá disponer y será responsable de todos los medios técnicos (hardware y software) y de comunicación a distancia necesarios para garantizar el correcto desarrollo de la videoconsulta. SANITAS no es responsable de ningún perjuicio que pueda ocasionarse por fallos del equipo informático, de la conexión o de las carencias de estos medios por parte del Asegurado.
- Esta modalidad de consulta solo constituye una ayuda en la toma de decisiones por parte del facultativo, no sustituye a la consulta médica presencial y no permite realizar el diagnóstico de enfermedades o la prescripción de pruebas diagnósticas o tratamientos médicos en todos los casos que precisen, según el criterio del médico, de la presencia del Asegurado en la consulta para su evaluación personal y directa incluyendo la exploración física del Asegurado por el especialista. Los resultados de la consulta presencial prevalecerán en todo caso sobre cualesquiera valoraciones y criterios realizados en la videoconsulta.

- No son objeto de cobertura aquellas consultas realizadas a través de videoconsulta por profesionales que no hayan sido expresamente autorizados por SANITAS para atender a los Asegurados por videoconsulta y ello con independencia de que pertenezcan o no al cuadro médico concertado por Sanitas para este producto.

2.2. Procedimiento:

- El Asegurado solicitará cita en este servicio a través de Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la App móvil.
- En la fecha y hora de la cita el Asegurado deberá conectarse a la aplicación existente en Mi Sanitas para establecer contacto con el médico e iniciar la videoconsulta siguiendo las demás instrucciones facilitadas por SANITAS en cada momento.

Cláusula VI: Otros aspectos del seguro

1. Bases y pérdida de derechos del contrato

1.1. El presente contrato ha sido concertado sobre las bases de las **declaraciones efectuadas por el Tomador del Seguro y el Asegurado en el cuestionario de salud contenido en la Solicitud del Seguro, donde se le realizan preguntas relativas a su estado de salud, profesión, prácticas de deporte del Asegurado y en general aquellos hábitos de vida que puedan tener relevancia para una correcta valoración del riesgo que es objeto de aseguramiento por esta póliza siendo esencial que el Tomador/Asegurado facilite una información veraz y completa sobre las cuestiones planteadas al constituir éstas** la base para la aceptación del riesgo del presente contrato, del cual la citada Solicitud de Seguro forma parte integrante.

1.2. El Tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar a SANITAS, de acuerdo con el cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si SANITAS no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

SANITAS podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro. Corresponderán a SANITAS, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que SANITAS haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que

se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro quedará SANITAS liberada del pago de la prestación (Art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

1.3. Sin perjuicio de lo anterior, el Asegurado pierde también el derecho a la prestación garantizada, si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la prima, (o, en su caso la prima única) salvo pacto en contrario (Art. 15 de la Ley del Contrato del Seguro).

1.4. El Tomador podrá rescindir el contrato cuando se varíe el cuadro facultativo, siempre que afecte al 50% de los especialistas que integren el cuadro médico nacional de SANITAS, quien tendrá a disposición del Asegurado en todo momento en sus oficinas la relación completa y actualizada de dichos especialistas, para su consulta.

1.5. En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, SANITAS sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado, en el momento de la entrada en vigor del contrato, excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

1.6. Contratación a distancia del Seguro: De conformidad con el artículo 10 de la Ley 22/2007, de 11 de julio de Comercialización a Distancia de Servicios Financieros, el Tomador dispondrá de un plazo de catorce días naturales para desistir del contrato a distancia, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna.

El plazo para ejercer el derecho de desistimiento empezará a correr desde el día de la celebración del Contrato de Seguro. No obstante, si el Tomador no hubiera recibido el Condicionado de la Póliza y la nota informativa previa a la contratación del Seguro el plazo para ejercer el derecho de desistimiento comenzará a contar el día en que reciba la citada información.

2. Duración del seguro

2.1 La fecha de extinción del Contrato de Seguro será la establecida en sus Condiciones Particulares y, a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente por periodos de una anualidad. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con antelación no inferior a dos meses respecto de la fecha de conclusión del periodo en curso, si es SANITAS quien realiza dicha notificación y de un mes si es el Tomador quien la realiza.

2.2. En el caso de que la póliza del Seguro sea resuelta por voluntad unilateral de SANITAS, no podrá suspender la prestación de la garantía cuando el Asegurado se halle en tratamiento en régimen hospitalario, hasta el alta hospitalaria, salvo renuncia del Asegurado a continuar el tratamiento.

En caso de que la póliza del Seguro sea resuelta por parte del Asegurado, las coberturas cesarán en todo caso en la fecha de vencimiento establecida en las Condiciones Particulares de la póliza, sin que resulte de aplicación lo establecido en el párrafo anterior. Por tanto si el Asegurado se encontrará recibiendo algún tipo de prestación asegurada en el momento del vencimiento de la póliza, la cobertura asegurada de SANITAS cesará en la citada fecha de vencimiento sin tener obligación de asumir ningún coste a partir de dicha fecha, incluso aunque sea derivado de un siniestro ocurrido durante la vigencia del Seguro o salvo que la extinción de la póliza sea motivada por dolo o culpa grave del asegurado.

2.3. Respecto a cada Asegurado, el Seguro se extingue:

a) Por fallecimiento.

b) Por traslado de residencia al extranjero o por no residir un mínimo de seis (6) meses al año en territorio nacional. La

prima corresponderá a SANITAS hasta la fecha en la que el Asegurado comunique y acredite dicha circunstancia.

2.4. Las personas menores de 14 años, sólo podrán incluirse dentro del Seguro en el caso de estar igualmente aseguradas la persona o personas que ostenten su patria potestad o tutela, salvo pacto en contrario.

3. Primas del seguro

3.1. El Tomador del Seguro está obligado al pago de la prima en el momento de la aceptación del contrato. Las coberturas contratadas no tomarán efecto mientras no se haya satisfecho el primer recibo de prima.

3.2. La primera prima será exigible, una vez firmado el contrato. Las primas sucesivas serán exigibles en sus respectivas fechas de vencimiento.

3.3. El Tomador del Seguro puede solicitar el fraccionamiento de pago de las primas anuales en periodos semestrales, trimestrales o mensuales.

En estos casos se aplicará el recargo que corresponda. El fraccionamiento de la prima no exime al Tomador de su obligación de abonar la prima anual completa.

3.4. Si por culpa del Tomador, la primera prima no ha sido pagada, SANITAS tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, SANITAS quedará liberada de su obligación, salvo pacto en contrario debidamente reflejado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso de impago de la segunda o sucesivas primas, o sus fraccionamientos, la cobertura de SANITAS queda suspendida un mes después del día del vencimiento.

Si SANITAS no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho

vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido.

Si el contrato no se resuelve o extingue conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas siguientes al día en el que el Tomador se pusiera al corriente en el pago de la prima o en su caso fracciones de la misma, adeudadas.

El Tomador del Seguro perderá el derecho al fraccionamiento de la prima que se hubiere convenido en caso de impago de cualquier recibo, siendo exigible desde ese momento la prima total acordada para el periodo de Seguro que reste.

En el caso de primas fraccionadas, si ocurriere algún siniestro, SANITAS podrá deducir de las cantidades a pagar o rembolsar al Tomador del Seguro o al Asegurado, las fracciones de prima del Seguro de la anualidad en curso que aún no se hubiesen cobrado por SANITAS.

3.5. En caso de estipularse por las partes la aplicación de copagos a determinadas prestaciones aseguradas por esta póliza, los importes correspondientes a dichos copagos serán los específicamente establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza. Su importe se fijará anualmente por SANITAS. Lo establecido en la presente Cláusula para el caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas o fracciones de ella, será de aplicación en caso de impago del importe del copago.

3.6. Salvo que en las Condiciones Particulares se especifique otra cosa, el lugar de pago de la prima y copagos en su caso, será el que figure en la domiciliación bancaria.

Con este fin, el Tomador del Seguro entregará a SANITAS los datos de la cuenta bancaria en la que se domiciliará el pago de los recibos de este Seguro y autorizará a la entidad financiera a hacerlos efectivos.

3.7. SANITAS sólo queda obligada por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

3.8. En cada renovación del Contrato el Asegurador podrá modificar la prima anual y el importe de la participación del Asegurado en el coste de los servicios, de acuerdo a los cálculos técnico-actuariales realizados y basados en la variación del coste de los servicios sanitarios, el tipo, la frecuencia de la utilización de las prestaciones garantizadas y la inclusión de innovaciones tecnológicas médicas que no estuvieran cubiertas en la fecha de efecto inicial de la póliza.

Las primas a satisfacer por el Tomador, variarán en función de la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, la zona geográfica correspondiente al lugar de prestación de los servicios, aplicando las tarifas establecidas por SANITAS en la fecha de renovación de cada póliza. Dicha actualización de primas será comunicada por escrito por SANITAS al Tomador con al menos dos meses de antelación a la fecha de renovación.

3.9. El Tomador del Seguro, recibida la comunicación de SANITAS relativa a la **variación de la prima para la siguiente anualidad, podrá optar entre aceptar la prórroga del Contrato de Seguro por el importe de prima propuesto por el Asegurador o la extinción del mismo al vencimiento del periodo del Seguro en curso, debiendo en este último caso comunicar por escrito a SANITAS, con al menos un mes de antelación a dicha fecha de vencimiento, su voluntad de darlo por terminado.**

3.10. El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del Seguro al corredor de Seguros no se entenderá realizado a SANITAS, salvo que, a cambio, el corredor entregue al Tomador del Seguro el recibo de prima de dicho Asegurador.

4. Altas de recién nacidos

Si la asistencia de la madre en el parto se realiza con cargo al Seguro de SANITAS de

la que aquella fuese asegurada, los hijos recién nacidos podrán ser incluidos en la póliza con todos sus derechos desde la fecha del nacimiento o cuando el alta del padre como asegurado en la póliza haya tomado efecto con al menos 240 días de antelación al parto. Para ello, el Tomador deberá comunicar a SANITAS tal circunstancia dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de nacimiento, mediante la cumplimentación de una Solicitud de Seguro.

En todo caso, **SANITAS únicamente cubrirá la asistencia sanitaria al recién nacido siempre y cuando esté dado de alta como Asegurado en SANITAS.** Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado o sin cumplir con todos los requisitos indicados en el párrafo anterior, SANITAS en virtud de la información facilitada por el Tomador en la Solicitud de Seguro, podrá rechazar la admisión del recién nacido como asegurado.

5. Aportación de informes

El Tomador y Asegurado tienen la obligación de facilitar a SANITAS, en aquellos casos que lo requiera expresamente, los informes médicos y /o presupuestos del prestador que permitan a aquélla determinar si la prestación asistencial requerida es objeto de cobertura por la póliza. SANITAS no tendrá que garantizar la prestación solicitada, mientras no le sean facilitados los citados informes y presupuestos en los casos en que así haya sido expresamente requerido al Asegurado.

6. Reclamaciones

6.1. Control e instancias de reclamación

a) El control de la actividad de SANITAS corresponde al Estado Español, ejerciéndose éste a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad.

b) En caso de cualquier tipo de reclamación sobre el Contrato de Seguro, el Tomador, Asegurado, Beneficiario, Tercero perjudicado

o Derechohabientes de cualquiera de ellos, deberán dirigirse para su resolución:

1. Al Departamento de Reclamaciones de SANITAS, mediante escrito firmado facilitando el DNI o documento que acredite la identidad del reclamante, a la **calle Ribera del Loira Nº 52 (28042 Madrid) o al fax 91 585 24 68 o a la dirección de correo electrónico reclamaciones@sanitas.es,** quien acusará recibo por escrito y resolverá igualmente **mediante escrito motivado en el plazo máximo legal de dos meses** desde la fecha de presentación de la reclamación, siempre que la misma reúna los requisitos exigidos, conforme la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente de las entidades financieras y el Reglamento por la Defensa del Cliente que encuentran a su disposición en las oficinas.

2. Una vez agotada dicha vía interna y en caso de no estar conformes con la resolución de SANITAS, podrán formular su reclamación mediante escrito firmado facilitando el DNI o documento que acredite la identidad del reclamante, ante el **Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid.** Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo establecido para la resolución de la reclamación por parte del departamento de reclamaciones de SANITAS, o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición por éste.

3. Le informamos que SANITAS no está adherida a ninguna junta arbitral de consumo sin perjuicio de poder acudir el asegurado a las instancias administrativas y judiciales previstas en el procedimiento de reclamaciones que figura en las condiciones generales de su póliza.

4. En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales competentes.

6.2. Las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en el término

de cinco años (artículo 23 de la ley de Contrato de Seguro).

7. Otros aspectos legales a tener en cuenta

7.1. Subrogación

Una vez asumido el pago de la prestación garantizada SANITAS podrá ejercer los derechos y acciones que, debido al siniestro causado, correspondan al Asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de la indemnización pagada.

El Asegurado está obligado a suscribir a favor de SANITAS los documentos necesarios para facilitar la subrogación.

7.2. Comunicaciones

7.2.1. Las comunicaciones a SANITAS por parte del Tomador del Seguro, del Asegurado o Beneficiario **se realizarán en el domicilio social de aquella señalado en la Póliza.**

7.2.2. Las comunicaciones de SANITAS al Tomador del Seguro, al Asegurado o Beneficiario, se realizarán a la dirección física, electrónica o al número de teléfono facilitado por el Tomador en el momento de realizar la solicitud del seguro mientras no comunique un cambio de la misma. El Tomador autoriza a SANITAS a que le pueda remitir cualquier comunicación por medios electrónicos siempre que la ley lo permita.

8. Cláusula de protección de datos

8.1 Responsable del tratamiento de sus Datos Personales

SANITAS, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS, con domicilio social en la C/ Ribera del Loira, 52, 28042, Madrid,(en adelante, "Sanitas").

8.2 Tratamiento de los datos de carácter personal

Se van a tratar los datos de carácter personal, entre otros los identificativos y de salud (en adelante, "Datos Personales"), proporcionados a través de la solicitud del seguro y durante la vigencia del contrato. Los Datos Personales son confidenciales y están adecuadamente protegidos.

El Solicitante, Tomador y Asegurado se compromete a que toda la información relativa al Tomador y Asegurado(s) que facilite a SANITAS es cierta y no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de cada uno de los Asegurados.

8.3 Finalidad del tratamiento de sus Datos Personales

(a) Formalización, desarrollo y ejecución del contrato de seguro. El tratamiento de los Datos Personales es necesario para la celebración del contrato entre el Tomador/Asegurado y Sanitas, así como, para el mantenimiento, desarrollo y ejecución de la relación contractual. Así, Sanitas tratará los Datos Personales del Tomador/Asegurado, entre otros, para valorar, seleccionar y tarificar los riesgos asociados al seguro, gestionar la relación con este gestionar la póliza, etc.; pudiendo en determinados casos llegar a tomar decisiones automatizadas con base únicamente en los procedimientos de análisis llevados a cabo para mejorar el servicio prestado como objeto de su contrato con Sanitas. Durante la ejecución del contrato Sanitas podrá tratar sus Datos Personales para evaluar su solvencia económica, realizar estudios estadísticos, de calidad o análisis técnicos, incluso realizando encuestas de satisfacción, así como la gestión del coaseguro/reaseguro en su caso.

(b) Prestación y cobertura del servicio asistencial objeto del contrato de seguro pudiendo a tal fin solicitar y obtener de los profesionales sanitarios información referente a su salud. Sanitas tratará los Datos Personales del Tomador/Asegurado para prestar los servicios objeto del contrato consistentes entre otros, en el adecuado abono a los

prestadores sanitarios o el reintegro al asegurado o sus beneficiarios de los gastos de asistencia sanitaria. Con tal finalidad podrá compartir y cederse recíprocamente Datos Personales con los profesionales médicos que presenten el servicio asistencial, incluso solicitando y obteniendo de los profesionales sanitarios información referente a su salud para valorar las coberturas y el adecuado abono o reintegro de los servicios prestados. Si así lo desea, como parte del servicio Sanitas pone a disposición del Tomador/Asegurado un servicio de "Carpeta de Salud" (accesible a través de "MiSanitas") para que pueda solicitar la cesión y archivo de Datos Personales (p.e. informes médicos o pruebas diagnósticas) generados por los prestadores sanitarios de Sanitas en una herramienta para el uso exclusivo del Tomador/Asegurado.

- (c) Investigación para el diseño de modelos asistenciales objeto del contrato de seguro. El tratamiento de los Datos Personales del Tomador/Asegurado son necesarios para que Sanitas lleve a cabo análisis que le permita diseñar modelos asistenciales a efectos de prevención de salud del Tomador/Asegurado.
- (d) Ofrecimiento y gestión de programas asistenciales y de prevención objeto del contrato de seguro. Sanitas, como consecuencia de los análisis y perfiles llevados a cabo, diseñará modelos asistenciales que podrá ofrecer al Tomador/Asegurado teniendo en cuenta sus características y necesidades específicas. Por tanto, Sanitas necesitará tratar los Datos Personales de éstos con el fin de poder ofrecer y gestionar distintos modelos asistenciales que se adapten específicamente al Tomador/Asegurado.
- (e) Prestación del servicio de promoción de salud objeto del contrato de seguro. Sanitas necesita tratar los Datos Personales del Tomador/Asegurado con el fin de diseñar y perfilar planes de gestión de salud específicos para cada Tomador/Asegurado. Para tal fin, Sanitas,

como consecuencia del tratamiento de los Datos Personales del Tomador/Asegurado, elaborará planes de salud personalizados y programas de seguimiento proactivos, facilita la gestión de los casos complejos (como enfermedades graves u hospitalizaciones prolongadas), presta asistencia a pacientes crónicos y proporciona también atención de urgencias.

- (f) Gestionar el acceso y uso de la herramienta "Mi Sanitas". Sanitas podrá tratar los Datos Personales del Tomador/Asegurado con el fin de gestionar y proporcionarle acceso, así como asegurar el correcto funcionamiento, de "Mi Sanitas" (portal de gestión del seguro), ya sea a través de la web o de la aplicación desarrollada a tal efecto. Sanitas, en el contexto del uso de "Mi Sanitas", tratará sus Datos Personales para, entre otros, ofrecerle recomendaciones de salud, poner a disposición del Tomador/Asegurado los recibos y reembolsos, gestionar sus citas, etc.
- (g) Prestación del servicio de videoconsulta por parte de Sanitas. Sanitas tratará, y en su caso cederá a terceros designados por el Tomador/Asegurado sus datos personales, para prestar el servicio de videoconsulta, chat u otros puesto a disposición por Sanitas en la medida en que forme parte de las prestaciones del seguro del Tomador/Asegurado. De esta manera, Tomador/Asegurado podrá, a través de los programas y aplicaciones descargadas al efecto, comunicarse con el personal sanitario de manera no presencial y aportar documentación con el fin de resolver cualquier duda que pudiera surgir al Tomador/Asegurado en el contexto de los servicios de asistencia médica prestados por Sanitas.
- (h) Gestión del riesgo actuarial. Sanitas necesitará tratar los Datos Personales del Tomador/Asegurado con el fin de llevar a cabo un análisis estadístico-actuarial tanto para la determinación del riesgo asociado como para la tarificación de las pólizas de los clientes y potenciales clientes ya sea

con carácter previo a la suscripción del contrato de seguro o durante la vigencia del mismo en atención a las nuevas circunstancias del Asegurado o al cambio de la base actuarial.

(i) Cumplimiento de obligaciones que le correspondan a Sanitas por mandato legal. En determinadas ocasiones, Sanitas necesitará tratar los Datos Personales del Tomador/Asegurado para cumplir con determinadas obligaciones establecidas legalmente. Entre otras, Sanitas tratará los Datos Personales con el fin de cumplir con las obligaciones establecidas en la normativa relativa a seguros, leyes tributarias y la normativa en materia de protección de datos de carácter personal vigente.

(j) Elaboración de perfiles. Sanitas trata los Datos Personales del Tomador/Asegurado con el objetivo de que su experiencia con Sanitas esté lo más orientada posible hacia el Tomador/Asegurado y que Sanitas pueda ser capaz de seguir personalizándola durante la prestación del servicio objeto del contrato de seguro. Para ello, Sanitas llevará a cabo un análisis de sus intereses y necesidades para poder, entre otros, ofrecer información adaptada a las características específicas de cada Tomador/Asegurado. Para llevar a cabo este análisis, Sanitas podrá tomar decisiones basadas únicamente en tratamientos automatizados en algunos casos, incluida la elaboración de un perfil. Esto significa que Sanitas podrá utilizar procedimientos automatizados de análisis para reconocer sus intereses y necesidades basándose en el tipo de interacción del Tomador/Asegurado con Sanitas y así poder hacerle llegar información personalizada con indicaciones y consejos, entre otros.

Asimismo, el tratamiento de Datos Personales que haga Sanitas del Tomador/Asegurado se realizará con el fin de mejorar los servicios que ofrecemos, anticipándose Sanitas a las necesidades de salud del Tomador/Asegurado y aumentando los recursos cuando así sea

necesario para la atención personalizada del Tomador/Asegurado. Sanitas llevará a cabo un tratamiento de sus Datos Personales para fines de investigación científica con el fin último de mejorar en la medida de lo posible su salud.

(k) Elaboración de perfiles para el ofrecimiento de nuevos productos y servicios. Sanitas tratará Datos Personales de carácter general del Tomador/Asegurado a efectos de ofrecerle nuevos productos y servicios de Sanitas que se adapte a sus necesidades e intereses, mejorar dichos productos y servicios, atender mejor sus expectativas y mejorar su grado de satisfacción como cliente.

(l) Envío de comunicaciones comerciales por cualquier canal, incluido por vía electrónica. Tal y como se ha descrito más arriba, Sanitas tratará los Datos Personales del Tomador/Asegurado para informar y asesorar de forma personalizada, teniendo en cuenta sus intereses y necesidades particulares en los productos y servicios de Sanitas. Así, Sanitas tratará los Datos Personales del Tomador/Asegurado para realizar el envío de comunicaciones comerciales relacionadas con productos y servicios financieros, seguros, servicios socio sanitarios y/o de salud o bienestar por cualquier vía, incluyendo vía electrónica sobre ofertas personalizadas que respondan a sus intereses. Además de lo anterior, Sanitas podrá enviarle comunicaciones comerciales por cualquier vía, incluyendo por vía electrónica, de terceros con los que Sanitas establezca vínculos de colaboración.

(m) Llevar a cabo procedimientos de anonimización y seudoanonimización de sus Datos Personales. En ocasiones, Sanitas podrá aplicar ciertos procedimientos sobre los Datos Personales del Tomador/Asegurado de manera que o bien no sea posible encontrar una relación entre una persona física identificada o identificable y los Datos Personales tratados o bien, dichos Datos Personales no puedan atribuirse a

una persona determinada sin utilizar información adicional que figure por separado. Dichos procedimientos se aplicarán para poder tratar los datos anonimizados o seudoanonimizados con fines de investigación científica o estadística.

(n) Ceder sus Datos Personales a Empresas del Grupo. Sanitas podrá ceder los Datos Personales del Tomador/Asegurado a las Empresas del Grupo para el envío de comunicaciones comerciales por cualquier vía, incluyendo vía electrónica, así como para fines de investigación científica o estadística para que, entre otros, Sanitas pueda anticiparse a las necesidades de salud del Tomador/Asegurado.

(o) Ceder Datos Personales a terceras empresas. Sanitas podrá ceder los Datos Personales del Asegurado a cualquier otra entidad con la que establezcan vínculos de colaboración para la efectividad de las relaciones contractuales con el Asegurado por motivo de reaseguro del riesgo así como para el envío de información comercial relacionada con productos y servicios financieros, seguros, servicios socio sanitarios y/o de salud o bienestar. En particular, las categorías de destinatarios recibirán los Datos Personales del Asegurado se encuentran identificadas en www.sanitas.es/RGPD (Sanitas Seguros) y entre ellas constan otras entidades co/aseguradoras y reaseguradoras, corredores de seguros, entidades con las que se establezca un vínculo comercial, profesionales sanitarios, centros médicos y hospitales.

Sanitas podrá compartir meramente los datos identificativos del Tomador/Asegurado con redes sociales con el objetivo de cruzarlos con la información contenida en dichas redes sociales para entender el modo en que el Solicitante y/o Tomador/Asegurado utiliza las páginas webs y aplicaciones de Sanitas, es decir, qué páginas e información consulta y así poderle ofrecer información personalizada sobre las entidades del grupo Sanitas.

Además de lo anterior, Sanitas podrá llevar a cabo otros tratamientos de los Datos Personales en cuyo caso el Solicitante y/o Tomador/Asegurado recibirá la información necesaria en relación a dichos tratamientos y Sanitas solicitará su consentimiento si así resulta necesario.

8.4 Legitimación para el tratamiento de los Datos Personales del Tomador y Asegurados

- La **base legal** para el tratamiento de los datos para las finalidades (a); (b); (c); (d); (e); (f) y (g) es la **ejecución del contrato de prestación de servicios**.

- La **base legal** para el tratamiento de los datos para las finalidades (h) y (i) es la necesidad del **cumplimiento de una obligación legal aplicable a Sanitas**.

- La **base legal** para el tratamiento de los datos para las finalidades (j); (l); (n) y (o) es el **consentimiento** que se solicita al Solicitante y/o Tomador/Asegurado, sin que en ningún caso la retirada del mismo condicione la ejecución del contrato de prestación de servicios.

- La **base legal** para el tratamiento de los datos para la finalidad (k) es la **satisfacción del interés legítimo** perseguido por Sanitas para ser capaz de anticiparse a las necesidades del Tomador/Asegurado y poder ofrecer los productos y servicios que mejor se adaptan a éste.

- La **base legal** para el tratamiento de los datos para la finalidad (m) es la **necesidad del tratamiento para fines de investigación científica o estadística**.

El Tomador se hace responsable de comunicar a todos los Asegurados incluidos en la póliza la información contenida en la presente cláusula de tratamiento de Datos Personales para que puedan ejercitar tanto el propio Tomador como los Asegurados los derechos que se describen en el apartado "Derechos del Tomador/Asegurado".

Asimismo, el Solicitante/Tomador declara actuar en su nombre y en el de los Asegurados cuando consiente a los tratamientos descritos en la presente cláusula. Asimismo, el Solicitante/Tomador declara que los Asegurados entienden y aceptan que éste haya proporcionado o proporcione sus Datos Personales a Sanitas, como que Sanitas facilite al Solicitante/Tomador la información identificativa sobre los servicios médicos de los Asegurados cubiertos por la póliza, salvo que por parte del Tomador se libere por escrito a Sanitas de su deber legal de informarle o sea solicitado por cualquiera de los Asegurados.

8.5 Tiempo de conservación de los Datos Personales

Sanitas **conservará** los Datos Personales del Tomador y/o Asegurado por el tiempo que dure la relación contractual entre Sanitas y el Tomador y/o Asegurado y, en todo caso, durante el periodo que resulte necesario para la formulación, el ejercicio o la defensa de potenciales reclamaciones, para cumplir con obligaciones de conservación de documentación clínica y/o siempre que lo permitiese la legislación aplicable. Una vez finalizado el mencionado plazo, Sanitas se compromete a cesar el tratamiento de todos los datos personales, así como a bloquearlos debidamente. No obstante, los datos personales podrán conservarse cuando resultase necesario durante periodos más largos siempre que se traten exclusivamente con fines de asistencia sanitaria, fines médicos, de investigación científica y/o estadística.

8.6 Acceso a los Datos Personales

Una óptima prestación del servicio que Sanitas ofrece puede requerir que otros **terceros prestadores de servicios de Sanitas** accedan a los Datos Personales del Tomador/Asegurado como encargados del tratamiento. El Tomador/Asegurado entiende que algunos de dichos prestadores de servicios se encuentran **en países situados fuera del Espacio Económico Europeo o que no ofrecen un nivel de seguridad**

equivalente al español. Dichas transferencias internacionales se realizan al amparo de la autorización de la Directora de la Agencia Española de Protección de Datos y/o están cubiertas por cláusulas contractuales tipo cumpliendo con las medidas de seguridad adecuadas. Puede consultar las transferencias internacionales en el siguiente link www.sanitas.es/RGPD (Sanitas Seguros). Para obtener una copia de dicha documentación, puede ponerse en contacto con Sanitas por los medios establecidos en el apartado **"Derechos del Tomador/Asegurado"**.

Además de los accesos que terceros proveedores puedan tener a los Datos Personales responsabilidad de Sanitas en calidad de encargados de tratamiento, nacionales o internacionales, en el marco de la prestación de un servicio, Sanitas **realizará cesiones** de Datos Personales a otras entidades, tal y como se ha especificado en el apartado "Finalidad del tratamiento de sus Datos Personales".

Además de lo anterior, el Tomador/Asegurado entiende que Sanitas podrá realizar cesiones o comunicaciones de Datos Personales para atender sus obligaciones con las Administraciones Públicas en los casos que así se requiera de acuerdo con la legislación vigente en cada momento y, en su caso, igualmente a otros órganos como Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y a los Órganos Judiciales.

Asimismo, el Tomador/Asegurado entienden que Sanitas puede solicitar, requerir y compartir sus Datos Personales y de salud a los profesionales o centros sanitarios, hospitales y, por otro lado, con entidades con las que se mantenga relación de co/reaseguro o colaboración, y por tanto entiende que será necesario que se faciliten recíprocamente sus Datos Personales, para la gestión del reaseguro, coaseguro, gestión de los programas integrales asistenciales, el mejor conocimiento y valoración de los riesgos a cubrir, para prevención del fraude, determinación de la asistencia sanitaria, abono a los prestadores sanitarios o reintegro al Asegurado de los gastos de asistencia

sanitaria y para la atención de las reclamaciones presentadas por los propios Asegurados.

8.7 Derechos del Tomador/Asegurado

Sanitas informa al Tomador/Asegurado sobre la posibilidad que le asiste de ejercitar los derechos de **acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento** así como a rechazar el tratamiento automatizado de los Datos Personales recogidos por Sanitas.

Dichos derechos podrán ser ejercitados gratuitamente por el Tomador/Asegurado, y en su caso por quien lo represente, mediante solicitud escrita y firmada, acompañada de copia de su DNI o documento equivalente que acredite su identidad, dirigida a la siguiente dirección: Calle Ribera del Loira nº 52, 28042, Madrid, España. Att. LOPD Seguros o, a través de Mi Sanitas a <http://www.sanitas.es/misanitas/online/cliente/s/contacto/index.html>. En el caso de representación, deberá probarse la misma mediante documento escrito y acompañando copia del DNI o documento equivalente que acredite su identidad del representado u otra documentación acreditativa que se indique en www.sanitas.es/RGPD (Sanitas Seguros).

Además de los anteriores derechos, el Tomador/Asegurado tendrá derecho a **retirar el consentimiento otorgado** en cualquier momento mediante el procedimiento antes descrito, sin que dicha retirada de consentimiento afecte a la licitud del tratamiento anterior a la retirada del mismo. Sanitas podrá continuar tratando los Datos Personales del Tomador/Asegurado en la medida en que la ley aplicable lo permita.

Sanitas recuerda al Tomador/Asegurado que tiene derecho a **presentar una reclamación ante la autoridad de control** pertinente.

El Tomador/Asegurado podrá ponerse en contacto con el **Delegado de Protección de Datos** (en adelante, "DPO") del Grupo Sanitas a través del correo electrónico "dpo@sanitas.es" o en la dirección postal en Calle Ribera del Loira 52, 28042 Madrid,

España para cualquier duda o necesidad que tuviere en materia de protección de datos.

8.8 Baja en el servicio del envío de comunicaciones comerciales

Tal y como se ha mencionado en el apartado anterior, el Tomador/Asegurado tiene derecho a revocar en cualquier momento el consentimiento prestado para el envío de comunicaciones comerciales notificando a Sanitas que no desea seguir recibiendo las mismas. Para ello, el Tomador/Asegurado podrá o bien revocar su consentimiento en la forma descrita en el apartado anterior o bien pinchar en el enlace incluido en cada comunicación comercial cancelando por tanto, el envío de comunicaciones comerciales electrónicas.

8.9 Menores de edad

Con carácter general, Sanitas solamente tratará los Datos Personales de menores de dieciocho años cuando sus padres o tutores legales hayan prestado su consentimiento para dicho tratamiento, sea necesario para la ejecución del contrato de seguro o para el cumplimiento de una obligación legal y/o para la satisfacción de un interés legítimo de Sanitas.

No obstante, de acuerdo con la normativa vigente, los mayores de 14 años (o aquella edad que pueda fijarse legalmente a estos efectos) tendrán derecho de acceso a su propia información médica y aquellos derechos que les reconozca la ley.

8.10 Modificación de la Política de Privacidad

Sanitas podrá modificar su Política de Privacidad de acuerdo con la legislación aplicable en cada momento. En todo caso, cualquier modificación de la Política de Privacidad le será debidamente notificada al Tomador/Asegurado para que quede informado de los cambios realizados en el tratamiento de sus Datos Personales y, en caso de que la normativa aplicable así lo exija, el Tomador/Asegurado pueda otorgar su consentimiento.

9. Otros

El Tomador del Seguro y/o el Asegurado autorizan a SANITAS para que, si este **lo considera necesario, pueda grabar las conversaciones telefónicas** que mantengan en relación con la presente póliza y utilizarlas en sus procesos de control de calidad y, en su caso, como medio de prueba para cualquier reclamación que pudiera surgir entre ambas partes, preservando en todo caso la confidencialidad de las conversaciones mantenidas.

El Tomador del Seguro y/o el Asegurado podrá solicitar SANITAS copia o transcripción escrita del contenido de las conversaciones grabadas entre ambos.

10. Jurisdicción

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato del Seguro el del domicilio del Asegurado.

Hecho por duplicado en Madrid a 11 de octubre de 2018
Por el Asegurado / Tomador del seguro Por SANITAS



Iñaki Peralta
Sanitas, S.A. de Seguros

ALLIANZ

Sumario

CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES

- CAPITULO I
- **Clausulas del ramo**

- CAPITULO II
- **Coberturas**

- CAPITULO III
- **Cláusulas genéricas**

Preliminar

El contrato de seguro está integrado por la tabla de coberturas, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro de salud firmada por el asegurado, y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a **La Compañía** para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

Capítulo I

Cláusulas del ramo

GENERALIDADES

El presente condicionado aplica para los Planes de Salud, por lo cual, las coberturas que se detallan en el capítulo II -- Coberturas, varían de acuerdo al plan contratado y a lo especificado en dicha Cláusula.

CONDICIONES GENERALES

Sujeto a los términos, deducibles, condiciones y valores asegurados de la presente póliza de seguro de salud, si el beneficiario amparado por ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. que para estos efectos se denomina **La Compañía**, necesitare tratamiento como consecuencia directa y exclusiva de una enfermedad y/o accidente cubiertos por la póliza de seguro de salud y que se inicien con posterioridad a la fecha de su inclusión en esta, **La Compañía** indemnizará los gastos causados identificados en la tabla de coberturas de la póliza, la cual hace parte integral de este contrato, a través de los profesionales y entidades adscritas en convenio vía autorización de servicios o bajo la modalidad de reembolso si el profesional o entidad no se encuentran adscritos, siempre y cuando el beneficiario amparado tenga contratado éste amparo en la póliza de seguro de salud y así lo especifiquen los límites de cobertura de la tabla de coberturas de la póliza.

Se cubrirá la asistencia médica requerida al momento de ocurrir el accidente o enfermedad, siempre y cuando el tratamiento requerido no sea de carácter experimental, que sea científicamente aprobado por las sociedades médico científicas colombianas y que la póliza se encuentre vigente y no esté en mora en el pago de las primas.

Esta póliza se expide con base en los datos consignados en la solicitud de seguro y demás requisitos de asegurabilidad exigidos por **La Compañía**, los cuales forman parte integrante de este contrato. Cualquier condición que **La Compañía**, de acuerdo con el Tomador, agregue al cuerpo de la presente póliza por anexo, tendrá la misma validez de las condiciones impresas. En caso de contradicción entre ésta y aquella primarán las agregadas por anexo.

Capítulo II

Coberturas

EXCLUSIONES

No serán reconocidos por **La Compañía** tratamientos, estudios, secuelas, recidivas y complicaciones en general, de eventos que no sean objeto de cobertura de este producto ni las coberturas no expresamente señaladas en el presente condicionado (Capítulo I - Datos Identificativos) ni los gastos relacionados directa o indirectamente con:

- 1) Cirugía plástica estética y/o tratamiento médico con fines estéticos y/o de embellecimiento, tratamientos de rejuvenecimiento y/o cualquier otro tratamiento de cosmetología, así como las Urgencias, exámenes de diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico, secuelas y/o complicaciones derivados de estos.
- 2) Urgencias, exámenes de diagnóstico, Tratamientos médicos y/o quirúrgicos, secuelas y complicaciones por anomalías congénitas y/o genéticas, sean o no detectables al momento del nacimiento a excepción de lo definido en la cláusula de Enfermedades Congénitas del presente condicionado.
- 3) Urgencias, exámenes de diagnóstico, Tratamiento médico y/o tratamiento quirúrgico para la obesidad. Se exceptúa la cirugía bariátrica para la obesidad mórbida Grado III (Índice de Masa Corporal (IMC) igual o superior a 40) no preexistente con el deducible establecido en la tabla de coberturas de la póliza a cargo del Beneficiario Amparado y realizada exclusivamente en la red contratada por **La Compañía** para este tipo de eventos en Colombia, siempre y cuando se tenga contratada dicha cobertura y se encuentre indicado en la tabla de coberturas de la póliza. No se dará cobertura a la cirugía estética y/o reparadora derivada de la realización del tratamiento quirúrgico para la obesidad cubierto o no cubierto por **La Compañía**.
- 4) Cámara hiperbárica, curas de sueño, reposo o similares, hidroterapia, celuloterapia, escleroterapia para insuficiencia venosa de miembros inferiores, presoterapia y quiropraxia o cualquier tipo de terapia no expresamente señaladas en el presente condicionado.
- 5) Urgencias, exámenes de diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico, secuelas y/o complicaciones de enfermedades o accidentes, que se hubiere causado el beneficiario amparado voluntaria o involuntariamente como consecuencia de enfermedad o trastorno psiquiátrico o estado de enajenación mental, transitorio o permanente, o como consecuencia de intento de suicidio, consumo de sustancias psicoactivas, psicotrópicas y neurolépticas.
- 6) Urgencias, exámenes de diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico, secuelas y/o complicaciones de los trastornos de la conducta alimentaria (bulimia, anorexia y aquellos no especificados, definidos como tal en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DMSIV, aprobado por la Organización Mundial de la Salud OMS).
- 7) Urgencias, exámenes de diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico, secuelas y/o complicaciones de drogadicción y del alcoholismo y el tratamiento de la cirrosis.
- 8) Evaluaciones médicas y exámenes de diagnóstico para chequeo general y/o ejecutivo, exámenes de tamizaje o preventivos y hospitalizaciones para estudio.
- 9) Tratamientos, exámenes y estudios por enfermedad profesional calificada como tal por la Administradora de Riesgo Laborales (ARL) a la cual se encuentre afiliado el Beneficiario Amparado.
- 10) Los accidentes en el ejercicio profesional de prácticas deportivas de alto riesgo, tales como: boxeo, cometismo, toreo, parapentismo, artes marciales, montañismo, paracaidismo, automovilismo, motociclismo, aviación, deportes de invierno, equitación, buceo, esquí acuático y cualquier otro deporte denominado de alto riesgo y/o extremo.

11) Aborto provocado (legal o ilegal), esterilización voluntaria o su revertimiento, anticoncepción, métodos de planificación, fecundación in vitro, cambio de sexo, tratamientos y estudios para disfunción sexual, inseminación artificial, infertilidad y esterilidad. Toma, conservación e implante de células madres de cualquier origen. Cirugías, exámenes y tratamientos in útero.

12) Los exámenes de diagnóstico y tratamientos para la corrección por defectos de refracción visual, sus secuelas y complicaciones, y el suministro de lentes de contacto, monturas y sus lentes.

13) El suministro de prótesis no definidas expresamente en la Cláusula de Prótesis del presente condicionado, así como elementos de uso personal, pañales, leche maternizada, servicios de cafetería, elementos de uso personal, medias antiembólicas, zapatos ortopédicos, plantillas, audífonos y sus pruebas de adaptación, implantes cocleares y sus pruebas de adaptación, neurotransmisores y sus pruebas de adaptación, neuroestimuladores y sus pruebas de adaptación, fajas, cama hospitalaria en el domicilio, colchones, aditamentos para movilización y suministro de colectores para ostomías de forma ambulatoria.

14) Consultas, Exámenes y tratamientos de origen dental, a menos que sean consecuencia de un accidente, en cuyo caso solo se cubrirá la urgencia atendida dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente y la atención sea prestada en una institución hospitalaria u odontológica que preste servicios de urgencia. Se excluyen además las prótesis su implantación y restauración, así como cualquier tratamiento de rehabilitación oral, dispositivos o aparatos para el tratamiento de enfermedades de la articulación temporomandibular o maxilares, con excepción de lo definido en la cobertura de emergencia odontológica o cobertura odontológica o cobertura de odontología especial, cuando ha sido contratada.

15) Lesiones o enfermedades causadas cuando el beneficiario amparado sea participe en la violación de normas legales, en actividades ilícitas, en la comisión de sedición, rebelión, riña, huelga, terrorismo, asonada, motín, conmoción civil, guerra declarada o no, en ejercicio de servicio militar, o como consecuencia de fenómenos catastróficos por causas naturales, por epidemias o pandemias y las lesiones inmediatas o tardías causadas por fisión o fusión nuclear.

16) Las urgencias, exámenes de diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico, secuelas y/o complicaciones derivados de accidentes de tránsito se indemnizarán en complemento de los servicios no cubiertos por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT, siempre y cuando la causa del accidente no sea una exclusión de la póliza. Para estos casos **La Compañía** podrá ejercer el derecho a subrogación contra el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT.

17) Con excepción de lo definido en la Cláusula de Servicios Hospitalarios del presente condicionado, en lo correspondiente al tratamiento hospitalario en casa, se excluye el cuidador y/o enfermera domiciliaria.

18) Procedimientos, cirugías, tratamientos, hospitalizaciones, exámenes, servicios y medicamentos ordenados, suministrados o realizados en instituciones o por personas que no estén legalmente autorizados por las autoridades respectivas para el ejercicio de sus actividades y/o que no sean profesionales de la salud. Así mismo se excluyen los tratamientos realizados en clínicas naturistas, SPA, hogares terapéuticos, hogares geriátricos, instituciones de cuidado intermedio, de cuidados crónicos o similares.

19) En los trasplantes de órganos no será reconocido el valor del órgano a trasplantar, ni los costos ocasionados por la adquisición, gestión y consecución del órgano a trasplantar, a excepción de lo definido en la cobertura de gastos del donante del presente condicionado.

20) Mamoplastias de cualquier tipo, excepto aquellas reconstructivas a consecuencia de la mastectomía o cuadrantectomía para el tratamiento del cáncer o por trauma. No se cubrirán cirugías plástica y/o estética y/o reconstructiva y/o compensatoria por desbalance mecánico de la mama no afectada por el cáncer o trauma.

21) Tratamiento profiláctico quirúrgico o médico por antecedentes de cáncer u otras patologías cuya finalidad no sea curativa.

22) Exámenes de diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico, secuelas y/o complicaciones de desviaciones del tabique nasal. Se exceptúan de esta exclusión las correcciones de las desviaciones del tabique nasal realizadas como consecuencia de accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y debidamente certificado con reporte médico y radiológico.

23) Suministro ambulatorio de cualquier tipo de ventilación invasiva y no invasiva y sus aditamentos, incluidos CPAP y BPAP.

24) Urgencias, exámenes de diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico, secuelas y/o complicaciones de enfermedades y/o accidentes causados por la ingesta y/o administración de medicamentos y/o realización de tratamientos que no hayan sido ordenados por un médico que cumplan los requisitos legales para el ejercicio de su profesión y aprobados por las sociedades médicas Colombianas.

25) Suministro y aplicación de vacunas, autovacunas, tratamientos de inmunoterapia con alérgenos y preparados de alérgenos. Igualmente no se reconocerán las complicaciones de la administración de vacunas, autovacunas, tratamientos de inmunoterapia con alérgenos y preparados de alérgenos no incluidos en el PAI.

26) Medicamentos ambulatorios, con excepción de lo definido en las Cláusulas de medicamentos pre y post hospitalarios y medicamentos para Cáncer y SIDA, en cuyo caso no se cubrirán los productos clasificados como vitaminas o minerales. De igual manera se excluyen los productos nutritivos, medicamentos homeopáticos, anorexígenos, dietéticos, reconstituyentes, los productos cosméticos, shampoo y/o jabones medicados, incluso cuando hayan sido prescritos y contengan sustancias terapéuticas. Así mismo se excluyen los medicamentos ambulatorios que requieran ser administrados y/o aplicados en una institución hospitalaria.

27) Con excepción de lo definido en la Cláusula de Servicios Hospitalarios, se excluye el suministro del oxígeno domiciliario.

28) Ambulancia acuática y ambulancia aérea fuera del territorio de La República de Colombia.

29) Psicoterapia por psicología y psiquiatría, psicoanálisis o psicoterapia prolongada, terapia neurosicológica o neurosiquiátrica. Igualmente cualquier tipo de terapia psicoanalítica.

DEFINICIÓN DE COBERTURA

Desde la fecha indicada en la tabla de coberturas de la póliza para la iniciación de la vigencia y aplicando los deducibles a que haya lugar, se indemnizarán los siguientes servicios, los cuales estarán sujetos a las coberturas, periodos de carencia, limitantes y exclusiones previstas en este condicionado.

HOSPITALIZACIÓN

HABITACIÓN HOSPITALARIA EN RED

La Compañía reconocerá la pensión diaria en red que incluye habitación estándar, dieta hospitalaria y servicios regulares de enfermería, hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza.

HABITACIÓN HOSPITALARIA FUERA DE RED

La Compañía reconocerá la pensión diaria fuera de red que incluye habitación tipo suite o estándar, dieta hospitalaria y servicios regulares de enfermería, hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza.

CAMA DE ACOMPAÑANTE EN RED

Independiente de la edad del paciente, se dará cobertura de una (1) cama de acompañante por cada día de hospitalización en red, hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza.

CAMA DE ACOMPAÑANTE FUERA DE RED

Independiente de la edad del paciente, se dará cobertura de una (1) cama de acompañante por cada día de hospitalización fuera de red, hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza.

ENFERMERA ESPECIAL EN RED

De acuerdo con las condiciones establecidas en la tabla de coberturas de la póliza, se dará cobertura en red de un (1) turno diario de doce (12) horas para la enfermera especial hospitalaria, cuando el beneficiario amparado hospitalizado según pertinencia y orden médica así lo requiera, hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza.

ENFERMERA ESPECIAL FUERA DE RED

De acuerdo con las condiciones establecidas en la tabla de coberturas de la póliza, se dará cobertura fuera de red de un (1) turno diario de doce (12) horas para la enfermera especial hospitalaria, cuando el beneficiario

amparado hospitalizado según pertinencia y orden médica así lo requiera, hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN RED

Incluye habitación, servicios y honorarios médicos de lo definido como unidad de cuidados intensivos y hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza. Mientras el beneficiario amparado afectado permanezca en Unidad de Cuidados Intensivos no habrá lugar a reconocimiento por servicios de habitación normal, enfermera especial ni cama de acompañante.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS FUERA DE RED

Incluye habitación, servicios y honorarios médicos de lo definido como unidad de cuidados intensivos y hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza. Mientras el beneficiario amparado afectado permanezca en Unidad de Cuidados Intensivos no habrá lugar a reconocimiento por servicios de habitación normal, enfermera especial ni cama de acompañante.

SERVICIOS HOSPITALARIOS EN RED

La Compañía reconocerá hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza los gastos causados en red diferentes a los de habitación y honorarios médicos, desde el primer día de vigencia de la presente póliza para los eventos que, siendo objeto de cobertura se deriven de una urgencia excepto para aquellos procedimientos que tienen expresamente definido un periodo de carencia. A partir del día ciento veintiuno (121) de vigencia ininterrumpida de la póliza, se dará cobertura a los eventos programados.

Notas: La alimentación enteral y parenteral intrahospitalaria requerida será cubierta sin límite de días.

La Compañía reconocerá en red la terapia dialítica para el tratamiento de insuficiencia renal aguda y crónica. Para la Insuficiencia renal crónica y sus complicaciones, se dará cobertura siempre y cuando el diagnóstico inicial de la enfermedad se realice con posterioridad al 1 de Enero de 2010 y a la inclusión del beneficiario amparado a esta póliza.

Los accidentes de trabajo serán objeto de cobertura y **La Compañía** podrá ejercer el derecho a subrogación. Para los casos de coma irreversible, se indemnizará hasta noventa (90) días de estancia hospitalaria.

Para los casos de tratamientos hospitalarios y/o quirúrgicos para estados médicos en su fase terminal o cuando para estos no existan posibilidades de recuperación se indemnizará hasta por noventa (90) días de estancia hospitalaria y/o hospitalización domiciliaria vigencia póliza.

El suministro de oxígeno domiciliario tendrá cobertura en red para los casos post hospitalarios y por un periodo no mayor a quince (15) días por evento.

La ambulancia terrestre en perímetro urbano, será cubierta siempre y cuando el estado del beneficiario amparado así lo requiera, para los siguientes casos, previa autorización y evaluación de la pertinencia médica por parte de **La Compañía**:

- Del lugar de la asistencia médica domiciliaria al centro de asistencia de la red.
- Del centro de asistencia a una institución de la red, durante la hospitalización del paciente, para examen o procedimiento, o cuando el estado de salud del beneficiario amparado amerite atención en una institución con igual o mayor nivel de complejidad.
- Del centro de asistencia a la casa.

Para la ambulancia terrestre en territorio nacional, será cubierto el traslado de un centro de asistencia a otro centro de asistencia de la red que **La Compañía** determine, siempre y cuando el estado del beneficiario amparado amerite atención en una institución con nivel de complejidad mayor.

Si dadas las características del evento, no es posible solicitar la autorización del servicio de ambulancia, **La Compañía** reembolsará dichos servicios de acuerdo con las tarifas establecidas en sus convenios.

Si como consecuencia de un evento cubierto por la presente póliza de seguro de salud, el beneficiario amparado requiere continuar su tratamiento hospitalario en casa o iniciar el tratamiento en su domicilio previa orden médica expedida por su médico tratante y previa evaluación de pertinencia médica por parte de **La**

Compañía, se dará cobertura de hospitalización domiciliaria únicamente en las ciudades donde se tienen contratado este servicio. La enfermera domiciliaria será autorizada por la compañía únicamente cuando se requiera la realización de actividades exclusivas del personal de enfermería y previa evaluación de pertinencia por parte de **La Compañía**.

No se cubrirá bajo ningún concepto:

- Elementos de uso personal (pañales, toallas higiénicas, medias antiembólicas, etc).
- Leches maternizadas.
- Cama hospitalaria, colchones, sillas de ruedas, caminadores, aditamentos de movilización y en general equipos de uso personal.
- Cuidador en casa.
- Psicoterapia por psicología y psiquiatría.
- Medicamentos no prescritos por el médico en la orden de hospitalización domiciliaria o los prescritos por patologías crónicas no relacionadas con el motivo de hospitalización.
- Asistencia a paciente psiquiátrico en fase aguda.
- Suministro y administración de medicamentos de uso subcutáneo o intramuscular (Excepto para terapia de anticoagulación no profiláctica).
- Terapias en domicilio cuando no hagan parte de un plan de manejo domiciliario integral (antibioticoterapia, corticoterapia, curaciones mayores, etc).
- Enfermera domiciliaria excepto cuando se requiere realización de actividades exclusivas del personal de enfermería y previa evaluación de pertinencia por parte de **La Compañía**.

SERVICIOS HOSPITALARIOS FUERA DE RED

La Compañía reconocerá hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza los gastos causados fuera de red diferentes a los de habitación y honorarios médicos, desde el primer día de vigencia de la presente póliza para los eventos que, siendo objeto de cobertura se deriven de una urgencia excepto para aquellos procedimientos que tienen expresamente definido un periodo de carencia. A partir del día ciento veintiuno (121) de vigencia ininterrumpida de la póliza, se dará cobertura a los eventos programados.

Notas: La alimentación enteral y parenteral intrahospitalaria (aminoácidos, lípidos, elementos traza, vitaminas, dextrosa, electrolitos, etc.) requerida será cubierta sin límite de días.

La Compañía reconocerá en red la terapia dialítica para el tratamiento de insuficiencia renal crónica (reversible o irreversible) y sus complicaciones, siempre y cuando el diagnóstico inicial de la enfermedad se realice con posterioridad al 1 de Enero de 2010 y a la inclusión del beneficiario amparado a esta póliza.

Los accidentes de trabajo serán objeto de cobertura y **La Compañía** podrá ejercer el derecho a subrogación.

Para los casos de coma irreversible, se indemnizará hasta sesenta (90) días de estancia hospitalaria.

Para los casos de tratamientos hospitalarios y/o quirúrgicos para estados médicos en su fase terminal o cuando para estos no existan posibilidades de recuperación se indemnizará hasta por sesenta (90) días de estancia hospitalaria vigencia póliza.

El suministro de oxígeno domiciliario tendrá cobertura en red para los casos post hospitalarios y por un periodo no mayor a quince (15) días por evento.

La ambulancia terrestre en perímetro urbano, será cubierta siempre y cuando el estado del beneficiario amparado así lo requiera, para los siguientes casos, previa autorización y evaluación de la pertinencia médica por parte de **La Compañía**:

- Del lugar de la asistencia médica domiciliaria al centro de asistencia en red.
- Del centro de asistencia a una institución de la red, durante la hospitalización del paciente, para examen o procedimiento, o cuando el estado de salud del beneficiario amparado amerite atención en una institución con igual o mayor nivel de complejidad.
- Del centro de asistencia en red a la casa.

Para la ambulancia terrestre en territorio nacional, será cubierto el traslado de un centro de asistencia en red a otro centro de asistencia en red que La Compañía determine, siempre y cuando el estado del beneficiario amparado amerite atención en una institución con nivel de complejidad mayor.

Si dadas las características del evento, no es posible solicitar la autorización del servicio de ambulancia, **La Compañía** reembolsará dichos servicios de acuerdo con las tarifas establecidas en sus convenios.

Si como consecuencia de un evento cubierto por la presente póliza de seguro de salud, el beneficiario amparado requiere continuar su tratamiento hospitalario en casa o iniciar el tratamiento en su domicilio previa orden médica expedida por su médico tratante y previa evaluación de pertinencia médica por parte de **La Compañía**, se dará cobertura de hospitalización domiciliaria únicamente en las ciudades donde se tienen contratado este servicio.

No se cubrirá bajo ningún concepto:

- Cama hospitalaria, colchones, sillas de ruedas, caminadores, aditamentos de movilización.
- Cuidador en casa.
- Medicamentos no prescritos por el médico en la orden de hospitalización domiciliaria.
- Asistencia a paciente psiquiátrico en fase aguda.
- Suministro y administración de medicamentos de uso subcutáneo o intramuscular (excepto para terapia de anticoagulación no profiláctica)
- Terapias en domicilio cuando no hagan parte de un plan de manejo domiciliario integral (antibioticoterapia, corticoterapia, curaciones mayores, etc).
- Enfermera domiciliaria excepto cuando se requiere realización de actividades exclusivas del personal de enfermería y previa evaluación de pertinencia por parte de **La Compañía**.

HONORARIOS MÉDICOS EN RED

Se reconocerán los honorarios en red por tratamiento médico y /o quirúrgico como lo indica la tabla de coberturas de la póliza. La ayudantía quirúrgica se indemnizará para cirugías que por complejidad lo ameriten sin exceder el 15% de lo indemnizado por honorarios quirúrgicos. Para los honorarios de anestesiología será hasta el 40% de lo indemnizado por honorarios quirúrgicos.

HONORARIOS MÉDICOS FUERA DE RED

Cuando se trate de honorarios fuera de red con valor máximo asegurado, se indemnizarán los honorarios quirúrgicos hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza y de acuerdo a la complejidad de la cirugía, basados en el Cuadro de Clasificación de Grupos Quirúrgicos de **La Compañía** (Ver Cuadro de clasificación de grupos quirúrgicos), incluyendo las consultas pre y post quirúrgicas, máximo dos (2) consultas pre y dos (2) post quirúrgicas a las tarifas de los convenios de la red.

Tabla 1 - Cuadro de clasificación de grupos quirúrgicos

Grupo Quirúrgico	Porcentaje a Indemnizar	Grupo Quirúrgico	Porcentaje a Indemnizar
Grupo 1	9%	Grupo 10	50%
Grupo 2	10%	Grupo 11	60%
Grupo 3	11%	Grupo 12	68%
Grupo 4	12%	Grupo 13	72%
Grupo 5	17%	Grupo 20	76%
Grupo 6	20%	Grupo 21	85%
Grupo 7	25%	Grupo 22	94%
Grupo 8	30%	Grupo 23	100%
Grupo 9	40%		

La ayudantía quirúrgica se indemnizará para cirugías que por complejidad lo ameriten sin exceder el 15% de lo indemnizado por honorarios quirúrgicos. Para los honorarios de anestesiología será hasta el 40% de lo indemnizado por honorarios quirúrgicos. Los honorarios médicos descritos anteriormente, serán reconocidos siempre y cuando este servicio no sea prestado por un familiar en primer o segundo grado de afinidad o consanguinidad.

HONORARIOS MÉDICOS POR TRATAMIENTO INTRA - HOSPITALARIO EN RED

Se reconocerán hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza los honorarios en red por tratamiento médico intra-hospitalario.

HONORARIOS MÉDICOS POR TRATAMIENTO INTRA - HOSPITALARIO FUERA DE RED

Se reconocerán hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza los honorarios médicos fuera de red por tratamiento médico intrahospitalario, máximo dos (2) visitas médicas diarias por el médico tratante y hasta cinco (5) interconsultas diaria por diferente especialidad a la del médico tratante.

GASTOS PRE Y POST HOSPITALARIOS

Se reconocerán hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la Póliza los gastos incurridos por el asegurado por concepto de Radiografías, Exámenes especializados de Diagnóstico y de Laboratorio Simple, terapias y hasta 3 consultas pre y/o post hospitalarias, siempre y cuando estos gastos hagan parte de un tratamiento médico - hospitalario o quirúrgico cubiertos por la presente póliza y que se efectúen fuera de la hospitalización, y se presten dentro de los treinta (30) días anteriores a la fecha de hospitalización o treinta (30) días siguientes a la terminación del tratamiento hospitalario.

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO EN RED

Para tratamientos hospitalarios en red y/o "Hospital día" para el tratamiento de trastornos de origen mental y/o psiquiátrico, se indemnizará hasta sesenta 60 días/beneficiario amparado/año de vigencia y no acumulables de un año a otro, siempre y cuando no se deriven de las exclusiones contenidas en los numerales 6, 7 y 8.

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO FUERA DE RED

Para tratamientos hospitalarios en red y/o "Hospital día" para el tratamiento de trastornos de origen mental y/o psiquiátrico, se indemnizará hasta sesenta 60 días/beneficiario amparado/año de vigencia y no acumulables de un año a otro, siempre y cuando no se deriven de las exclusiones contenidas en los numerales 6, 7 y 8.

CIRUGÍA BARIÁTRICA

Se reconocerán los gastos que se ocasionen por los conceptos señalados en este condicionado y tal como lo indica la tabla de coberturas de la póliza de seguro de salud, los gastos incurridos por la cirugía bariátrica para la obesidad mórbida Grado III (Índice de Masa Corporal (IMC) igual o superior a 40), así como a las complicaciones derivadas de la misma, siempre y cuando no sea preexistente y sea realizada exclusivamente en la red contratada por **La Compañía** para este tipo de eventos. Esta cobertura tiene un deducible a cargo del Beneficiario Amparado, el cual se encuentra especificado en la tabla de coberturas de la póliza de seguro de Salud y aplica tanto al procedimiento como a las complicaciones que se deriven del mismo. No se dará cobertura a la cirugía estética y/o reparadora derivada de la realización del tratamiento quirúrgico para la obesidad cubierto por **La Compañía**.

HABITACIÓN HOSPITALARIA TIPO SUITE

La Compañía reconocerá la pensión diaria en red que incluye habitación tipo Suite, dieta hospitalaria y servicios regulares de enfermería.

URGENCIAS EN RED

A partir del primer día de vigencia de la póliza, las urgencias en red serán cubiertas hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la Póliza.

La prestación del servicio estará sujeta al respectivo pago de deducible indicado en la tabla de coberturas de la póliza. Si se presenta un reingreso (atenciones antes de las veinte y cuatro (24) horas de la anterior atención, por el mismo diagnóstico y en la misma institución) el usuario estará exento de pagar un nuevo deducible sin restablecimiento del valor asegurado.

En caso de derivarse de esta atención de urgencia un manejo superior a seis (6) horas de observación en el servicio de urgencias o cuando de ello se derive un procedimiento quirúrgico, los gastos que se generen de estas atenciones será cubiertas por la cobertura básica de servicios clínicos y/o honorarios médicos.

URGENCIAS FUERA DE RED

A partir del primer día de vigencia de la póliza, las urgencias fuera de red serán cubiertas hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la Póliza.

La prestación del servicio estará sujeto al respectivo pago de deducible indicado en la tabla de coberturas de la póliza. Si se presenta un reingreso (atenciones antes de las veinte y cuatro (24) horas de la anterior atención, por el mismo diagnóstico y en la misma Institución) el usuario estará exento de pagar un nuevo deducible sin restablecimiento del valor asegurado.

En caso de derivarse de esta atención de urgencia un manejo superior a seis (6) horas de observación en el servicio de urgencias o cuando de ello se derive un procedimiento quirúrgico, los gastos que se generen de estas atenciones será cubiertas por la cobertura básica de servicios clínicos y/o honorarios médicos.

PRÓTESIS EN RED

Se reconocerán las siguientes prótesis: valvulares, vasculares, articulares, oculares, mamarias (exclusivamente por cáncer de mama o traumáticas), testiculares (exclusivamente por cáncer de testículo o traumáticas), lente intraocular convencional, diábolos de miringotomía, marcapaso, cardiodesfibrilador, catéter doble jota, stent, válvula de Hakim, coils siendo excluidas todas las demás no señaladas expresamente como objeto de cobertura de esta póliza de seguro de salud.

PRÓTESIS FUERA DE RED

Se reconocerán las siguientes prótesis hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la Póliza: valvulares, vasculares, articulares, oculares, mamarias (exclusivamente por cáncer de mama o traumáticas), testiculares (exclusivamente por cáncer de testículo o traumáticas), lente intraocular convencional, diábolos de miringotomía, marcapaso, cardiodesfibrilador, catéter doble jota, stent, válvula de Hakim, coils siendo excluidas todas las demás no señaladas expresamente como objeto de cobertura de esta póliza de seguro de salud.

PRÓTESIS DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES

Se reconocerán las prótesis de extremidades superiores e inferiores hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza; los reemplazos de prótesis de extremidades superiores e inferiores se reconocerán siempre y cuando la prótesis inicial haya sido reconocida por la póliza de Salud de **La Compañía** y haya transcurrido un periodo mínimo de tres (3) años, entre la fecha de colocación de la prótesis a reemplazar y la fecha de colocación de la nueva prótesis.

ÓRTESIS

Se reconocerán las órtesis para cuello, tobillo, brazos, antebrazos, manos y órtesis largas y cortas para piernas y rodillas, así como las estructuras para caminar, reembolso de la compra o alquiler de muletas y sillas de ruedas, hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza por vigencia.

ENFERMEDADES CONGÉNITAS

Para usuarios no nacidos dentro de la cobertura de una póliza de salud de Allianz o asegurados sin beneficio de congénitas La Compañía reconocerá hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza los gastos que se ocasionen por concepto de enfermedades congénitas y genéticas no conocidas por el beneficiario al inicio de esta póliza y luego de haber permanecido asegurado en cualquier póliza de salud de

La Compañía como mínimo un (1) año de forma ininterrumpida, siempre y cuando el diagnóstico inicial de la enfermedad se realice con posterioridad al 1 de Enero de 2010. Esta suma asegurada se restablece anualmente en la renovación. Esta cobertura no aplica para los Bebés nacidos bajo la cobertura de la póliza y que se les haya otorgado el beneficio de "ASEGURADO CON COBERTURA DE PATOLOGIAS DE ORIGEN CONGENITO", ya que de acuerdo con lo indicado en la cobertura de Maternidad en lo que respecta al "Amparo neonatal" estos recién nacidos gozarán de las demás coberturas de la póliza desde el primer día para cubrir estas enfermedades.

ENFERMEDADES CONGÉNITAS SEGUNDA CAPA

Una vez agotado el límite de valor asegurado indicado en la tabla de coberturas de la póliza en la cobertura de enfermedades congénitas, **La Compañía** reconocerá hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza y de acuerdo con las condiciones establecidas en la cobertura de enfermedades congénitas, los gastos

que se generen por los excedentes de enfermedades congénitas. Esta suma asegurada se restablece durante la vigencia de la póliza, ni en sus renovaciones.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Se reconocerá hasta el límite indicado los gastos que se ocasionen por los conceptos señalados en este condicionado los trasplantes realizados en el territorio nacional y aprobados por las sociedades médico científicas colombianas, siempre y cuando la patología que origina el trasplante sea objeto de cobertura de la presente póliza. Se excluye todo trasplante en su estado experimental.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO DEL CÁNCER

Siempre y cuando la enfermedad se inicie después del día 121 de permanencia ininterrumpida del beneficiario amparado en la póliza. La compañía a través de las coberturas descritas en este condicionado y hasta el valor asegurado indicado en la tabla de coberturas de la póliza para cada una de ellas, indemnizará los gastos que se ocasionen para el tratamiento del Cáncer.

De los medicamentos que se requieran para las terapias, serán autorizados únicamente aquellos clasificados como anti cancerígenos que se expendan en el mercado nacional aprobados por el INVIMA o quien haga sus veces. Las terapias serán las específicas para cáncer prescritas por el médico tratante, es decir: radioterapia, radiumterapia, cobaltoterapia, braquiterapia, hormonoterapia, quimioterapia e inmunoterapia.

TRATAMIENTO AMBULATORIO DEL CÁNCER

Siempre y cuando la enfermedad se inicie después del día 121 de permanencia ininterrumpida del beneficiario amparado en la póliza, se dará cobertura hasta el valor asegurado indicado en la tabla de coberturas de la póliza para tratamiento ambulatorio para el cáncer. De los medicamentos que se requieran para las terapias, serán autorizados únicamente aquellos clasificados como anti cancerígenos que se expendan en el mercado nacional aprobados por el INVIMA o quien haga sus veces. Las terapias serán las específicas para cáncer prescritas por el médico tratante, es decir: radioterapia, radiumterapia, cobaltoterapia, braquiterapia, hormonoterapia, quimioterapia e inmunoterapia.

MATERNIDAD

Tendrán derecho a esta cobertura todas las mujeres que figuren como beneficiarias amparadas de la póliza, con ocasión de los gastos que genere la atención del embarazo, (cesárea, cirugía por embarazo ectópico, parto normal, aborto no provocado y complicaciones) siempre y cuando éste se haya iniciado después de sesenta (60) días calendario de la inclusión de la beneficiaria amparada. Las coberturas que afecte este amparo están sujetas a las definidas en este condicionado.

Amparo neonatal: Los hijos nacidos de la beneficiaria amparada con derecho al amparo de la maternidad, gozarán de las coberturas aquí descritas desde el primer día y se les otorgará la antigüedad de la madre, siempre y cuando se realice la solicitud de inclusión del recién nacido en la póliza dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de nacimiento.

La cobertura para estos recién nacidos se extiende a anomalías y malformaciones congénitas y genéticas, incluye alteraciones del crecimiento y desarrollo, de acuerdo con las condiciones estipuladas en este condicionado.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO DEL SIDA

La Compañía indemnizará a través de las coberturas descritas en este condicionado y hasta el valor asegurado indicado en la tabla de coberturas de la póliza para cada una de ellas indemnizará los gastos requeridos por el asegurado para el tratamiento del Sida siempre y cuando el diagnóstico y la confirmación positiva de la enfermedad se hayan realizado después de transcurridos noventa (90) días, contados a partir de la inclusión del beneficiario amparado en esta póliza.

Con respecto a los medicamentos que requiera el beneficiario amparado para el tratamiento intrahospitalario del SIDA y sus complicaciones, se indemnizarán los productos farmacéuticos que se expendan en el mercado nacional aprobados por el INVIMA o quien haga sus veces, dejando expresamente consagrado que no se cubre medicamentos catalogados como estimulantes del sistema inmunológico. En ningún caso se cubrirán medicamentos en forma ambulatoria, salvo lo anotado en la cobertura de Medicamentos post hospitalarios por SIDA y derivados del tratamiento del cáncer.

GASTOS DEL DONANTE

Página 11 de 23

Original para el tomador del seguro Versión del cláusulado N° 20/10/2016-1401-P-35-MedicAllGOLD7-02

Para el beneficiario que requiera trasplante, **La Compañía** cubrirá el transporte del órgano objeto de cobertura de esta póliza así como los gastos médicos del donante efectivo, hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza.

CUIDADOS PROLONGADOS EN RED

La Compañía garantizará, a través de la red de proveedores adscritos a la Compañía, cuando el beneficiario sufra una invalidez (incapacidad total y permanente) como consecuencia de un accidente o enfermedad, sufra alguna limitación física, que le impida desempeñar por lo menos tres de las cinco actividades básicas de la vida diaria, de acuerdo con las condiciones establecidas en el presente anexo, y que se encuentren enmarcadas dentro del objeto de cobertura de esta póliza.

Se deja establecido que el servicio que prestará **La Compañía**, únicamente a través de su red de asistencia, es de medio y no de resultado

1. DEFINICIONES

Se entenderá por:

- **Deficiencia:** Se refiere a las anomalías de la estructura corporal y de la función de un órgano o sistema. Ejemplo: Pérdida de la vista o de las piernas.
- **Discapacidad:** Son las consecuencias de la deficiencia a partir del rendimiento funcional y de la actividad del individuo. Ejemplo: Dificultades para leer o para trasladarse.
- **Minusvalía:** Desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades en una dimensión social. Ejemplo: Incapacidad para trabajar.
- **Actividades básicas:** Las siguientes cinco funciones son consideradas como las actividades básicas bajo esta propuesta:
 - **Bañarse:** Capacidad para lavarse todas las partes del cuerpo utilizando elementos de aseo, incluyendo la acción de entrar y salir del baño o de la regadera.
 - **Vestirse:** Capacidad para ponerse o quitarse toda clase de prendas, incluso prótesis y aparatos ortopédicos.
 - **Alimentarse:** Capacidad de alimentarse ingiriendo comida de un recipiente (plato o taza) o a través de un tubo o sonda enteral.
 - **Necesidades Corporales:** Capacidad para cumplir en forma independiente con las funciones de eliminación.
 - **Desplazarse:** Capacidad para acostarse y levantarse de la cama, así como para sentarse y levantarse de un asiento o de una silla de ruedas.
- **SMDL:** Salario mínimo diario legal vigente.

2. ÁMBITO TERRITORIAL

El derecho a las prestaciones descritas en la cobertura de Cuidados Prolongados, se dará únicamente en las ciudades donde se tiene contratado este servicio, siempre que estos se puedan prestar en el domicilio del asegurado, cuando su condición médica lo permita.

3. COBERTURAS

El programa se extiende únicamente a cubrir los servicios descritos a continuación, lo cual no incluye el suministro de insumos ni de medicamentos.

a. Orientación médica básica telefónica

Un operador médico recibe la llamada del asegurado y según la sintomatología reportada por la persona, hará un diagnóstico ajustado a las claves internacionales de servicios pre-hospitalarios de emergencia médica. El operador médico orientará al beneficiario o a quien solicite el servicio, respecto de las conductas provisionales que deben asumir mientras se produce el contacto profesional médico-paciente.

b. Asistencia domiciliaria por incapacidad temporal o permanente

Cuando el asegurado sufra una incapacidad total y permanente como consecuencia de un accidente o una enfermedad, **La Compañía** prestará en el domicilio del asegurado, y únicamente en las ciudades donde se tiene contratado este servicio, los siguientes servicios:

- Control de signos vitales.
- Cuidados de Piel.
- Manejo de Sondas y tubos de drenaje.
- Terapia respiratoria y física.
- Curaciones.
- Toma de muestras de laboratorio.
- Glucometrías.

La Compañía cubrirá los gastos generados por dicha atención por un periodo de 6 meses vigencia póliza, hasta por 12 horas diarias continuas. Así mismo se reconocerá hasta por el equivalente a 120 SMDLV por vigencia, para el alquiler o la compra de los siguientes equipos, cuando se requieran:

- Bala de oxígeno.
- Cama de tres planos.
- Silla de ruedas.
- Muletas o Caminadores.
- Equipo de terapia respiratoria (Cánulas, pulsioxímetros, mascarillas, humidificadores, ventury).
- Pato u orinal.
- Almohadillas.

c. Servicio de obras civiles:

La Compañía reconocerá los gastos en que incurra el asegurado en caso de requerir modificaciones o ajustes en el inmueble, de acuerdo con las recomendaciones del médico tratante que permitan el adecuado manejo del paciente. El límite de esta cobertura será de 50 SMDLV por vigencia.

4. EXCLUSIONES

No son objeto de la cobertura de asistencia las prestaciones y hechos siguientes:

- a) Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de **La Compañía**.
- b) Los gastos de asistencia médica y hospitalaria dentro del territorio de Colombia, sin perjuicio de lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza.

EMERGENCIA ODONTOLÓGICA EN RED

La Compañía garantiza la prestación de este servicio a través de un Proveedor contratado para tal efecto, para aquellos eventos imprevistos, ocurridos durante su permanencia en la póliza. Para solicitar dicha cobertura el asegurado previamente deberá dar aviso al proveedor contratado, quien tendrá la obligación de asumir y suministrar la cobertura más adelante descrita.

La presente cobertura indemniza los gastos incurridos por el asegurado como consecuencia de una emergencia odontológica, entendiéndose como tal cualquiera de los siguientes tratamientos o atenciones médico odontológicas.

Los servicios serán los siguientes: Eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo e indirecto, obturación provisional, obturación con amalgama, resina fotocurada o vidrio ionomérico de acuerdo al caso, endodoncias monoradiculares y multiradiculares, exodoncias no quirúrgicas y curetajes radiculares, cementado provisional o definitivo de prótesis fijas, reparación de la prótesis removible (únicamente sustitución de dientes), curetaje post exodoncia y control de hemorragias y suturas en labios, paladar, encías y lengua; radiografías periapicales y/o coronales. Cuando la emergencia sea producto de un traumatismo o accidente se tendrá como finalidad solucionar la situación de emergencia con los tratamientos antes descritos, excluyendo los tratamientos posteriores requeridos a causa del accidente o traumatismo.

Los servicios que no se encuentren enunciados en la presente condición se encuentran excluidos de esta cobertura.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en esta cobertura, podrán solicitarlos, atendiendo las siguientes condiciones:

- 1) Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la red establecida por el proveedor. El Asegurado podrá escoger el odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por El proveedor; éste no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aún cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.
- 2) Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a Los Asegurados en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.
- 3) Para emergencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en Centros Odontológicos pertenecientes a la red odontológica que atiendan en el señalado horario.
- 4) La Aseguradora no asumirá responsabilidad alguna frente a los asegurados o sus reclamantes, ni frente a los terceros, directa ni indirectamente ni próxima ni remotamente, pues conocido y aceptado por las partes de este contrato que la responsabilidad profesional corresponde a los profesionales odontólogos en razón y con fundamento en el o los tratamientos que practiquen o hagan a Los Asegurados.
- 5) Cuando El asegurado requiera alguno de los tratamientos amparados por esta cobertura, deberá ponerse en contacto con El proveedor, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para El asegurado. El asegurado deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido donde, previamente identificado con su cédula de ciudadanía, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará a El Tercero la clave de autorización para iniciar el tratamiento al asegurado.
- 6) El asegurado que no pueda acudir a las citas previamente acordadas con el odontólogo tratante, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de antelación.
- 7) Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos a **La Compañía** por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación

EXÁMENES

EXÁMENES ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO EN RED

A partir del día ciento veintiuno (121) de vigencia ininterrumpida de la póliza de seguro de salud, se reconocerán hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza los exámenes especiales de diagnóstico ambulatorio en red. Igualmente se dará cobertura a los estudios genéticos, para los beneficiarios amparados con derecho a la cobertura de patologías congénitas definida en la Cláusula de Maternidad, siempre y cuando se requiera para la definición de un diagnóstico o tratamiento y no como tamizaje preventivo durante el embarazo ni posterior al nacimiento. Para dar cubrimiento de estos exámenes especiales de diagnóstico y de los estudios genéticos, estos deberán ser debidamente reconocidos por las sociedades médicas colombianas y no hacer parte de una hospitalización o urgencia.

Así mismo se dará cobertura a las cápsulas endoscópicas cuando el paciente presente sangrado digestivo oscuro y no sea posible encontrar el sitio o causa del sangrado a través de exámenes convencionales, es decir endoscopia de vías digestivas y colonoscopia.

EXÁMENES ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO FUERA DE RED

A partir del día ciento veintiuno (121) de vigencia ininterrumpida de la póliza de seguro de salud, se reconocerán hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza los exámenes especiales de diagnóstico ambulatorio fuera de red. Igualmente se dará cobertura a los estudios genéticos, para los beneficiarios amparados con derecho a la cobertura de patologías congénitas definida en la Cláusula de Maternidad, siempre y cuando se requiera para la definición de un diagnóstico o tratamiento y no como tamizaje preventivo durante el embarazo ni posterior al nacimiento. Para dar cubrimiento de estos exámenes

especiales de diagnóstico y de los estudios genéticos, estos deberán ser debidamente reconocidos por las sociedades médicas colombianas y no hacer parte de una hospitalización o urgencia.

Así mismo se dará cobertura a las cápsulas endoscópicas cuando el paciente presente sangrado digestivo oscuro y no sea posible encontrar el sitio o causa del sangrado a través de exámenes convencionales, es decir endoscopia de vías digestivas y colonoscopia.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y RX EN RED

A partir del primer día de vigencia, como lo indica la tabla de coberturas de la póliza, se reconocerán los siguientes exámenes ambulatorios de diagnóstico en red: Exámenes de laboratorio clínico y de patología de rutina, radiografías simples, laboratorio clínico especializado electrocardiogramas y electroencefalogramas convencionales.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y RX FUERA DE RED

A partir del primer día de vigencia, como lo indica la tabla de coberturas de la póliza, se reconocerán los siguientes exámenes ambulatorios de diagnóstico fuera de red: Exámenes de laboratorio clínico y de patología de rutina, radiografías simples, laboratorio clínico especializado electrocardiogramas y electroencefalogramas convencionales.

CONSULTAS

CONSULTA PRIORITARIA EN RED

A partir del primer día de vigencia y hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza, se tendrá derecho a consultas prioritarias en red descritas en el directorio médico contratado por **La Compañía**.

CONSULTAS EN RED

A partir del primer día de vigencia y hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza, se tendrá derecho a consultas en red y sus sub especialidades descritas en el directorio médico contratado por **La Compañía**.

CONSULTAS DE NEUROPSICOLOGÍA

A partir del primer día de vigencia y hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza, se tendrá derecho a las consultas de neuropsicología dentro de la red, incluyendo el tratamiento.

CONSULTAS DE PSIQUIATRÍA EN RED

A partir del primer día de vigencia y hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza, se tendrá derecho hasta treinta (30) consultas de psiquiatría por persona vigencia póliza dentro de la red.

CONSULTA DOMICILIARIA EN RED

A partir del primer día de vigencia y hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza, se tendrá derecho a las consultas domiciliarias dentro de la red, previa evaluación de pertinencia médica por parte de **La Compañía**, únicamente en las ciudades donde se tienen contratado este servicio.

TERAPIAS

TERAPIAS EN RED

A partir del primer día de vigencia hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza, se tendrá derecho a cobertura en red para las terapias descritas en el directorio médico contratado por **La Compañía**.

TERAPIA DOMICILIARIA EN RED

A partir del primer día de vigencia hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de lapóliza, se tendrá derecho a cobertura en red para las terapias domiciliarias físicas, respiratorias, ocupacionales y del lenguaje.

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

MEDICAMENTOS POST HOSPITALARIOS POR SIDA Y DERIVADOS DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER

La cobertura especial para los medicamentos posthospitalarios del tratamiento del Sida y para los del tratamiento de los efectos colaterales a la terapia del Cáncer serán reconocidos hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza por beneficiario amparado/año de vigencia no transferible ni acumulable, así: **Post Hospitalarios por SIDA:** Se cubrirán los medicamentos ambulatorios aprobados por el INVIMA, derivados de una hospitalización por SIDA y formulados al momento del egreso hospitalario, hasta por treinta (30) días del egreso, se exceptúan los retrovirales.

Derivados del Tratamiento del Cáncer: Se cubrirán los medicamentos ambulatorios aprobados por el INVIMA para el tratamiento de los efectos colaterales a la terapia para el Cáncer cubierta por la póliza.

MEDICAMENTOS POST HOSPITALARIOS, POST URGENCIAS Y POST CONSULTA PRIORITARIA

La Compañía indemnizará hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza, los medicamentos derivados de la hospitalización o cirugía, post urgencias o post consulta prioritaria hasta por treinta (30) días contados a partir del egreso de la hospitalización, urgencia o consulta prioritaria, siempre y cuando el medicamento este aprobado por el INVIMA para la patología tratada y que esté relacionado directamente con el motivo de la hospitalización, urgencia o consulta prioritaria y no hagan parte de un tratamiento en curso que obedezca a una patología crónica subyacente o de manejo ambulatorio.

ASISTENCIA AL VIAJERO EN EL EXTERIOR

La Compañía garantiza la prestación de este servicio a través de un tercero contratado para tal efecto, para aquellos eventos no programados, ni preexistentes al viaje, es decir con ocasión de fuerza mayor o caso fortuito, ocurridos durante su permanencia en el exterior, de acuerdo con las condiciones, coberturas, límites y deducibles publicados en la página de Internet de ALLIANZ www.allianz.co.

RENTA CLÍNICA

La Compañía reconocerá una renta diaria a los beneficiarios amparados mayores de dieciocho (18) años y menores de sesenta y cinco (65) años, si a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza, requiere ser hospitalizado en la red para un tratamiento médico y/o quirúrgico y posteriormente ser incapacitado. Se excluyen las indemnizaciones relacionadas con el embarazo y sus complicaciones, atenciones de urgencias, eventos relacionados con enfermedades terminales, estados comatosos irreversibles.

La cobertura que brinda este amparo es la siguiente:

- **Renta diaria por hospitalización:** Si el asegurado requiere, una hospitalización en red y/o hospitalización domiciliaria previamente autorizada por **La Compañía** por más de tres (3) noches hospitalarias para un tratamiento médico o quirúrgico por enfermedad o accidente cubierto por la póliza, **La Compañía** indemnizará hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza por cada día de hospitalización, siempre y cuando el número máximo de días a indemnizar por usuario amparo al año no sea superior a noventa (90) días.
- **Renta diaria por incapacidad:** Si a consecuencia de una hospitalización cubierta por la póliza y dicha hospitalización haya generado indemnización por el amparo de Renta diaria por hospitalización, **La Compañía** indemnizará hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza por cada día de incapacidad prescrita por el médico tratante, siempre y cuando el número máximo de días a indemnizar por usuario amparo al año no sea superior a diez (10) días.

EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS

En caso de fallecimiento del Tomador que sea uno de los beneficiarios amparados de la póliza, **La Compañía** exonerará a los beneficiarios amparados del pago de las primas que se generen por la siguiente vigencia de la póliza con fecha posterior al fallecimiento de éste. La presente condición no aplica para la vigencia en curso cuando la prima sea fraccionada o financiada, lo cual quiere decir que para poder tener derecho a esta cobertura, la prima de la vigencia en curso deberá estar pagada en su totalidad.

NOTA: En caso de que el Tomador sea una persona jurídica este beneficio aplica al fallecimiento del asegurado principal, siempre y cuando sea beneficiario de la póliza.

EXEQUIAS

La Compañía indemnizará al ocurrir la muerte de cualquier beneficiario amparado por causa objeto de cobertura y no preexistente a la contratación de ésta póliza, los gastos incurridos por los funerales del fallecido, hasta la concurrencia del valor indicado en la tabla de coberturas de la póliza. . En aquellos eventos en los que **La Compañía** haya realizado devolución de prima no devengada, se descontará dicho valor del valor a indemnizar."

Se entenderá por gastos de exequias, los ocasionados por los siguientes conceptos: derechos de funeraria, caja y carroza mortuoria, ceremonia fúnebre, avisos de prensa, gastos de incineración, o lote en el cementerio, o derechos de bóveda.

Página 16 de 23

Original para el tomador del seguro Versión del cláusulado N° 20/10/2016-1401-P-35-MedicAllGOLD7-02

Esta cobertura será reconocida a quien acredite haber sufragado los gastos respectivos, previa presentación de los comprobantes de pago en original, debidamente cancelados y hasta el valor indicado en la tabla de coberturas de la póliza. Los beneficios concedidos por la cobertura de exequias terminarán para cada beneficiario amparado en el momento de su fallecimiento.

AMBULANCIA AEREA

Se reconocerá la ambulancia aérea dentro del Territorio de La Republica de Colombia, será cubierta siempre y cuando el estado del beneficiario amparado así lo requiera, en los siguientes casos, previa autorización y evaluación de pertinencia médica por parte de **La Compañía**:

- Siempre y cuando el paciente estando hospitalizado por un evento cubierto por la póliza y por su estado de salud requiera ser trasladado a otra institución prestadora de servicios de salud de mayor complejidad y requiera de atención en un servicio no disponible en la institución y ciudad remitora.
- Dentro del territorio nacional, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución y/o ciudad en donde está siendo atendido, cubrirá el traslado en ambulancia aérea siempre y cuando donde se encuentre el paciente exista un acceso seguro para este tipo de transporte.
- Este servicio será coordinado únicamente a través del proveedor de servicios definido por la aseguradora.

Cláusulas Genéricas

LIMITANTES Y PERIODOS DE CARENANCIA

La Compañía reconocerá los gastos descritos en la cláusula Definición de Cobertura, una vez se cumplan las condiciones de periodos de carencia ahí descritas y hasta los límites establecidos.

*Maternidad:	60 días
*Tratamiento hospitalario del Sida:	90 días
*Exámenes especiales de diagnóstico:	120 días
*Tratamiento hospitalario del Cáncer:	120 días
* Tratamiento ambulatorio del Cáncer:	120 días
*Servicios hospitalarios	120días

*Trasplantes

365 días

PERSONAS ASEGURABLES

Previo cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad, podrán ser aceptados como beneficiarios amparados las personas que soliciten su afiliación en la solicitud de seguro y que sean aceptadas previamente por La Compañía como asegurados en la Póliza de seguro de salud.

Para la inclusión de un beneficiario amparado durante la vigencia de la póliza de seguro de salud, la prima se liquidará a prorrata a partir de la fecha de aceptación por parte de **La Compañía**, hasta el vencimiento de la anualidad de la póliza y se pagará en la misma forma convenida para los demás beneficiarios amparados.

Cuando se trate de la inclusión de un hijo nacido bajo el amparo de la póliza, se dará cobertura desde el primer día de nacido, sin cobro de prima hasta la siguiente renovación, siempre y cuando se cumpla lo siguiente: Dentro de los treinta (30) días siguientes al nacimiento se deberá enviar a **La Compañía** el documento de identidad del recién nacido, certificación de afiliación al plan obligatorio de salud régimen contributivo o régimen especial y solicitud de afiliación debidamente diligenciada.

El retiro de cualquiera de los beneficiarios amparados como consecuencia del fallecimiento o la revocatoria unilateral, dará derecho a la devolución de la prima a prorrata, a partir de la fecha de recibo de la respectiva comunicación, salvo que se le haya reconocido siniestros, caso en el cual, la Compañía tendrá derecho a descontar del valor de la prima el valor a prorrata de los siniestros

Las pólizas colectivas tendrán condiciones pactadas por las partes. **La Compañía** se reserva el derecho de limitar, extra primar o rechazar el riesgo propuesto. Para la utilización de este producto **La Compañía** expedirá un carné de afiliación que el beneficiario amparado portará siempre que requiera los servicios y que devolverá a **La Compañía** en caso de terminación de la póliza.

NOVEDADES

El tomador deberá avisar novedades tales como: ingresos o retiros como consecuencia de nacimientos, adopciones, matrimonios o fallecimientos; así como cambios de estado civil, datos generales de beneficiarios amparados, fechas de nacimiento y parentesco, dentro de los treinta (30) días siguientes a la ocurrencia de la novedad. Cualquier ingreso de un Beneficiario Amparado durante la vigencia de la póliza deberá ser previamente aprobado por **La Compañía**.

COBERTURA EN EL EXTERIOR

Siempre y cuando el asegurado tenga contratada en la póliza esta cobertura y así se indique en la tabla de coberturas de la misma, cuando el beneficiario amparado realice un tratamiento en el exterior que corresponda a una hospitalización, cirugía y tratamiento médico hospitalario y este sea objeto de cobertura de acuerdo a lo definido en este condicionado, la compañía indemnizará por reembolso los gastos causados, homologándolos al mismo evento en Colombia y hasta los límites indicados en la tabla de coberturas de la póliza para cada cobertura. Para tal efecto se efectuará la liquidación a la tasa representativa del mercado (TRM) vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro. Los soportes de la ocurrencia del siniestro deben venir debidamente apostillados y traducidos cuando sean lenguas diferentes al inglés o al español.

PAGO DE LA PRIMA

El pago de la prima correspondiente a la vigencia contratada, o la primera o cualquiera de las cuotas si el pago es fraccionado, deberá efectuarse dentro del plazo de treinta (30) días, contados desde la fecha de iniciación de la vigencia de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella. **La Compañía** dará cobertura a los eventos descritos en el presente condicionado, siempre y cuando la prima de la anualidad o de la fracción se encuentre efectivamente recaudada.

RENOVACIONES ANUALES

La presente póliza de seguro de salud se renovará a la fecha de su vencimiento, siempre y cuando se ajuste a las condiciones, valor asegurado y primas vigentes en la fecha de renovación. Si alguna de las partes manifiesta su deseo de no renovar, debe hacerlo por escrito con una antelación no menor de treinta (30) días a la fecha de terminación de la vigencia.

COEXISTENCIA DE SEGUROS

El Tomador está obligado a declarar a **La Compañía**, al dar aviso del siniestro, todos los amparos o seguros similares a la presente póliza, que cubran al beneficiario amparado total o parcialmente contra los mismos riesgos y que estén vigentes al ocurrir el siniestro, con indicación del beneficiario amparado u otorgante y la cuantía de cada amparo o seguro.

En caso de pluralidad o de coexistencia de amparos o seguros, **La Compañía** soportará la indemnización en exceso de otro seguro o amparo, siempre que el beneficiario amparado haya actuado de buena fe. La inobservancia de esta obligación, o la mala fe de la reclamación o comprobación del derecho al pago, causarán la pérdida del derecho a la prestación asegurada. En caso que el beneficiario amparado requiera servicios con ocasión de un accidente de trabajo si se llegara a pagar en primera instancia, **La Compañía** podrá adelantar las acciones de recobro ante la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) correspondiente.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Los beneficios otorgados por la presente póliza, terminarán al ocurrir alguno de los siguientes hechos:

1. Por vencimiento de la vigencia sin haber sido renovada.
2. Las demás causas contempladas en la ley.

PARÁGRAFO: No será reconocido por **La Compañía** ningún gasto con posterioridad al término de la vigencia de esta póliza, excepto cuando el asegurado se encuentre bajo un tratamiento hospitalario amparado, caso en el cual se prorrogará el servicio hasta el egreso hospitalario o hasta agotar la cobertura de la póliza, la que se cause primero.

AVISO Y PAGO DE RECLAMACIONES

El beneficiario amparado, en caso de reclamación informará a **La Compañía** dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que se inicie cualquier tratamiento por enfermedad o accidente.

La Compañía efectuará el pago de las indemnizaciones a que haya lugar, dentro del término de un (1) mes contado a partir de la fecha en que el beneficiario amparado presente pruebas legalmente suficientes que acrediten la ocurrencia y la cuantía de su derecho, entre ellos: certificado médico, historia clínica, resultado patológico si fuere el caso, factura de venta original discriminando gastos clínicos y demás pagos a instituciones, médicos, paramédicos, medicamentos, laboratorios y todos aquellos que sean solicitados en la reclamación. Así mismo, se aceptarán otras pruebas supletorias establecidas en la Ley que demuestren el derecho al pago de la prestación. Si el beneficiario amparado falleciere antes de que las coberturas hubieren sido pagadas en su totalidad, el saldo pendiente de ellas podrá ser pagado a quien acredite haber sufragado los gastos.

REVOCACIÓN

La presente póliza de seguro de salud podrá ser revocada por **La Compañía** cuando medie incumplimiento en alguna de las obligaciones del Tomador, mediante comunicación escrita enviada al Tomador y/o Asegurado Principal a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de anticipación contados a partir de la fecha de envío y por el Tomador, en cualquier momento mediante aviso escrito dado a **La Compañía**. En caso de revocación por parte de **La Compañía**, ésta devolverá al Tomador de la póliza,

la parte de la prima no devengada o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del seguro. En caso que sea revocada por el Tomador, la devolución de la prima se calculará tomando en cuenta la tarifa del seguro a corto plazo.

TERRITORIO

Los amparos otorgados por la presente póliza de seguro de salud operan sin ninguna limitación territorial en Colombia, siempre que por lo demás, se dé cumplimiento a las condiciones y coberturas contempladas en este condicionado y en la tabla de coberturas de la póliza. Cuando el Beneficiario Amparado tenga contratado el amparo de Cobertura Internacional, la indemnización será sin ninguna limitación territorial dentro y fuera del Territorio de La República de Colombia, siempre que por lo demás, se dé cumplimiento a las condiciones y coberturas contempladas en este condicionado y en la tabla de coberturas de la póliza.

DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para todos los efectos de esta Póliza se fija como domicilio contractual la ciudad de Bogotá DC. Colombia.

DERECHO SE SUBROGACIÓN

Página 19 de 23

Original para el tomador del seguro Versión del cláusulado N° 20/10/2016-1401-P-35-MedicAllGOLD7-02

Si el evento del seguro ocurrió como consecuencia de un accidente debido al cual el beneficiario amparado tenga derecho a indemnización o a reembolso por parte de algún tercero, **La Compañía** podrá ejercer el derecho a subrogación. En caso de pluralidad o de coexistencia de seguros, **La Compañía** soportará la indemnización debida al beneficiario amparado solo en exceso de la indemnización a cargo de la(s) otra(s) compañía(s) con quienes el beneficiario amparado haya suscrito una póliza de seguro o contrato de medicina prepagada cuyos amparos indemnicen el mismo evento.

INEXACTITUD, RETICENCIA, FALSEDAD U OMISIÓN

El Tomador deberá declarar con veracidad y exactitud las circunstancias que rodean su estado de Salud y el de los Beneficiarios Amparados que presente como candidatos para tener esa calidad dentro de la póliza. El tomador, en nombre propio y en el de los Beneficiarios Amparados en cuyo favor estipula, y/o cada uno de éstos o sus representantes deben manifestar al momento de suscribir la solicitud de ingreso al seguro, si padecen o han padecido afecciones, lesiones o enfermedades, o secuelas, complicaciones y/o recidivas de las mismas, que requieran o hubieren requerido estudios, investigaciones o tratamientos clínicos, quirúrgicos o de rehabilitación a partir de medicamentos y otros agentes externos. La inexactitud, reticencia, falsedad u omisión cualquiera que sea la causa, que se produzca en la declaración del estado de Salud, en la solicitud de afiliación o en cualquier documento o información suministrada, será sancionada en los términos previstos en el artículo 1058 del Código de Comercio, a saber:

1. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.
2. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.
3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.
4. Rescindido el contrato en los términos del artículo anterior, **La Compañía** tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

CLÁUSULA COMPROMISORIA

Las partes podrán pactar, en condiciones particulares, el sometimiento de los conflictos a que dé lugar la presente póliza a tribunales de arbitramento que serán constituidos y funcionarán de conformidad con las normas pertinentes y Código de Comercio, y en especial por lo dispuesto en leyes 23 de 1991 y 446 de 1998 y los decretos 2279 de 1989 y 1818 de 1998 y demás normas que lo modifiquen o reemplacen.

DEFINICIONES

- Aborto: expulsión del feto y la placenta antes de la semana 24 de gestación, puede ser espontáneo ó provocado.
- Accidente: Para los efectos de este contrato se entiende por accidente el suceso de causa externa, violento, súbito y repentino, que dependiente o no de la voluntad del asegurado, genera una lesión corporal a una persona amparada por la presente póliza, durante la vigencia del seguro personal.
- Acto Médico o paramédico: Es aquel acto diagnóstico, terapéutico, rehabilitador o preventivo que dentro de la cobertura ejecute un médico o paramédico en el ejercicio de su actividad profesional a un paciente y que se ajusta a las disposiciones científicas y legales avaladas por las sociedades competentes.
- Acupuntura: es un método terapéutico que forma parte de la medicina tradicional china. Es una técnica reservada para los médicos diplomados en Acupuntura.
- Anexos: todos aquellos documentos que se emiten para modificar el presente seguro.

- **Anomalía congénita:** particularidad, irregularidad o estado contrario al orden natural orgánico de individuo producto de su información genética y su desarrollo embrionario.
- **Anorexia:** rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso.
- **Aparato Ortopédico:** elemento o aditamento que permite la inmovilización, movilización, mantenimiento de la estabilidad, corrección de posturas y/o deformidades, con el fin de contribuir a la cura ó corrección de la enfermedad o lesión.
- **Asegurado Principal:** Es el Titular del interés asegurable para sí o sus dependientes, siendo o no beneficiario de la póliza y que como titular del interés asegurable queda libre de los riesgos sobre los que versa la presente póliza.
- **Asistencia médica ambulatoria:** son los servicios médicos asistenciales que no generan pensión Hospitalaria.
- **Beneficiario Amparado:** es la persona que tiene derecho al pago de las indemnizaciones a consecuencia de una pérdida o tratamiento por la realización de una eventualidad amparada por el contrato de seguro, siempre y cuando la prima correspondiente al mismo esté efectivamente recaudada.
- **Bioenergética:** es una técnica terapéutica de trabajo energético-corporal. Basándose en la comprensión en profundidad de nuestros conflictos interiores.
- **Bulimia:** presencia de atracones recurrentes (ingesta de alimento en corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar o sensación de pérdida de control de la ingesta del alimento) y las conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso.
- **Campo Quirúrgico:** Es la parte del cuerpo humano sobre el cual se practica una intervención quirúrgica o procedimiento.
- **Chequeo general de rutina (chequeo ejecutivo):** Comprende las consultas médicas y exámenes generales y especiales de diagnóstico, sin un cuadro clínico establecido, con el único objeto de determinar un estado general de salud.
- **Clínica u hospital:** Establecimiento que reúne los requisitos legales para prestar atención en salud y que esté debidamente reconocido y registrado como tal, de acuerdo con las disposiciones legales. No se catalogan como tales las instituciones de Cuidados Intermedios.
- **Cobertura:** eventos amparados por la póliza.
- **Consulta Prioritaria:** Es aquella atención que por el estado clínico del asegurado debe ser prestada dentro de un periodo no mayor a veinticuatro (24) horas sin que constituya una urgencia vital que comprometa la vida del asegurado.
- **Complicación:** Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad sin ser propio de ella, agravándola generalmente.
- **Cuidador:** Persona que le presta ayuda a otra persona que por su condición física, mental, intelectual o sensorial, o por razones de edad, se encuentre limitada en su autonomía o independencia de manera temporal o permanente, generando la necesidad de atención de parte de otra persona para realizar las actividades esenciales de la vida diaria, así como actividades instrumentales como desplazamiento y ayuda para realizar trámites tendientes a satisfacer las necesidades básicas.
- **Deducible:** es el valor a cargo del beneficiario amparado por concepto de los servicios estipulados en la tabla de coberturas y sujeto a ajustes durante la vigencia, los deducibles no podrán ser asegurados ni reembolsados.
- **Enfermedad:** alteración del estado fisiológico en el ser humano. Evento que para los efectos de los amparos que otorga este contrato, se haya iniciado durante la vigencia del amparo personal.

- Enfermera(o): profesional que habiendo obtenido el título universitario correspondientemente, cumplan los requisitos legales para el ejercicio de su profesión y ejecute actividades específicas de enfermería.
- Enfermera(o) auxiliar: persona natural que, habiendo obtenido el título técnico correspondientemente, cumplan los requisitos legales para el ejercicio de su formación y ejecute actividades específicas de auxiliar de enfermería.
- Efectos colaterales tratamiento de cáncer: son efectos causados directamente por los medicamentos anticancerígenos o por los tratamientos de radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, braquiterapia o cualquier terapia en cobertura de la póliza utilizada para el tratamiento del cáncer. • Estupefaciente: sustancia narcótica y analgésica que causa hábito, altera las condiciones fisiológicas y psíquicas del paciente y produce estado especial de euforia.
- Exclusión: toda condición, evento, elemento no cubierto bajo la presente póliza.
- Extraprima: prima adicional que permite amparar las enfermedades, secuelas, complicaciones y recidivas declaradas y aceptadas por **La Compañía**.
- Fuera de red: médicos, profesionales de la salud, hospitales e instituciones médicas y paramédicas que no tienen convenio con **La Compañía**.
- Homeopatía: método terapéutico mediante el cual se trata el enfermo con remedios que, suministrados a un hombre sano en cantidades ponderales, provocaría síntomas similares a aquellos que hay que curar.
- Hospitalización: La permanencia en un hospital, para la atención médica de una enfermedad o accidente siempre que cause pensión hospitalaria o uso de sala de cirugía.
- Hospitalización domiciliaria: alternativa asistencial del área de salud, de carácter transitorio, que consiste en un modelo organizado, capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados de rango hospitalario, (tanto en calidad como en cantidad), a los pacientes en su domicilio cuando ya no precisan la infraestructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja de médicos y de enfermería tales como antibioticoterapia intravenosa, curaciones mayores y fototerapia para ictericia neonatal.
- Indemnizar: resarcir (reparar) los gastos incurridos por el Tomador y/o asegurado principal.
- Medicamentos: Son los preparados o sustancias clínicamente probadas como efectivas, reconocidas por el órgano regulador farmacéutico que se requieren para el tratamiento y/o estabilización de la condición médica o para compensar ciertas sustancias del organismo.
- Medicamento ambulatorio: son los medicamentos suministrados a pacientes que no se encuentran internados en una institución hospitalaria. • Médico y profesional de la salud: Las personas naturales que, habiendo obtenido el título universitario correspondientemente, cumplan los requisitos legales para el ejercicio de su profesión.
- Órtesis: dispositivo ortopédico que sirve para sostener, alinear o corregir deformidades y para mejorar la función del aparato locomotor.
- Paliativo: es la internación es para el paciente crónico somático que sufre un proceso incurable, cuyo tratamiento debe ser integral para mejorar su calidad de vida.
- Pandemia: Epidemia extendida a muchos países, o que ataca a casi todos los individuos de un país.
- Preexistencia: toda enfermedad afección o malformación que se inicie antes de la vigencia de esta cobertura, también se incluyen sus complicaciones recidivas o secuelas, aunque estas se manifiesten con posterioridad a la celebración del contrato y hayan sido declaradas o no en la solicitud del seguro.
- Prótesis: Son elementos que permiten reemplazar u optimizar la capacidad orgánica y funcional suprimida en un momento dado, de un órgano.

- Red: médicos, profesionales de la salud, hospitales e instituciones médicas y paramédicas que debido a un convenio con **La Compañía**, ofrecen su capacidad científica y técnica a nuestros asegurados. **La Compañía** se reserva el derecho de modificar la red y su disponibilidad para cada plan sin previo aviso.

- Retrasplante: Es la realización de un trasplante por segunda vez.

- SIDA: Para efectos del presente contrato se entiende por enfermo de SIDA: todo individuo que tenga una prueba serológica positiva para VIH confirmada con Western Blot y que tenga además un recuento total de células CD4 (medido mediante citometría de flujo), menor de 200/mml o un porcentaje de linfocitos totales CD4 menor de 14% y que tenga además cualquiera de las siguientes condiciones asociadas: candidosis de la traquea, bronquios o pulmones, candidosis de esófago, cáncer invasivo de cuello uterino, Coccidioidomycosis extrapulmonar o diseminada, Criptococosis extrapulmonar, Criptosporidiasis intestinal crónica (más de un mes de duración), Citomegalovirus (diferente de la infección hepato-esplénica o ganglionar), Citomegalovirus: retinitis (asociada con disminución de la agudeza visual), encefalopatía relacionada con VIH, Herpes simple, úlcera (s) crónica (s), de más de un mes de duración; o bronquitis, neumonitis o esofagitis, Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar, Isosporiasis intestinal crónica (más de un mes de duración), leucoencefalopatía multilocal progresiva, Linfoma de Burkitt, Linfoma inmunoblástico, Linfoma primario del cerebro, Mycobacterium avium - intracellulare o Mycobacterium Kansasii, diseminadas o extrapulmonares, Mycobacterium tuberculosis, en cualquier sitio (pulmonar o extrapulmonar), Mycobacterium otras especies identificadas o no, diseminadas o extrapulmonares, Neumonía linfoide intersticial y/o hiperplasia pulmones linfoidea, neumonía P. Carini, neumonías bacterianas recurrentes, salmonella (no tifoidea), Sarcoma de Kaposi, Síndrome de consunción causado por VIH, Toxoplasmosis cerebral.

Definición para menores de 14 años:

- Para los individuos menores de 14 años, el recuento total de células CD4 (medido mediante citometría de flujo) deberá ser menor de:

- 750/mm³: para niños menores de 1 año.

- 500/mm³: para niños con edades entre 1 y 5 años.

- 200/mm³: para niños con edades entre 5 y 14 años.

- Todo niño mayor de 15 meses con una prueba serológica positiva para VIH confirmada con Western Blot y que tenga las condiciones ya citadas para los mayores de 14 años, más infecciones bacterianas recurrentes (más de dos episodios de sepsis, neumonía o meningitis).

- Todo niño menor de 15 meses con cultivo positivo o evidencia de infección por VIH por prueba de polimerización en cadena, más las condiciones clínicas citadas en el aparte del individuo mayor de 14 años.

- SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.

- SMDLV: Salario Mínimo Diario Legal Vigente.

- Sustancia psicotrópica: toda sustancia natural o sintética que provoca adicción en el organismo tanto física como psicológica.

- Sustancia neuroléptica: medicamentos usados para el tratamiento de la psicosis, otros trastornos psiquiátricos y como analgésicos adyuvantes.

- Tomador: La persona natural o jurídica que contrata el seguro, a la cual se encuentra vinculado el asegurado principal y que obrando por cuenta propia, traslada los riesgos.

- Unidad de Cuidados Intensivos: Es el lugar de cuidado especializado intrahospitalario, dotado con recursos humanos idóneos y equipos especiales, donde se presta atención permanente al paciente crítico y acorde con las disposiciones legales vigentes.

- Urgencias: Es la alteración física y/o psiquiátrica dictaminada por un médico producida por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la atención inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. La urgencia en todos los casos debe ser atendida en una institución hospitalaria, que en los servicios que ofrece contemple el servicio de urgencia.

SURA



Contrato Plan Complementario EPS SURA

El poder de cuidarlos más

EPS | **sura** 



CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN I – OBJETO

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A., que en el presente contrato se llamará EPS SURA, se obliga para con quienes aparecen en el contrato y se denominan los beneficiarios, a cubrir exclusivamente por medio de los profesionales e instituciones adscritas, los servicios de salud previstos en el Plan Complementario EPS SURA, de acuerdo con la disponibilidad y oferta de cada uno de ellos, con fundamento en las cláusulas y términos contenidos en el presente contrato.

SECCIÓN II – OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y DE LOS BENEFICIARIOS

OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

1. Tramitar en su totalidad el formulario de afiliación, declarando de forma veraz el estado de salud de los solicitantes y demás preguntas realizadas en dicho formulario.
2. Solicitar la afiliación al presente contrato, de todo su grupo familiar básico afiliado al Plan Obligatorio de Salud, Régimen Contributivo.
3. Garantizar la afiliación del contratante y todo su grupo familiar al Sistema de Seguridad en Salud durante todo el transcurso del contrato.
4. Pagar de forma anticipada el precio o valor correspondiente al contrato según la periodicidad del mismo, incluyendo los impuestos que lo graven.
5. Cancelar a los médicos y/o instituciones en convenio, el costo del copago para acceder a aquellas coberturas que así lo estipulan.
6. Autorizar a EPS SURA, ante cualquier persona natural o jurídica para tener acceso a la historia clínica y médica, cuando esta así lo requiera con motivo de una reclamación o solicitud de servicios que afecte el presente contrato.

OBLIGACIONES DE LOS BENEFICIARIOS

Permanecer afiliados al Plan Obligatorio de Salud de EPS SURA, Régimen Contributivo.

1. CONTRATANTE: Es la persona natural o jurídica que celebra para sí misma y/o sus familiares y/o trabajadores el presente contrato, y es por lo tanto responsable de las obligaciones contractuales y legales derivadas del presente acuerdo.

2. AFILIADO: En los contratos colectivos es la persona natural que tiene el carácter de cabeza de familia.

3. BENEFICIARIO: Es la persona natural que adquiere el derecho de beneficiarse de los servicios objeto del presente contrato y es responsable de las obligaciones que para él se deriven del mismo.

4. PROFESIONAL ADSCRITO: Es la persona natural acreditada conforme con la ley, para ejercer cualquiera de las profesiones relacionadas con la salud y la medicina, en todas sus diferentes modalidades y especialidades, a través de la cual los beneficiarios reciben la atención médica, quirúrgica o científica en virtud del convenio que EPS SURA tiene con ellos.

5. ENTIDAD ADSCRITA: Es la institución dedicada a la prestación de los servicios de salud en sus diferentes modalidades y especialidades, a través de la cual los beneficiarios reciben la atención médica, quirúrgica o científica en virtud del convenio que EPS SURA tiene con ellos.

PARÁGRAFO: Para efectos de lo mencionado en las definiciones 4 y 5, tanto los profesionales adscritos como las instituciones adscritas deben hacer parte del directorio que para el efecto establezca EPS SURA.

6. URGENCIA: Es el estado de salud que hace necesaria la atención médica inmediata, por encontrarse el beneficiario en riesgo de muerte o proceso rápido de agravamiento, como consecuencia de una enfermedad o accidente.

7. TRATAMIENTO HOSPITALARIO: Es el ingreso a una institución hospitalaria con una duración superior a 24 horas, para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico.

8. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES: Son aquellas enfermedades, defectos o condiciones de salud existentes con anterioridad al ingreso del beneficiario al presente contrato, o que por efectos tardíos de dichos estados, se manifiestan con posterioridad a la celebración del contrato.

9. COBERTURA: Es el conjunto total de servicios consignados en este contrato que EPS SURA se compromete a otorgar a los beneficiarios, siempre y cuando

no correspondan a enfermedades preexistentes, exclusiones e inhabilidades del contrato.

605

594

10. PERÍODO DE CARENCIA: Es el período mínimo de permanencia exigido al beneficiario para que pueda acceder a los servicios ofrecidos en el presente contrato.

11. CUOTAS MODERADORAS POS: Son los aportes en dinero que tienen como objeto regular la utilización de los servicios de salud y estimular su buen uso. Deben ser pagadas por los cotizantes y beneficiarios al Sistema de Seguridad Social en Salud, Régimen Contributivo.

12. COPAGOS POS: Son los aportes en dinero que hacen los beneficiarios y corresponden a una parte del valor del servicio y tienen como finalidad ayudar a financiar el Sistema de Seguridad Social en Salud, Régimen Contributivo.

13. COPAGO PLAN COMPLEMENTARIO: Es el aporte en dinero a cargo del beneficiario y que corresponde a una parte del valor del servicio cuando hace uso de las coberturas del Plan Complementario de Salud.

14. PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD: Es un plan de atención complementaria del Plan Obligatorio de Salud adquirido por el contratante, que le garantizarán a este y a los beneficiarios del mismo, la atención en el evento de requerirse, de actividades, procedimientos o intervenciones excluidas del Plan Obligatorio de Salud, o que le garantizarán condiciones adicionales de acceso, tecnología o de hotelería en la prestación de un servicio incluido en el Plan obligatorio de Salud, siempre y cuando hayan sido contratadas expresamente.

SECCIÓN IV – EXCLUSIONES

1. Enfermedades y/o padecimientos congénitos o preexistentes al ingreso del beneficiario al Plan Complementario de Salud.

2. Mamoplastia de cualquier tipo, excepto la cirugía reconstructiva como consecuencia de cáncer.

3. Cirugía plástica y cirugía estética.

4. Tratamientos para la infertilidad e infecundidad. Ligadura de trompas. Vasectomía. Inserción o retiro de dispositivos. Fecundación in vitro. Inseminación artificial.

5. Patologías del feto. Aborto provocado, sus secuelas y complicaciones. Pruebas genéticas.

6. Tratamientos para la desintoxicación y/o rehabilitación de alcoholismo o drogadicción.

606

595

7. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos para la obesidad de cualquier tipo, incluyendo la obesidad mórbida. By pass gástrico.

8. Órtesis, aparatos ortopédicos, medias elásticas, corsés, fajas, plantillas, zapatos ortopédicos, sillas de ruedas.

9. Lentes de contacto, lentes multifocales, audífonos, cardiodesfibrilador, resincronizador cardiaco, estimulador de médula espinal, prótesis.

10. Trasplante de órganos, excepto el renal, de médula espinal, córnea y corazón.

11. Tratamiento hospitalario y ayudas diagnósticas para enfermedades psicológicas o psiquiátricas, enfermedades mentales, estados de demencia, estados depresivos, trastornos del sueño, reposo o descanso. Excepto los tratamientos psiquiátricos hospitalarios para el manejo de las crisis agudas, limitado a un máximo de treinta (30) días calendario por vigencia anual.

12. Atención odontológica, incluyendo las prótesis dentales.

13. Tratamientos de refracción visual. Queratocono.

14. Tratamientos para patologías de la articulación temporomandibular. Trastornos de la mordida o trastornos del desarrollo mandibular o maxilar.

15. Tratamientos hospitalarios, cuando el beneficiario se encuentre en estado de coma irreversible.

16. Tratamientos hospitalarios y/o ambulatorios como consecuencia de deportes o actividades recreativas denominadas de alto riesgo y/o extremas.

17. Tratamientos médicos hospitalarios o ambulatorios como consecuencia de accidentes de tránsito, accidentes de trabajo o enfermedad profesional.

18. Tratamientos médicos hospitalarios o ambulatorios realizados fuera de Colombia.

19. Medicamentos prescritos para un tratamiento hospitalario o ambulatorio.

20. Honorarios quirúrgicos, excepto los correspondientes a la atención del parto.

21. Los tratamientos y coberturas médico asistenciales no cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud, Régimen Contributivo.

22. Las coberturas médico asistenciales NO POS, que no estén descritas o previstas expresamente dentro de las coberturas del presente Plan Complementario.

Los beneficiarios tendrán derecho a acceder a las coberturas ofrecidas por este plan, una vez transcurrido el período de carencia establecido para cada cobertura, el cual tendrá.

- Ayudas diagnósticas por imagenología NO POS: sesenta (60) días contados a partir de la fecha de ingreso del asegurado al presente contrato.
- Habitación individual para tratamientos hospitalarios médicos o quirúrgicos: Ciento cincuenta (150) días contados a partir de la fecha de ingreso del asegurado al presente contrato.
- Atención del parto: trescientos (300) días, contados a partir de la fecha de ingreso del asegurado al presente contrato.

El resto de coberturas ofrecidas por el presente Plan Complementario no están sujetas a período de carencia.

SECCIÓN VI – COBERTURAS

Las coberturas incluidas dentro del presente contrato son complementarias a las coberturas ofrecidas por el Plan Obligatorio de Salud, Régimen Contributivo y operan en exceso o en complemento de este, por lo tanto, para tener derecho a las prestaciones debe estar vigente el POS y el evento debe ser consecuencia directa y exclusiva de una enfermedad originada o accidente ocurrido durante la vigencia del presente contrato y la prestación o servicio se brinde estando vigente este. La autorización emitida y no ejecutada dentro de la vigencia del mismo, perderá su validez por no encontrarse vigente el Plan Complementario.

EPS SURA se obliga para con los beneficiarios a pagar directamente a los profesionales y a las entidades adscritas el valor de los servicios que hagan parte de las coberturas del contrato. Es por ello que EPS SURA asume una obligación dineraria consistente en el pago de la suma de dinero en favor del profesional o institución adscrita, según los términos convenidos entre ellos y EPS SURA.

Los servicios objeto del presente contrato serán prestados únicamente en las ciudades donde EPS SURA tenga profesionales y entidades adscritas o en convenio para este contrato, las cuales serán indicadas en el Directorio Médico y de Instituciones dado a conocer a los contratantes y beneficiarios.

PARÁGRAFO: EPS SURA no asume obligación alguna por servicios no previstos expresamente en el texto del presente contrato o que no hayan sido contratados

608 por el contratante y/o afiliado. Tampoco se asume obligación por servicios prestados por profesionales o instituciones de la salud no incluidas en la red de atención definida en el Directorio Médico y de Instituciones. Adicionalmente se deja constancia de que de las coberturas aquí estipuladas no se derivan beneficios complementarios o auxiliares.

597

1. COBERTURAS HOSPITALARIAS

1.1 HABITACIÓN INDIVIDUAL

Se reconocerá el costo de la habitación individual, en exceso del costo de la cobertura ofrecida por el Plan Obligatorio de Salud.

1.2 HONORARIOS QUIRÚRGICOS POR LA ATENCIÓN DEL PARTO

Se reconocerán los honorarios del ginecoobstetra por la atención del parto, siempre y cuando se haya contratado esta cobertura.

1.3 AYUDAS DIAGNÓSTICAS POR IMAGENOLÓGÍA NO AMPARADAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

1.4 COBERTURA DE LOS COPAGOS DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

Se reconocerá en favor del beneficiario el costo de los copagos originados por la atención prestada por el Plan Obligatorio de Salud.

2. COBERTURAS AMBULATORIAS - NO HOSPITALARIAS

2.1 CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

El asegurado podrá acceder de forma directa a las especialidades médicas contratadas en su plan de beneficios, descritas en la carátula del contrato. Esta cobertura está sujeta al copago del Plan Complementario, de acuerdo con el valor informado en la carátula del contrato.

2.2 ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA

Esta cobertura está sujeta al copago del Plan Complementario, de acuerdo con el valor informado en la carátula del contrato.

El servicio de Atención Médica Domiciliaria se prestará únicamente dentro del área de cobertura definida por el proveedor de este servicio.

El área de cobertura se informará a los usuarios de acuerdo con su ubicación geográfica.

2.3 AYUDAS DIAGNÓSTICAS POR IMAGENOLÓGÍA NO AMPARADAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

Esta cobertura está sujeta al copago del Plan Complementario, de acuerdo con el valor informado en la carátula del contrato.

Se reconocerá a favor del beneficiario el costo de las cuotas moderadoras originadas por la atención prestada por el Plan Obligatorio de Salud, única y exclusivamente por los siguientes servicios: Consulta Externa Médica y Exámenes de Laboratorio Clínico y Ayudas Diagnósticas por Imagenología.

SECCIÓN VII - LOS BENEFICIARIOS

Serán beneficiarios del presente contrato el contratante y los integrantes del grupo familiar básico del contratante afiliado al Plan Obligatorio de Salud, Régimen Contributivo, para lo cual el contratante o afiliado deberá solicitar su inclusión al presente contrato. Para tales efectos, EPS SURA podrá exigir la presentación previa de los exámenes médicos de ingreso que considere necesarios previo consentimiento del contratante.

Parágrafo: Inclusión automática del recién nacido: El recién nacido tendrá derecho a ser incluido de forma automática a partir de la fecha de su nacimiento, sin necesidad de que se realice evaluación de ingreso, siempre y cuando la madre biológica sea la cónyuge del cotizante y haya estado afiliada al contrato por un período mínimo y continuo de 300 días calendario anteriores al parto. El afiliado deberá cancelar la cuota correspondiente al nuevo beneficiario desde el momento de la afiliación.

2. EXCLUSIÓN O RETIRO DE BENEFICIARIOS

El contratante o el afiliado deberán solicitar a EPS SURA, el retiro de los beneficiarios que dejen de pertenecer a su grupo familiar básico del Plan Obligatorio de Salud, Régimen Contributivo, mediante comunicación escrita entregada en las oficinas de EPS SURA.

En los contratos con periodicidad de pago semestral o anual se reintegrará el valor de las mensualidades completas no causadas y pagadas efectivamente por cada beneficiario. En los contratos de tipo mensual no habrá lugar al reintegro de dinero.

SECCIÓN VIII - PRECIO – VIGENCIA Y AJUSTE DE TARIFAS

1. PRECIO. Por las coberturas pactadas en el presente contrato y durante el año de su vigencia, el contratante se obliga a pagar a EPS SURA, por períodos anticipados, en sus oficinas o a sus representantes autorizados, la suma de dinero correspondiente a la tarifa vigente que se indica en la carátula del contrato.

2. VIGENCIA. El presente contrato tiene vigencia de un año calendario. Una vez finalizada su vigencia se renovará por períodos iguales al inicialmente pactado, a menos que medie incumplimiento por parte del contratante, evento en el cual se podrá dar por terminado el contrato, de forma unilateral.

3. AJUSTE DE TARIFAS. La tarifa a cobrar por cada beneficiario, al inicio de una nueva vigencia anual, será la establecida y previamente publicada por EPS SURA, con base en los rangos de edad bajo los cuales ha sido calculada.

- Rangos de edad para contratos familiares: 0-40, 41-50, 51-59, 60-70, 71 o más años.
- Rangos de edad para contratos colectivos: 0-59, 60 o más años.

Cuando cualquiera de los beneficiarios cumpla la edad correspondiente a cualquiera de los rangos de edad definidos para este contrato, se ajustará el precio correspondiente al beneficiario, de acuerdo con las tarifas vigentes para tal grupo de edad. El reajuste se hará efectivo en la fecha de la siguiente renovación.

SECCIÓN IX – SUSPENSIÓN Y REACTIVACIÓN DE LAS COBERTURAS

Cuando el contratante incurra en mora con respecto a la fecha límite de pago relacionada en la factura de cobro, la cual ha sido enviada a la última dirección conocida del contratante, EPS SURA suspenderá inmediatamente las coberturas del presente contrato a los beneficiarios.

Los servicios solo serán restablecidos cinco (5) días calendario después del pago de la cuota, siempre y cuando la mora no haya sido mayor a treinta (30) días y el contrato no haya sido cancelado por EPS SURA.

SECCIÓN X - TERMINACIÓN DEL CONTRATO O DE LA VIGENCIA DEL BENEFICIARIO

Este contrato podrá darse por terminado unilateralmente, además de las causas estipuladas en el Código de Comercio, en los siguientes casos:

1. POR PARTE DE EPS SURA

1.1 EPS SURA notificará por escrito al contratante sobre la cancelación del contrato, posterior al día treinta (30), de mora en el pago del valor del contrato, con respecto a la fecha límite de pago relacionada en la factura de cobro, la cual ha sido enviada a la última dirección conocida del contratante.

1.2 Sin antelación en tiempo alguno cuando se compruebe falseamiento, inexactitud u omisión en las declaraciones dadas por el contratante o cualquiera de los beneficiarios en la solicitud de afiliación o a los profesionales adscritos.

1.3 Cuando cualquiera de los beneficiarios pertenecientes al grupo familiar del afiliado al Plan Obligatorio de Salud, se excluya o retire del presente contrato, dada la finalidad de la misma consistente en cubrir a todos los miembros del grupo familiar básico del cotizante.

1.4 Cuando cualquiera de los beneficiarios deje de cotizar al POS.

2. POR PARTE DEL CONTRATANTE

En cualquier tiempo mediante comunicación escrita dirigida y entregada en las oficinas de EPS SURA con no menos de 30 días de antelación a la fecha en que el contrato inicie una nueva mensualidad. En los contratos con periodicidad de pago mensual no habrá derecho a reintegro de dinero y en los de pago semestral y anual se reintegrará el valor de las mensualidades completas no causadas por él o la totalidad de los beneficiarios retirados.

SECCIÓN XI – MODIFICACIÓN DEL CONTRATO

Cualquier modificación al contrato mientras esté vigente, solo podrá hacerse de común acuerdo, por escrito entre las partes.

EPS | **sura** 

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
www.epssura.com/plancomplementario





SEGUROS DE SALUD
Plan 100



CONDICIONES GENERALES DE ASISTENCIA MEDICA, QUIRURGICA Y HOSPITALARIA

SECCION I

OBJETO:

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A., se obliga para con quienes aparecen en el contrato y se denominan los contratantes y/o usuarios inscritos, a cubrir por medio de los profesionales e instituciones adscritas, los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; consulta externa, general y especializada, en medicina diagnóstica y terapéutica; hospitalización; urgencias; cirugía y exámenes diagnósticos, con fundamento en las cláusulas y términos contenidos en el presente clausulado. De las coberturas estipuladas no se derivan beneficios complementarios o auxiliares.

SECCION II

DEFINICIONES:

PRIMERA: CONTRATANTE. Es la persona natural que celebra para sí misma y/o para sus familiares, un contrato de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria; o la persona jurídica que celebra para sus trabajadores o asociados, un contrato de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria.

SEGUNDA: USUARIO. Es aquella persona natural que ha adquirido el derecho de beneficiarse de las coberturas que ofrece el programa de EPS-SURA, por encontrarse inscrita dentro de un contrato vigente.

TERCERA: PROFESIONAL ADSCRITO. Conforme con lo establecido en el artículo 1 numeral 4 del Decreto 1570 de 1993 modificado por el Decreto 1486 de 1994, se entiende por éste la persona natural acreditada conforme con la ley, para ejercer cualquiera de las profesiones relacionadas con la salud y la medicina, en todas sus diferentes modalidades y especialidades, a través de la cual los usuarios reciben la atención médica, quirúrgica o científica a cuya mención se refieren las entidades que regula el presente decreto.

CUARTA: ENTIDAD ADSCRITA. Conforme con lo establecido en el artículo 1 numeral 3 del Decreto 1570 de 1993 modificado por el Decreto 1486 de 1994, se entiende por ésta, la institución dedicada a la prestación de los servicios de salud en sus diferentes modalidades y especialidades, a través de la cual los usuarios reciben atención médica, quirúrgica o científica a cuya gestión se comprometen las entidades que regulan el mencionado decreto.

PARAGRAFO: Para efectos de lo mencionado en las definiciones 3a y 4a, tanto los profesionales adscritos como las instituciones adscritas deben hacer parte del directorio que para el efecto establezca EPS-SURA.

QUINTA: URGENCIA. Es aquella situación que hace necesaria la atención médica inmediata, por encontrarse el usuario en riesgo de muerte o proceso rápido de agravamiento, por efecto súbito de enfermedad o lesión.

SEXTA: PREEXISTENCIAS. Son aquellas enfermedades, defectos o condiciones de salud, que existen con anterioridad al momento del ingreso a EPS-SURA, o que por efectos tardíos de dichos estados, se manifiestan con posterioridad a la celebración del contrato.

SEPTIMA: MEDICINA PREVENTIVA. Son las actividades que EPS-SURA aplicará para mantener y prevenir el deterioro del estado de salud de sus usuarios.

OCTAVA: PEQUEÑA CIRUGIA. Entiéndese por pequeña cirugía aquel procedimiento que no requiere uso de quirófano, realizado en sala de urgencias o en el consultorio.

NOVENA: COBERTURA. Es el conjunto total de servicios consignados en este clausulado que EPS-SURA se compromete a cubrir a los usuarios, siempre y cuando no correspondan a enfermedades preexistentes.

SECCION III

LOS USUARIOS:

DECIMA: PERSONAS ELEGIBLES PARA INGRESAR AL PROGRAMA. Pueden ingresar al programa de EPS-SURA, las personas desde un (1) mes de nacidas hasta los sesenta y cinco (65) años cumplidos, siempre y cuando tengan alguno de los siguientes vínculos con el contratante en plan familiar, o cabeza de hogar en plan colectivo: primer grado de afinidad, hasta segundo de consanguinidad o primero civil, ser cónyuge o compañero (a) permanente y tener dependencia económica; además cumplir con los requisitos médicos establecidos por EPS-SURA. Los hijos y hermanos del cabeza del hogar podrán permanecer dentro del contrato hasta cuando contraigan matrimonio o cumplan 30 años las mujeres y 25 los hombres. En cualquiera de estos dos (2) eventos podrán solicitar a EPS-SURA, la continuación en la prestación de los servicios, mediante la celebración de un contrato distinto al del contratante inicial, a las tarifas vigentes para los nuevos usuarios, dentro de los treinta (30) días calendarios posteriores al evento, manteniendo así su antigüedad para las coberturas que tenían.

Las personas que pertenecen a un plan de EPS-SURA, al retirarse de éste, tendrán la opción de contratar otro, a las tarifas vigentes para los nuevos usuarios, dentro de los diez (10) días calendario, posteriores al evento del retiro, sin perder su antigüedad para las coberturas que tenían.

DECIMA PRIMERA: INCLUSION DE NUEVOS USUARIOS DENTRO DEL CONTRATO. El contratante podrá solicitar la inclusión de nuevos usuarios a su contrato, siempre que estos cumplan con los vínculos de edad, familiaridad y dependencia exigidos por EPS-SURA, diligenciando para este efecto la solicitud de afiliación correspondiente, quedando EPS-SURA facultada para aceptar o rechazar dichas solicitudes. El ingreso será el día en que el contrato inicie una nueva mensualidad en su vigencia y a las tarifas que estén

vigentes para contratos nuevos al momento de la inclusión.

DECIMA SEGUNDA: EXCLUSION O RETIRO DE USUARIOS DEL CONTRATO. El contratante podrá en cualquier momento solicitar a EPS-SURA, el retiro de uno o varios usuarios del contrato, mediante comunicación escrita entregada en las oficinas y acompañada de las respectivas credenciales. El retiro se hará efectivo a partir de la fecha de la solicitud. En los contratos de tipo mensual, no hay opción de reintegro de dinero. En los de pago semestral y anual se reintegrará el valor de las doceavas completas no causadas por cada usuario retirado.

El contratante está obligado en este caso, a devolver a EPS-SURA las credenciales de los usuarios retirados y se responsabilizará por el costo de los servicios prestados con la utilización de dichas credenciales, entre el momento en que surta efecto el retiro y el momento en que EPS-SURA reciba las credenciales.

EPS-SURA, podrá abstenerse de admitir o excluir uno o más usuarios de un contrato en los siguientes casos:

1. Cuando compruebe el mal uso de los servicios. Esto incluye:
 - Utilización de servicios de urgencia por motivos que no acojan a la definición de la cláusula cuarta.
 - Mal trato al personal de EPS-SURA, o al equipo médico.
 - No anunciar la pérdida de la credencial en las primeras 24 horas de la ocurrencia.
 - Uso de la credencial, hallándose suspendida la cobertura de las prestaciones por mora en los pagos.
 - No asistirá más de dos citas sin cancelarlas con previa anticipación.
 - Permitir el uso de la credencial a terceros.

2. Cuando a causa de no seguir las instrucciones del médico, ponga en peligro la salud.
3. Al comprobarse falsedad, omisión, reticencia, o inexactitud en la información registrada en la solicitud de afiliación, en las solicitudes de reembolso, o a los profesionales adscritos.
4. Cuando el usuario solicite al profesional adscrito modificar de manera anómala los informes de tipo asistencial requeridos por EPS-SURA.

SECCION IV COBERTURA:

DECIMA TERCERA: MEDICINA PREVENTIVA. Con el objeto de poder desarrollar un programa eficiente de medicina preventiva en el cual participen con el mismo interés el médico y los usuarios; estos últimos, siempre y cuando les sea requerido, se comprometen a asistir a consulta con el profesional de la salud asignado por EPS-SURA.

DECIMA CUARTA: A partir de la fecha de incorporación al contrato y durante su permanencia, EPS-SURA cubrirá a todos los usuarios la prestación de los siguientes servicios en consultorios e instituciones de salud adscritos.

1. CONSULTA EXTERNA:

- 1.1 Bioenergética (máximo 5 consultas año usuario).
 - 1.2 Cardiología
 - 1.3 Dermatología
 - 1.4 Endocrinología
 - 1.5 Fisiatría
 - 1.6 Gastroenterología
 - 1.7 Geriátría
 - 1.8 Ginecología
 - 1.9 Hematología
 - 1.10 Medicina Interna
 - 1.11 Nefrología
 - 1.12 Neumología
 - 1.13 Neurología
 - 1.14 Neurocirugía
 - 1.15 Nutrición y Dietética (remitida por médico adscrito)
 - 1.16 Obstetricia
 - 1.17 Oftalmología
 - 1.18 Ortopedia
 - 1.19 Otorrinolaringología
 - 1.20 Pediatría
 - 1.21 Psiquiatría
 - 1.22 Reumatología
 - 1.23 Traumatología
 - 1.24 Urología
 - 1.25 Oncología
 - 1.26 Medicina General
2. Exámenes de laboratorio clínico y de patología.
 3. Radiografías simples (que no requieran medios de contraste). Ecografías (excepto ecocardiogramas).
 4. Transfusiones de sangre o plasma: El acto médico y los equipos correrán a cargo de EPS-SURA, más no la consecución de la sangre, plasma o sus derivados.
 5. Urgencias (ambulatoria, hospitalaria y/o quirúrgica). Esto también incluye cuidados intensivos por máximo veinte (20) días y exámenes y procedimientos complementarios durante la atención hospitalaria o quirúrgica.
 6. Electrocardiogramas, electroencefalograma.
 7. Pequeña cirugía (descritas en cláusula séptima).
 8. Oxigenoterapia. Terapia respiratoria (hasta 30 sesiones al año).
 9. Endoscopia digestiva y respiratoria, previa autorización de EPS-SURA.

En el evento de presentarse cualquiera de las situaciones anotadas, EPS-SURA al excluir uno o varios de los usuarios de un contrato, enviará comunicación escrita certificada a la última dirección registrada del contratante, sin necesidad de que medie antelación alguna en tiempo. El procedimiento de reliquidación de cuotas sería el mismo utilizado en el caso de retiro voluntario.

10. Ambulancia: Este servicio será cubierto, para el traslado del usuario desde cualquier lugar dentro de la ciudad al centro asistencial, siempre que el estado del enfermo sea de urgencia (cláusula quinta). En caso de utilización de este servicio por urgencia, se deberá notificar de este hecho a EPS-SURA dentro de los dos (2) días hábiles siguientes y se hará el reembolso, de acuerdo con las tarifas establecidas por EPS-SURA.

DECIMA QUINTA: LA ASISTENCIA HOSPITALARIA, QUIRÚRGICA, EXAMENES Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS. Transcurrido el período de carencia correspondiente a los cinco (5) primeros meses, es decir ciento cincuenta días (150) de antigüedad ininterrumpida de la incorporación de cada usuario al contrato, EPS-SURA se obliga a las siguientes coberturas, previa autorización escrita de EPS-SURA, y con la respectiva orden del médico tratante:

1. EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS COMPLEMENTARIOS:

Arteriografías, artrografías, artroscopia, audiometría, campos visuales, cateterismo, colposcopias, ecocardiogramas, estudios radiológicos de columna completos, electromiografías, estudios electrofisiológicos cardíacos, exámenes radiológicos que ameriten medios de contraste, gamagrafías, laparoscopias, monitoria fetal en parto y parto, potenciales evocados, pruebas de esfuerzo, pruebas funcionales del riñón, hígado, pulmón, rayos láser para tratamiento de retina, test de Holter, tomografías, urografías, ventriculografías.

En caso de procedimientos ambulatorios, sobre el valor total de los elementos desechables, sondas catéteres, electrodos, campos y medios de contraste, etc., requeridos para estos exámenes, se reconocerá hasta por un valor equivalente a un salario mínimo legal mensual vigente, no acumulable año a año, y como suma máxima por anualidad.

2. ASISTENCIA QUIRÚRGICA ELECTIVA EN:

- 2.1 Cirugía General
 - 2.2 Cirugía Ginecológica
 - 2.3 Cirugía Otorrinolaringología
 - 2.4 Cirugía Oftalmológica
 - 2.5 Cirugía Ortopédica
 - 2.6 Cirugía Urológica
 - 2.7 Cirugía Cardiovascular y Vascular Periférica
 - 2.8 Cirugía Torácica
 - 2.9 Cirugía Plástica Reparadora o Reconstructiva (sólo por trauma o lesión ocurrida durante la vigencia del contrato).
 - 2.10 Cirugía Pediátrica
 - 2.11 Neurocirugía
- ### 3. ATENCION HOSPITALARIA:
- Comprende la atención médica-hospitalaria y será cubierta a los usuarios que lo requieran, en habitación sencilla individual y en las instituciones adscritas, sin límites de días, con las siguientes excepciones:
- 3.1. **Atención para observación:** Cuando la hospitalización sea para observación, tendrá, derecho dentro del límite anual, a un máximo de seis (6) días.
 - 3.2. **Atención en Unidad de Cuidados intensivos:** Este servicio será cubierto por un total máximo de veinte (20) días año contrato, no acumulables año a año.
 - 3.3. **Atención psiquiátrica:** Sólo se facilitará para los tratamientos de brotes agudos que sean reversibles, quedando tal hospitalización

limitada a un periodo máximo de treinta (30) días año contrato, no acumulables año a año.

- 3.4. **Atención médica, hospitalaria y quirúrgica para pacientes quemados, o en estado comatoso, o con respiración asistida o trasplantados:** Esta tendrá un límite máximo de treinta (30) días año contrato, no acumulables año a año.

En ninguna hospitalización se reconocerán los gastos de teléfono de la habitación, ni los gastos de alimentación y cama del acompañante. Esta última sólo será cubierta cuando el paciente sea menor de doce (12) años de edad.

4. SERVICIOS ESPECIALES COMPLEMENTARIOS

- 4.1. **Anestesiología y reanimación.**
- 4.2. **Ortótica, terapia del lenguaje, fisioterapia:** Este servicio se cubrirá en régimen ambulatorio si el caso lo requiere, para enfermedades reversibles y susceptibles de ser tratadas por tales procedimientos, con un máximo de treinta (30) sesiones año contrato, no acumulables año a año.
- 4.3. **Hemodiálisis y diálisis peritoneal:** Este servicio se cubrirá en casos agudos, quedando excluidas las afecciones crónicas.

DECIMA SEXTA: ATENCION PRENATAL Y OBSTETRICA.

ATENCION PRENATAL: Consultas, exámenes de laboratorio clínico y ecografías. Se cubrirá este servicio exclusivamente a la titular del plan familiar o cabeza de hogar, en plan colectivo a la cónyuge o compañera del contratante o del cabeza de hogar, hayan o no ingresado en embarazo.

ATENCION POR ABORTO Y PARTO PREMATURO: Atención médica y hospitalaria a la titular en el plan familiar o cabeza de hogar en el plan colectivo, cónyuge o compañera del contratante o del cabeza de hogar, siempre y cuando la concepción haya sido posterior al momento de vinculación a EPS-SURA. En los casos de parto prematuro con menos de 35 semanas de gestación, se cubrirá al hijo la atención médica y hospitalaria, sólo por prematuridad y hasta los (20) primeros días de nacido.

ATENCION OBSTETRICA: La usuaria titular del plan familiar o cabeza de hogar del plan colectivo, cónyuge o compañera del contratante o del cabeza de hogar, gozará de este servicio siempre y cuando hubiere estado vinculada a EPS-SURA por un período mínimo y continuo de 300 días, inmediatamente anteriores a la terminación

del embarazo. En contratos de un sólo usuario, para gozar de esta cobertura deben transcurrir 300 días después del ingreso y permanencia de otro usuario.

DECIMA SEPTIMA: TUMORES. En tumores benignos o malignos, en lesiones premalignas y malignas transcurridos doce meses (12) de antigüedad ininterrumpida de la incorporación del usuario al contrato, EPS-SURA se obliga a cubrirle los siguientes servicios:

1. **Tratamiento Quimioterápico:** EPS-SURA, previa autorización, cubrirá o costeará por reembolso la medicación antitumoral que requiera el usuario. Queda entendido que para dicho tratamiento, EPS-SURA cubrirá sólo los productos farmacéuticos, específicamente citostáticos y hormonales debidamente autorizados y que se expendan legalmente en el mercado nacional. Todos los demás medicamentos y procedimientos domiciliarios serán por cuenta del usuario.
Hemodiálisis y diálisis peritoneal: Este servicio se cubrirá en casos agudos, quedando excluidas las afecciones crónicas.
2. Radioterapia, radiumterapia, cobaltoterapia y acelerador lineal.
3. Tratamiento quirúrgico.
4. Hospitalización.

DECIMA OCTAVA: TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS. Patologías y cirugías que sólo se cubrirán después de un año de vinculación ininterrumpida en el contrato siempre y cuando no sean preexistencias: cataratas, pterigios, úlcera gástrica o duodenal, reflujo gastroesofágico, cálculos renales, de vesícula y vías biliares, hernias, miomas, quistes ováricos, hipertrofia prostática, prolapso, várices, juanetes, hernias de la columna, cirugías de amígdalas, adenoides, meniscos, tímpanos.

Rinoseptoplastia: Los casos urgentes deben ser reportados para su cobertura dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la urgencia.

DECIMA NOVENA: TRANSPLANTES. EPS-SURA cubrirá específicamente el acto quirúrgico, la atención médica y hospitalaria por un máximo de 30 días, no acumulable año a año, después de cinco años de vinculación ininterrumpida del usuario, exclusivamente para córnea y riñón, limitada al usuario receptor.

SECCION V

LIMITACIONES CONTRACTUALES:

- VIGESIMA: EXCLUSIONES.** En desarrollo del presente contrato no habrá cobertura alguna en los siguientes casos:
1. Anomalías congénitas, enfermedades y/o lesiones preexistentes y urgencias resultantes de las anteriores.
 2. Tratamiento de alteraciones mentales y nerviosas calificadas como crónicas, alcoholismo, toxicomanías y las complicaciones de éstas.
 3. Tratamiento de lesiones desencadenadas al encontrarse el usuario en estado de enajenación mental, en estado de ebriedad o habiendo ingerido estupefacientes o alcaoides, e infringiendo normas legales. Lesiones autoprovocadas o causadas por tentativa de suicidio o por participación en la comisión de delitos o infracciones de tránsito, tiñas, tumultos, huelgas, molinos, insurrección, asonada y uso de pólvora.
 4. Hidroterapia, celuloterapia, escleroterapia, curas de sueño, reposo o similares, tratamiento de obesidad, adelgazamiento, rejuvenecimiento, cosmetología, cámara hiperbárica.
 5. Tratamientos y operaciones no reconocidas por instituciones oficiales o científicas o complicaciones de procedimientos no cubiertos por este contrato, o realizado fuera del programa.
 6. Tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), cualesquiera sean las manifestaciones clínicas o enfermedades desencadenadas, debidas a su inmunodeficiencia.
 7. Tratamiento de lesiones causadas por fenómenos sísmicos, inundaciones y otros fenómenos naturales de carácter catastrófico, energía atómica, epidemias o las motivadas por actos de terrorismo, guerra civil o internacional, declarada o no.
 8. Procedimientos de cirugía plástica o estética con fines de embellecimiento o para afecciones preexistentes. 0 lesiones por traumas para los que no se haya solicitado asistencia médica, en las 48 horas siguientes a la lesión.
 9. Atención odontológica a nivel dental y periodontal
 10. Cirugías para trastornos de refracción.
 11. Secuelas de accidentes de trabajo, y/o enfermedades profesionales, exámenes para chequeos ejecutivos, consulta o exámenes para certificados médicos, hospitalización para estudios, para cirugías o tratamientos que pueden efectuarse en forma ambulatoria a criterio exclusivo de EPS-SURA.
 12. Preparación psicofísica para el parto.
 13. Lesiones que se originen en deportes de especial peligrosidad, tales como: competencias motorizadas, vuelo en planeadores, cometas, paracaidismo o similares, boxeo, lucha libre, artes marciales, carreras de caballos, buceo, alpinismo, toreo y en toda práctica de deporte profesional remunerado o no.
 14. Estudio y tratamiento de infertilidad, [ecografía folicular, salpinografía, fecundación invitro etc.], ligadura de trompas, vasectomía, inserción de dispositivos y pruebas genéticas.
 15. Estados comatosos irreversibles y hospitalización por estados terminales, a criterio de EPS-SURA.
 16. Implantes y trasplante de órganos a tejidos, con excepción de lo estipulado en la cláusula décimo octava.
 17. EPS-SURA en desarrollo del presente contrato, no se obliga al suministro de bragueros, muletas, aparatos o equipos ortopédicos, material de osteosíntesis, válvulas, injertos artificiales, prótesis de cualquier clase, audífonos, piezas anatómicas, órganos y tejidos para trasplante, elementos para implantes, drogas

en tratamiento ambulatorio y fuera del hospital, material medicoquirúrgico fuera del hospital, tratamientos de alimentación parenteral, hiperalimentación, marcapasos, anteojos y lentes de todo tipo, sangre y plasma o sus derivados, vacunas, pruebas de sensibilidad.

18. Coberturas médicoasistenciales no determinadas o previstos dentro del presente contrato.
19. El aborto, parto prematuro, parto normal o cesárea, exámenes y procedimientos complementarios no serán cubiertos, si al momento de suscribir el contrato se está embarazada, o en los contratos de una sola usuaria, o dependientes económicos, cuya titular sea una mujer.

SECCION VI ESTIPULACIONES ESPECIALES:

VIGESIMA SEGUNDA: NATURALEZA DE LAS COBERTURAS. Las coberturas que son objeto del presente contrato, se cubrirán exclusivamente en especie, a través del equipo médico concertado para tal fin. EPS-SURA no reconocerá en ningún caso el equivalente en dinero de los servicios que está en obligación de cubrir.

VIGESIMA TERCERA: EQUIPO MEDICO. Para la cobertura de los servicios objeto del presente contrato, EPS-SURA posee un directorio de profesionales adscritos, así como también de consultorios, hospitales, clínicas, centros de diagnóstico y tratamiento. Estos podrán ser cambiados por EPS-SURA, incluyendo nuevos o excluyendo algunos de los ya existentes, sin que para ello tenga que mediar el consentimiento de sus usuarios o contratantes.

EPS-SURA suministrará al contratante o la firma de éste un directorio o listado de los profesionales y entidades adscritas.

VIGESIMA CUARTA: AUTORIZACION PARA SOLICITAR INFORMACION MEDICA. El contratante autoriza expresamente a EPS-SURA para solicitar información médica, la historia clínica de él y de los usuarios de este contrato, a los médicos e instituciones médicas que las posean y autoriza también a éstos para suministrarlas.

VIGESIMA QUINTA: RESPONSABILIDAD CIVIL. Conforme con lo establecido en el artículo 17 de) decreto 1570 de 1993, EPS-SURA responderá civil y administrativamente, por todos los perjuicios que sean ocasionados y especialmente en los siguientes casos:

1. Cuando la atención de los servicios ofrecidos contraríe lo acordado en el presente contrato
2. Cuando el servicio sea prestado en forma directa, por las faltas o fallas ocasionadas por algunos de sus empleados, sean éstos del área administrativa o asistencial, sin perjuicio de las sanciones a que pueda dar lugar la violación de las normas del Código de Ética Médica.

VIGESIMA SEXTA: DEDUCIBLE. Cada vez que el usuario haga uso de los servicios deberá entregar los respectivos tiquetes de asistencia correspondientes al deducible a pagar así: un tiquete en consulta médica, evaluación y control nutricional, por cada sesión de terapia y dos tiquetes por cada orden de exámenes de laboratorio clínico, demás ayudas diagnósticas y en atención de urgencias

VIGESIMA SEPTIMA: CREDENCIAL Y TARJETA DE COMPROBACION DE DERECHOS. EPS-SURA las suministrará a cada usuario para hacer uso de los servicios contemplados en el contrato, además de la presentación del documento de identificación del usuario.

VIGESIMA OCTAVA: EL PRECIO. Por las coberturas pactadas en el contrato y durante el año de su vigencia, el contratante se obliga a pagar a EPS-SURA, por períodos anticipados, en sus oficinas o a sus representantes autorizados, la suma de dinero en él expresada.

La inclusión de usuarios a los contratos se cobrará según las tarifas vigentes a la fecha de la inclusión. Por el incumplimiento en el pago de las cuotas se cobrará un interés por mora equivalente a la tasa máxima permitida por la ley por mes o fracción.

VIGESIMA NOVENA: COBERTURA. EPS-SURA se obliga para con los usuarios a cubrir lo estipulado en el presente contrato, de acuerdo con las siguientes disposiciones:

VIGESIMA PRIMERA: EXIGIBILIDAD. Si dentro de los noventa (90) días calendario posteriores a la presentación de la cuenta de servicios prestados, por parte de cualquier integrante del equipo médico, EPS-SURA comprobare que la lesión o enfermedad tratada era preexistente o no está contemplada dentro de la cobertura del contrato aún habiendo expedido autorización, o que por mora en el pago de las correspondientes cuotas, estén suspendidas las coberturas, el contratante queda obligado a reembolsar el valor total de los servicios prestados, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, a la fecha en que así se le solicite por escrito. EPS-SURA podrá reclamar dicho pago por vía judicial y sin necesidad de requerimientos previos.

1. **LUGAR.** Los servicios serán prestados a los usuarios en la ciudad donde EPS-SURA tiene profesionales y centros médicos adscritos. En caso de que el usuario esté en el exterior o en una ciudad donde no se tenga un centro de urgencias autorizado por EPS-SURA, se reconocerá la atención de carácter urgente exclusivamente y sin exceder las tarifas propias de EPS-SURA, previa presentación de las facturas originales debidamente discriminadas, con resumen del cuadro clínico y de la atención recibida.

2. **SERVICIO HOSPITALARIO DE URGENCIA:** En caso de hospitalización, el usuario deberá tramitar en la oficina de EPS-SURA de la ciudad, la respectiva "Autorización" dentro del primer día hábil siguiente a la atención de la urgencia. EPS-SURA no se responsabilizará de los gastos, quedando el usuario comprometido con la respectiva cuenta de no cumplir con este requisito. Además los costos de la atención serán asumidos por EPS-SURA, hasta la fecha impresa en la autorización respectiva.

TRIGESIMA: VIGENCIA Y RENOVACION DEL CONTRATO: El presente contrato tiene una vigencia de un (1) año. Una vez finalizada su vigencia, éste se renovará automáticamente por periodos iguales al inicialmente pactado, a menos que medie incumplimiento por parte del contratante, evento en el cual se podrá dar por terminado, de forma unilateral, conforme con las causales establecidas en la cláusula Trigésima Segunda del presente contrato.

TRIGESIMA PRIMERA: SUSPENSION Y REACTIVACION DE LAS COBERTURAS. EPS-SURA suspenderá inmediatamente éstas a los usuarios de un contrato, cuando no haya recibido en la fecha de la obligación, la nueva cuota correspondiente al período siguiente. Los servicios sólo podrán ser reutilizados quince (15) días calendario después del pago de la correspondiente cuota, sin que ello signifique la prolongación de la vigencia del contrato. Igualmente las coberturas serán suspendidas a la terminación del contrato.

TRIGESIMA SEGUNDA: TERMINACION DEL CONTRATO.

El contrato podrá darse por terminado unilateralmente, además de las causales estipuladas en el Código del Comercio, en los siguientes casos:

1. Por parte de EPS-SURA:
 - 1.1 Inmediatamente sin antelación en tiempo alguno, cuando se compruebe falsedad, reticencia, inexactitud u omisión en las declaraciones dadas, por el contratante o por cualquiera de los usuarios inscritos, en la solicitud de afiliación o a los profesionales adscritos.
 - 1.2 Sin antelación en tiempo alguno, cuando el contratante se encuentre en mora en el pago de su cuota, es decir, transcurridos treinta (30) días calendario, después de la fecha del último período de cobertura.
 - 1.3 Cuando el documento con el cual el contratante pague, no pueda ser abonado en la cuenta de EPS-SURA.
 - 1.4 Cuando se incumpla el pago de la cuota durante dos veces consecutivas o tres veces discontinuas durante el período.
2. Por parte del contratante:

En cualquier tiempo mediante comunicación escrita dirigida a EPS-SURA. El retiro se hará efectivo a partir de la fecha de la solicitud, siempre y cuando vaya acompañada de las respectivas credenciales. En los contratos de tipo mensual no hay opción a reintegro de dinero y en los de pago semestral y anual se reintegrará el valor de las doceavas completas no causadas por usuario retirado.

TRIGESIMA TERCERA: EVALUACIONES PERIODICAS. EPS-SURA se reserva el derecho de comprobar cuantas veces considere sea necesario, la utilización que los usuarios estén haciendo de las coberturas que otorga este contrato.

TRIGESIMA CUARTA: ACCIDENTES DE TRANSITO. Cuando se presente un accidente de tránsito, el usuario se compromete a colaborar con EPS-SURA en las gestiones extrajudiciales y judiciales relacionadas con los gastos incurridos por EPS-SURA en la asistencia del usuario accidentado. En cualquier caso de accidente de tránsito, el usuario lesionado se obliga para con EPS-SURA a exigir la intervención de la autoridad competente y a reportarlo en los siguientes dos (2) días hábiles, de la ocurrencia del accidente.

TRIGESIMA QUINTA: MUERTE DEL CONTRATANTE:

1. **USUARIO DEL SISTEMA:** En los planes familiares tomados a crédito y que se encuentren a paz y salvo cuando ocurra la muerte del contratante (Usuario del Sistema), los demás usuarios inscritos inicialmente en ese plan, se exonerarán del pago de cuotas futuras hasta el final de la vigencia del plan.
2. **NO USUARIO DEL SISTEMA:** En caso de muerte del contratante, la calidad del mismo será adquirida automáticamente por el primer usuario superviviente que pueda adquirir dicha calidad, y en este

caso no operará el beneficio consagrado en el numeral 1 de esta cláusula.

TRIGESIMA SEXTA: EFECTOS FISCALES. Para todos los efectos fiscales el contrato se considera de valor determinado, el impuesto de timbre estará el impuesto de timbre estará a cargo del contratante.

TRIGESIMA SEPTIMA: DIRECCIONES. Para todos los efectos relativos al contrato, las direcciones de cada una de las partes son las que aparecen en el mismo.

TRIGESIMA OCTAVA: ANEXOS DEL CONTRATO. Hacen parte del contrato la carátula, la cual contiene el precio individualizado, la forma de pago, la individualización de los usuarios y la modalidad del contrato; la solicitud del contratante; las declaraciones del estado de salud de los usuarios; el instructivo para usuarios de EPS-SURA, los anexos y las condiciones generales del contrato presentes.

TRIGESIMA NOVENA: SUBROGACION. En el evento en que la prestación de los servicios a que se refiere el presente contrato se origine por hechos o actos de un tercero, el contratante traspasa o cede a EPS-SURA los derechos, acciones y privilegios que tendrá contra el tercero o contra cualquier otro obligado.

Para tal efecto, las partes convienen que por el sólo hecho del pago de los servicios de atención médica, quirúrgica u hospitalaria, EPS-SURA automáticamente queda facultada para reclamar al tercero el monto de lo pagado.

CUADRAGESIMA: Modificaciones del Contrato: Cualquier modificación al contrato debe realizarse de común acuerdo entre las partes y constar por escrito.

OTROSI A LAS CONDICIONES GENERALES DE ASISTENCIA MEDICA, QUIRURGICA Y HOSPITALARIA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. la que para los efectos del contrato celebrado y los demás que se relacionen con él se denominará simplemente EPS-SURA, se obliga para con quienes aparecen en el contrato y que se denominarán los contratantes y/o usuarios inscritos a cubrirlos por conducto de profesionales e instituciones de la salud adscritos, además de los servicios de asistencia médica hospitalaria y quirúrgica incorporados textualmente en las Condiciones Generales de Asistencia Médica Quirúrgica y Hospitalaria "PLAN 100 " las siguientes coberturas adicionales:

1. MATERIAL DE OSTEOSINTESIS

Dicho material solo se cubrirán en aquellos casos que se originen o deriven de un trauma. No se cubrirán prótesis articulares.

2. EXAMENES DE DIAGNOSTICO, LABORATORIO E IMAGENOLOGIA.

- 2.1. Resonancia Nuclear Magnética: Esta se cubrirá a partir del sexto mes de afiliación ininterrumpida de un usuario al contrato.
- 2.2. Densitometría Ósea: Se cubrirá para confirmación diagnóstica y por un máximo de una vez por vigencia anual del contrato no acumulable año a año.
- 2.3. Biopsia Extereaotóxica de Mama: Se cubrirá a partir del sexto mes de afiliación ininterrumpida de un usuario a un contrato vigente.

3. ABLACION POR RADIOFRECUENCIA PARA PHV.

4. ALIMENTACION ENTERAL Y PARENTERAL

5. STENT CORONARIO

Prótesis Endovascular, cuya función es mejorar la perfusión miocardiaca, a través de las coronarias. Esta cobertura se brindará a partir del primer día del Sexto mes de incorporación del beneficiario al contrato y de su vigencia ininterrumpida, y siempre y cuando su implantación no se requiera para el tratamiento de una patología preexistente, o excluida, o de un evento sometido a periodo de carencia superior.

6. LENTE INTRAOCULAR

Prótesis Endo-ocular, cuya función es reemplazar el cristalino para mejorar la visión. Esta cobertura se brindará después de un año de incorporación del beneficiario al contrato y de su vigencia ininterrumpida, y siempre y cuando su implantación no se requiera para el tratamiento de una patología preexistente, o excluida, o de un evento sometido a periodo de carencia superior.

7. COIL

Espiral de material aleatorio, utilizado para el tratamiento de aneurismas y malformaciones arteriovenosas. Esta cobertura se

brindará a partir del primer día del sexto mes de incorporación del beneficiario al contrato y de su vigencia ininterrumpida, y siempre y cuando su implantación no se requiera para el tratamiento de una patología preexistente, excluida o de un evento sometido a período de carencia superior.

8. PROTESIS MAMARIA

Para "Cirugía Reconstructiva" por cáncer. Esta cobertura se brindará después de un año de incorporación del beneficiario al contrato y de su vigencia ininterrumpida, y siempre y cuando su implantación no se requiera para el tratamiento de una patología preexistente, o excluida, o de un evento sometido a período de carencia superior.

Toda vez que las siguientes coberturas adicionales representan una modificación a las cláusulas señaladas a continuación, deberá tenerse en cuenta el texto del presente otrosí para todos los efectos legales:

9. HOSPITALIZACION Y CIRUGIA:

Se modifica el numeral 3.2. de la Cláusula DECIMO CUARTA de las condiciones generales la cual quedará así:

"3.2. Atención en Unidad de Cuidados Intensivos: Este servicio será cubierto por el tiempo médicamente requerido, siempre y cuando no se trate de un paciente en estado irreversible o terminal"

Se adiciona el numeral 3.5. a la Cláusula DECIMO CUARTA de las Condiciones Generales, con la siguiente cobertura

"3.5. Atención en Unidad de Cuidados Intermedios: Este servicio consiste en la atención brindada por una entidad adscrita a EPS-SURA para la atención de un paciente que para su tratamiento y rehabilitación requiere de los mismos servicios de la Unidad de Cuidados Intensivos con excepción de la asistencia ventilatoria. Este servicio será cubierto por un máximo de cinco (5) días año contrato no acumulables año a año."

"3.6. Atención Domiciliaria: Para la prestación de este servicio domiciliario será condición previa la suscripción por parte de los familiares y responsables del paciente, de una declaración especial

en la que asume las obligaciones derivadas del manejo domiciliario del mismo. En caso de no suscribirse este compromiso no habrá cobertura alguna en la residencia del paciente.”

10. “CLAUSULA DECIMO QUINTA: ATENCION PRENATAL Y OBSTETRICA:

1. ATENCION PRENATAL:

EPS-SURA cubrirá en favor de las beneficiarias de un contrato vigente, hayan o no ingresado en embarazo, la realización de consultas, exámenes de laboratorio clínico, ecografías gestacionales y monitoreo fetal.

2. ATENCION POR ABORTO, PARTO PREMATURO Y ATENCION OBSTETRICA:

Comprende la atención médica y hospitalaria a la beneficiaria de un contrato vigente, siempre y cuando la concepción haya sido posterior a la fecha de afiliación a EPS-SURA.

Parágrafo Primero: EPS-SURA se reserva el derecho de comprobar en cualquier tiempo que la concepción haya sido posterior a la afiliación mediante la exigencia de la presentación de la Historia Clínica y de las respectivas ecografías y ayudas diagnósticas.

Parágrafo Segundo: EPS-SURA no cubrirá la atención de: aborto, parto prematuro, parto normal, o cesárea y procedimientos relacionados con estos, para la beneficiaria que esté embarazada al momento de su afiliación al contrato, así se trate de una urgencia.

3. COBERTURA NEONATAL:

El bebé nacido durante la vigencia del contrato e hijo de una beneficiaria con derecho a la atención del parto por el presente contrato gozará de cobertura durante los 10 (diez) días de nacido, en caso del bebé ser producto de un embarazo de 35 o menos semanas. La anterior cobertura se brindará en los términos previstos en el contrato.

Si el bebé es inscrito y aceptado durante estos 10 (diez) días gozará de la misma atención, teniendo en cuenta las exclusiones del contrato, y los períodos de carencia establecidos expresamente en el presente contrato.

COBERTURA DE PATOLOGÍAS CONGENITAS: El bebé nacido durante la vigencia del contrato, hijo de una beneficiaria con derecho a la atención del parto por el presente contrato, tendrá derecho a la cobertura de las patologías congénitas siempre y cuando se hubiere incluido, aceptado y pagado por él a partir de la vigésima (20) semana de Gestación.

Parágrafo: En caso de que se produzca una interrupción del embarazo o muerte al nacimiento, el contratante tendrá derecho al reintegro de las cuotas pagadas y no causadas.”

Es entendido por las partes y queda claramente establecido que:

1. Las coberturas previstas en el texto del presente OTROSI, no representan por sí mismas un incremento adicional en el precio pactado, diferente al incremento que se genera en la renovación del contrato.
2. Las presentes coberturas serán asumidas por EPS-SURA, bajo las estipulaciones contractuales incorporadas literalmente en las Condiciones Generales de Asistencia Médica Quirúrgica y Hospitalaria “Plan 100, y en especial las relativas a Limitaciones Contractuales, Lugar, Suspensión y Reactivación de las coberturas. En lo pertinente se entiende modificado el numeral 17 de la Cláusula 19 correspondiente a las exclusiones y limitaciones contractuales.
3. Las Cláusulas de las Condiciones Generales del Contrato de Medicina Prepagada Plan Médico 100, no modificadas expresamente mediante el presente Otrosi continúan vigentes.

EPS-SURA
Representante Legal

EL CONTRATANTE

Junio de 2009

COLMÉDICA

ANEXO DE COBERTURAS GUÍA MÉDICA PLANES ZAFIRO GUÍA, RUBÍ GUÍA, ESMERALDA GUÍA ANEXO I - GUÍA

No obstante en la cláusula segunda de las **CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE GESTIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MEDICINA PREPAGADA** y demás cláusulas que regulen la prestación del servicio a través del mecanismo de libre elección y reembolso, las partes contratantes para el presente anexo, convienen que el mencionado contrato se regirá exclusivamente a través de la modalidad de GUÍA MÉDICA. Todo ello en el entendido que no opera el mecanismo de reembolso, salvo en aquellos casos que se especifican en el presente anexo y según la definición contenida en el numeral 1.29 de la cláusula primera del mismo.

Artículo 1: COBERTURAS

Los servicios de salud y complementarios que se encuentran cubiertos en virtud de lo dispuesto en el presente anexo, el cual forma parte integral de las **CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE GESTIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MEDICINA PREPAGADA**, en adelante denominado **EL CONTRATO**, son los que expresamente se especifican a continuación, los cuales serán prestados de conformidad con las condiciones establecidas en el presente anexo y en las generales de **EL CONTRATO** que no le sean contrarias al mismo, en concordancia con el porcentaje de cubrimiento y cobertura máxima establecidos en el presente anexo, todo ello en el entendido que exclusivamente se cubrirán aquellos medicamentos, procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que hayan sido homologados por las asociaciones médicas reconocidas en el país.

1.1 ATENCIÓN DE URGENCIAS: COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA cubrirá el valor de los honorarios médicos, exámenes paraclínicos (incluyendo medios de contraste y los materiales necesarios para su aplicación), medicamentos y materiales de tratamiento y/o curación suministrados al **USUARIO** durante su permanencia en la entidad hospitalaria de acuerdo con las condiciones, términos y exclusiones previstos tanto en el presente anexo como en las condiciones generales de **EL CONTRATO**.

Cuando la atención del usuario se realice en una entidad adscrita, **EL CONTRATANTE** estará obligado a solicitar la correspondiente autorización de servicios en **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al ingreso a la entidad hospitalaria, salvo y cuando hubiera sido avisada a través del S.O.M. o hayan concurrido circunstancias que a juicio de **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** justifiquen la falta o extemporaneidad del aviso. Si no se notifica dentro del término antes indicado y/o no se obtiene la correspondiente autorización de servicios, el **USUARIO** deberá pagar a la institución adscrita el valor del servicio y **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** reembolsará de acuerdo con las tarifas de reembolso, según el plan básico.

En las ciudades en donde existan entidades adscritas a **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**, la urgencia deberá ser atendida por éstas, salvo que el traslado a ellas amenace la vida o la integridad del paciente, caso en el cual éste podrá ser atendido en una entidad no adscrita, pagar a la institución el valor del servicio y **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** reembolsará al usuario de acuerdo con las tarifas de reembolso del plan Básico, siempre que el paciente deberá ser trasladado a una entidad adscrita, cuando las condiciones médicas del usuario lo permitan, a juicio de **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** o de un médico adscrito a ella.

En las ciudades en donde no haya una entidad adscrita a **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**, la urgencia podrá ser atendida por una entidad no adscrita y **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** reembolsará al usuario el valor de los gastos en que hubiere incurrido **EL CONTRATANTE** y/o **USUARIO** por razón de los servicios prestados, reembolso que se efectuará a las tarifas de reembolso de **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**, para el plan contratado, vigente a la fecha de prestación de los servicios. En todo caso, **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** únicamente reconocerá el valor de los servicios prestados que estén incluidos dentro de la cobertura del contrato y sus anexos, según el plan contratado.

1.2 CONSULTA PRE - HOSPITALARIA Y POST - HOSPITALARIA: Si durante un tiempo no superior a treinta (30) días anteriores o posteriores a la fecha de la hospitalización o procedimiento quirúrgico, el (los) **USUARIO (S)** requiere (n) o le son ordenadas consultas pre - hospitalarias o post - hospitalarias necesarias para o por la respectiva hospitalización, **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** reconocerá dicho servicios.

1.3 EXÁMENES DE LABORATORIO E IMAGENOLÓGIA PRE-HOSPITALARIOS Y POSTHOSPITALARIOS: Siempre cuando se relacionen directamente con la enfermedad o padecimiento que origina la hospitalización o procedimiento quirúrgico, **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** reconocerá por este concepto, por el sistema de reembolso, los gastos generados en el período comprendido entre el día treinta (30) antes de la respectiva hospitalización, hasta el día treinta (30) después del ingreso del **USUARIO** de la institución hospitalaria.

1.4 MEDICAMENTOS AMBULATORIOS PRE-HOSPITALARIOS Y POST-HOSPITALARIOS: Siempre y cuando se relacionen directamente con la enfermedad o padecimiento que origina la hospitalización o procedimiento quirúrgico, **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** reconocerá por este concepto por el sistema de reembolso los gastos generados en el período comprendido entre el día treinta (30) antes de la respectiva hospitalización, hasta el día treinta (30) después del ingreso del **USUARIO** de la institución hospitalaria.

NOTA: Los valores reconocidos por las coberturas de laboratorios e imagenología

pre - hospitalarios y post - hospitalarios y medicamentos ambulatorios pre - hospitalarios y post - hospitalarios, definidas en los dos numerales precedentes, no superará en ningún caso el tope por servicio establecido para este ítem en el respectivo anexo.

1.5 ENFERMERA AUXILIAR ACOMPAÑANTE: Previa solicitud expresa por escrito del médico tratante y cuando las condiciones médicas del **USUARIO** hospitalizado lo justifiquen, **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** reconocerá este servicio con previa autorización de **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**.

1.6 CAMA DE ACOMPAÑANTE: Previa solicitud expresa por escrito del médico tratante y cuando las condiciones médicas del **USUARIO** hospitalizado lo justifiquen, **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** reconocerá este servicio con previa autorización de **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**.

1.7 PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS (Qx) Y NO QUIRÚRGICOS (No Qx) AMBULATORIOS: COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA reconocerá por este concepto el valor de los servicios de diálisis, riñón artificial, quimioterapia, cobaltoterapia, radioterapia, así como los procedimientos quirúrgicos descritos a continuación, de acuerdo con los períodos de carencia estipulados en la cláusula novena de las condiciones generales de **EL CONTRATO**:

- Resección apéndice pra-auricular
- Drenaje absceso de pared abdominal
- Dilatación esfínter ano (por sección)
- Inyección de placas de fibrosis de pene
- Mastotomía: Incluye drenaje de la mama
- Drenaje absceso glándula de bartholin
- Fulguración vulva
- Drenaje piel y/o tejido celular subcutánea
- Sutura herida, excepto cara
- Drenaje piel y/o tejido celular subcutánea: Incluye absceso
- Drenaje piel y/o tejido celular subcutánea: Incluye hematoma
- Drenaje piel y/o tejido celular subcutánea: Incluye paroniza
- Dermabrasión
- Onicectomía una a dos uñas
- Drenaje glándula lagrimal incluye saco lagrimal
- Remoción cálculos canaliculos lagrimales
- Entropion punto lagrimal
- Ectropion punto lagrimal
- Drenaje absceso palpebral
- Drenaje chalazion
- Cauterización chalazion
- Fulguración párpado
- Blefaroplastia
- Tarsorrafia
- Distiquiasis o triquiasis
- Cantorrafia
- Cantotomía
- Drenaje absceso de órbita
- Queratoplastia penetrante (retiro puntos)
- Extracción cuerpo extraño conducto auditivo externo con incisión
- Miringotomía
- Drenaje absceso o hematoma tabique nasal
- Electrocoagulación de mucosa nasal
- Extracción molde laringeo
- Control de hemorragia post-amigdalectomía
- Extracción cuerpo extraño amígdalas
- Drenaje absceso faríngeo
- Dilatación faringe (sesión)
- Extirpación de tumor benigno pared abdominal extirpación
- Drenaje absceso rectal
- Extracción cuerpo extraño en recto por vía rectal
- Drenaje absceso perirectal
- Cauterización rectal: Incluye diatermia
- Dilatación del recto por fibrosis
- Trombectomía por hemorroides
- Anorrafia
- Formalización vesical por tumor
- Meatotomía
- Mastotomía uretral (masculina o femenina)
- Fulguración de lesión escrotal
- Extracción de cuerpo extraño del escroto
- Fulguración de condilomas venéreos
- Extirpación de pólipos cuello uterino
- Extracción de cuerpo extraño intrauterino: Incluye dispositivos anticonceptivos mas extracción diu
- Resección de pólipo endometrial
- Lagrado uterino ginecológico (terapéutico o diagnóstico)
- Colpotomía (incisión del fondo de saco de douglas)
- Drenaje vagina
- Himenectomía
- Extracción de cuerpo extraño perineo
- Extracción de cuerpo extraño vulva
- Extracción de placenta, sin atención del parto
- Amniocentesis
- Reducción cerrada fractura escápula
- Reducción cerrada fractura clavícula

No. 4408

CONTRATO COLECTIVO CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE GESTIÓN PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE MEDICINA PREPAGADA

Entre **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**, que en adelante y para efectos de este contrato se denominará **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**, y **EL USUARIO**, quien obra en nombre y representación de _____, con NIT. _____, hemos celebrado

el presente contrato de gestión para la prestación de Servicios de Medicina Prepagada, que se rige por las siguientes cláusulas y, en lo no previsto en ellas, por las normas pertinentes a su materia:

CLÁUSULA PRIMERA. DEFINICIONES:

Para los fines, el desarrollo y la interpretación del presente contrato, las partes adoptan de común acuerdo las siguientes definiciones:

- 1.1. **ACCIDENTE:** Suceso imprevisto y repentino no provocado deliberadamente por el USUARIO, que le produzca una lesión orgánica o una perturbación funcional, permanente o pasajera.
- 1.2. **ACCIDENTE DE TRABAJO:** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. Es también Accidente de Trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad aun fuera del lugar y horas de trabajo. Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.
- No se consideran accidentes de trabajo:
- a.) El que se produzca por la ejecución de actividades diferentes para las que fue contratado el trabajador, tales como labores recreativas, deportivas o culturales, incluidas las previstas en el artículo 21 de la Ley 50 de 1.990, así se produzcan durante la jornada laboral, a menos que actúe por cuenta o en representación del empleador.
- b.) El sufrido por el trabajador, fuera de la empresa, durante los permisos remunerados o sin remuneración, así se trate de permisos sindicales.
- 1.3. **ACCIDENTE DE TRÁNSITO:** Suceso ocasionado o en el que haya intervenido un vehículo automotor en una vía pública o privada con acceso al público destinada al tránsito de vehículos, personas y/o animales y que como consecuencia de su circulación o tránsito, o que por violación de un precepto legal o reglamentario de tránsito causa daño en la integridad física de una persona.
- 1.4. **ACTIVIDAD DE MEDIO:** Es el conjunto de actos médicos y servicios de salud prestados por los profesionales de la salud y/o por las entidades adscritas y no adscritas, con los cuales se pretende obtener un beneficio para el (los) USUARIO(S) en relación con su estado de salud, sin que puedan garantizarse los resultados o los objetivos esperados. Los servicios que prestan los profesionales y entidades adscritas y no adscritas en desarrollo de este contrato constituyen una actividad de medio.
- 1.5. **ACTO MÉDICO:** La conducta de un médico u otro profesional de la salud, en ejercicio de su actividad profesional, adoptada para fines de control, diagnóstico de enfermedades o curación del (los) USUARIO(S), todo ello dentro del marco consagrado por la Ley 23 de 1981 (Ley de Ética Médica).
- 1.6. **AFECCIÓN CRÓNICA:** Toda enfermedad permanente o recidivante, o aquella cuya evolución se prolongue por más de seis (6) meses.
- 1.7. **AÑO:** Período de doce (12) meses contados desde el primer (1º) día de la fecha de vigencia del contrato o del USUARIO.
- 1.8. **APARATOS DE COMPLEMENTO TERAPÉUTICO:** Elementos naturales o artificiales utilizados para mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del paciente.
- 1.9. **ATENCIÓN HOSPITALARIA:** Es el conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento necesarios para el diagnóstico y tratamiento de un USUARIO hospitalizado.
- 1.10. **ATENCIÓN AMBULATORIA:** Es el conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de un USUARIO no hospitalizado.
- 1.11. **AYUDANTÍA:** Es la participación activa de uno o más médicos diferentes al médico tratante principal, en su calidad de ayudante(s) durante un procedimiento quirúrgico.
- 1.12. **CIRUGÍA PLÁSTICA REPARADORA FUNCIONAL:** Intervención y/o tratamiento que se realiza, para procurar, sin fines de embellecimiento y/o adelgazamiento, la reparación funcional de una estructura anatómica lesionada.
- 1.13. **COBERTURA:** Es el conjunto de servicios a cuya prestación tiene derecho el (los) USUARIO(S) en virtud del presente contrato y los cuales se encuentran detallados en los anexos del contrato. En ningún caso estarán incluidos dentro de la cobertura del contrato los servicios que no se mencionen expresamente ni aquellos que de conformidad con la Cláusula Octava y demás disposiciones del presente contrato se encuentren excluidos. Las coberturas objeto del presente contrato son personales e intransferibles entre USUARIOS del contrato.
- 1.14. **COBERTURA MÁXIMA:** Es el mayor valor que COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA reconoce, bien sea en pesos, porcentajes de cubrimiento, número de eventos y/o distancia, de acuerdo con los servicios utilizados por el (los) USUARIO(S).
- 1.15. **CONSULTA MÉDICA:** Es el acto médico realizado por un profesional de la salud en medicina general o especializada, en cualquiera de sus ramas, con el fin de evaluar, diagnosticar y tratar al USUARIO.
- 1.16. **CONTINUIDAD:** Es el reconocimiento del tiempo de permanencia, hasta por dieciocho (18) meses, en contratos de medicina prepagada inmediatamente anteriores a la vigencia del contrato con COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA, con el objeto de dar cobertura a una enfermedad cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiere iniciado durante los últimos dieciocho (18) meses de vigencia del contrato anterior. Dicha continuidad deberá quedar expresamente consignada en la carátula del presente contrato.
- 1.17. **CONTRATANTE:** Toda persona jurídica que celebre el presente contrato para el beneficio de el (los) USUARIO(S) por él escogido. EL CONTRATANTE es el

único responsable frente a COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas; en consecuencia, EL CONTRATANTE podrá convenir con COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA modificaciones a las condiciones del contrato sin que se requiera para ello la aquiescencia de el (los) USUARIO(S).

- 1.18. **ENFERMEDAD:** Alteración o desviación del estado de salud de una o varias partes del organismo humano.
- 1.19. **ENFERMERA AUXILIAR ACOMPAÑANTE:** Técnica en auxiliar de enfermería, que cumple con los requisitos legales exigidos para su ejercicio en Colombia.
- 1.20. **ENFERMEDAD PROFESIONAL:** Todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, o del medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que haya sido determinada como enfermedad profesional por el Gobierno Nacional.
- 1.21. **ENTIDAD ADSCRITA:** Todo hospital, clínica, centro de imagenología o laboratorio clínico y en general toda institución que preste directa o indirectamente los servicios de salud descritos en el presente contrato a el (los) USUARIO(S) y cuya inscripción haya sido aprobada por COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA y se encuentre vigente al momento de solicitar la prestación de los servicios requeridos por el (los) USUARIO(S).
- 1.22. **EQUIPO QUIRÚRGICO:** Es el grupo de profesionales (cirujanos de la misma especialidad y/o médico ayudante de cirugía) que intervienen en un procedimiento quirúrgico.
- 1.23. **ESTADO DE COMA:** Condición en que se encuentra una persona que, como consecuencia de alguna enfermedad o accidente, presenta pérdida de la conciencia, en la cual la persona no responde a ningún estímulo externo.
- 1.24. **EVENTO CATASTRÓFICO:** Todo aquel evento de origen natural o provocado por el hombre en forma accidental o voluntaria, cuya magnitud supera la capacidad de adaptación de la comunidad en la que se produce y que la afecta en forma masiva e indiscriminada generando la necesidad de ayuda externa.
- 1.25. **EXÁMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:** Comprenden los exámenes de laboratorio clínico e imagenología, utilizados como ayuda diagnóstica para el médico tratante.
- 1.26. **FECHA DE VIGENCIA DEL CONTRATO:** Día, mes y año a partir del cual el presente contrato comienza a producir plenos efectos entre las partes contratantes y que aparece registrada en la parte correspondiente de la carátula del contrato.
- 1.27. **FECHA DE VIGENCIA DEL USUARIO:** Día, mes y año a partir del cual una persona es aceptada, mediante anexo que forma parte integrante del presente contrato, en calidad de USUARIO del mismo, previa solicitud presentada por EL CONTRATANTE y el lleno de los requisitos exigidos por COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA.
- 1.28. **FISIOTERAPIA:** Actividad realizada por un profesional en fisioterapia, mediante el empleo de agentes físicos (luz, calor, agua, aire, ejercicios mecánicos) destinados a contribuir al tratamiento de una enfermedad.
- 1.29. **GUÍA MÉDICA:** Listado de profesionales adscritos y de entidades adscritas, el cual es expedido por COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA. Dicha Guía Médica podrá ser modificada en cualquier momento por COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA, teniendo la facultad de incluir o excluir profesionales adscritos y/o entidades adscritas, modificación que EL CONTRATANTE acepta expresamente.
- 1.30. **HOSPITALIZACIÓN:** Es la permanencia de un USUARIO en una institución hospitalaria y/o clínica, por un término superior a veinticuatro (24) horas o en el caso en que pernocte en ella.
- 1.31. **INTERCONSULTA:** Consulta especializada realizada a un USUARIO hospitalizado por un profesional en la medicina diferente al médico tratante con previa y expresa solicitud del médico tratante.
- 1.32. **MEDICAMENTOS:** Es toda sustancia farmacológicamente activa o mezcla de estas, con o sin adición de sustancias auxiliares, preparada para ser presentada como forma farmacéutica, que se utilice para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de las enfermedades.
- 1.33. **MEDIOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO:** Procedimientos de apoyo para el diagnóstico médico, que se emplean para el estudio de funciones o estructuras de órganos o sistemas específicos.
- 1.34. **MUERTE CEREBRAL:** Es la cesación definitiva o irreversible de las funciones del tallo cerebral, todo ello dentro del marco consagrado por la Ley 23 de 1981 (Ley de Ética Médica).
- 1.35. **PERÍODO DE CARENIA:** Tiempo mínimo que debe permanecer vigente la afiliación del (los) USUARIO(S) en el contrato de medicina prepagada para tener derecho a la cobertura de algunos servicios. Los períodos de carencia se contabilizan en forma individual, es decir por cada USUARIO de acuerdo con la fecha de vigencia del mismo.
- 1.36. **PLANES DE MEDICINA PREPAGADA:** Productos comercialmente ofrecidos por COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA, que constituyen la gestión para la prestación de paquetes de servicios de salud con características propias de precio, bajo la modalidad de guía de entidades y/o médicos adscritos o por intermedio de médicos e instituciones no adscritos.
- 1.37. **PORCENTAJE DE CUBRIMIENTO:** Es la parte proporcional del valor de la cobertura a reconocer de acuerdo con lo establecido en los anexos del contrato.
- 1.38. **PREEXISTENCIA:** Toda condición, enfermedad o lesión, malformación o afección que se pueda demostrar exista a la fecha de vigencia del contrato o a la fecha de vigencia del (los) USUARIO(S), sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas. Las condiciones, enfermedades o afecciones de carácter congénito se consideran preexistencias para los fines de este contrato. En todo caso se considera preexistencia toda lesión, condición o enfermedad que aparezca como antecedente en la historia clínica del USUARIO, sin

**ANEXO DE COBERTURAS GUÍA MÉDICA
PLANES ZAFIRO GUÍA, RUBI GUÍA, ESMERALDA GUÍA
ANEXO 2 - GUÍA**

No obstante lo establecido en la cláusula segunda de las **CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE GESTIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MEDICINA PREPAGADA** y demás cláusulas que regulen la prestación del servicio a través del mecanismo de libre elección y reembolso, las partes contratantes por el presente anexo, convienen que el mencionado contrato se registrará exclusivamente a través de la modalidad de **GUÍA MÉDICA**. Todo ello en el entendido que no opera el mecanismo de reembolso, salvo en aquellos casos que se especifican en el presente anexo y según la definición contenida en el numeral 1.29 de la cláusula primera del mismo.

Artículo 1. COBERTURAS

Los servicios de salud y complementarios que se encuentran cubiertos en virtud de lo dispuesto en el presente anexo, el cual forma parte integral de las **CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE GESTIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MEDICINA PREPAGADA**, en adelante denominado, **EL CONTRATO**, son los que expresamente se especifican a continuación, los cuales serán prestados de conformidad con las condiciones establecidas en el presente anexo y en las generales de **EL CONTRATO** que no le sean contrarias al mismo, en concordancia con el porcentaje de cubrimiento y cobertura máxima establecidos en el presente anexo, todo ello en el entendido que exclusivamente se cubrirán aquellos medicamentos, procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que hayan sido homologados por las asociaciones médicas reconocidas en el país.

1.1 CONSULTAS: Para la utilización de los servicios de consulta de psicología, terapias y nutrición a través de la guía médica, se requiere autorización previa de **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**. Así mismo las

consultas de terapias y nutrición, se cubren siempre y cuando exista solicitud expresa por escrito, diligenciada por el médico tratante.

1.2 CONSULTA DOMICILIARIA: Este servicio se prestará a solicitud del **USUARIO**. A través de la guía médica, se prestará en la residencia del **USUARIO**, previa valoración efectuada por el Servicio de Orientación Médica (S.O.M) de **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**, de acuerdo con la disponibilidad de personal médico que exista en el momento del requerimiento y únicamente en aquellas ciudades expresamente establecidas en la guía médica. Este servicio, podrá ser suspendido por **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** en cualquier momento durante la vigencia de **EL CONTRATO**.

1.3 EXÁMENES DE LABORATORIO E IMAGENOLÓGIA: **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** cubre los exámenes de laboratorio clínico y radiografías simples, siempre y cuando hayan sido solicitados por el médico tratante.

Los exámenes de laboratorio tales como hormonales, enzimáticos, de anticuerpos, de antígenos, espermogramas, factores de coagulación, estudios de histocompatibilidad, detección de medicamentos en orina y/o sangre, de complementos y/o estudios genéticos prestados a través de la guía médica requieren autorización previa de **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**.

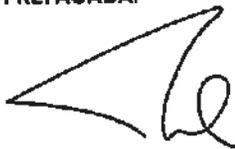
Artículo 2. BENEFICIOS GENERALES

COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA se obliga a otorgar los servicios de salud que se consignan a continuación a los usuarios del presente anexo, sin perjuicio de las restricciones y periodos de carencia establecidos en el contrato.

SERVICIOS AMBULATORIOS	Guía Médica Colmédica	
	% de Cubrimiento	Número de Unidades de Pago Directo por Servicio
1. Consulta	100%	
Médica General		1
Médica Especializada		1
Psicológica (a)		1
Domiciliaria		2
2. Terapia-sesión (b) (c)		1
3. Nutrición-Consulta		1
4. Laboratorios e Imagenología		2

NOTAS ACLARATORIAS

- (a) Las consultas psicológicas tienen una cobertura máxima de treinta (30) consultas al año.
 (b) Terapias físicas, respiratorias, del lenguaje y ocupacional.
 (c) Se requiere autorización previa de **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**.



Firma Representante de
COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA

Artículo 3. NECESIDAD DE AUTORIZACIÓN PREVIA

Cuando el **USUARIO** haga uso de los servicios amparados por las coberturas descritas en el presente Anexo, deberá solicitar autorización previa, excepto cuando se trate de consulta médica general y especializada no sometidas a este requisito y de exámenes de laboratorio e imagenología ambulatoria, no sometidos a este requisito.

Firma del Contratante

Fecha, _____ de _____ del _____

No. 43029

CONTRATO FAMILIAR CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE GESTIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MEDICINA PREPAGADA

Este **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** Medicina Prepagada S.A., que en adelante y para efectos de este contrato se denominará **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**, y **EL CONTRATANTE**, que en adelante y para efectos de este contrato se denominará **EL CONTRATANTE**, hemos celebrado el presente contrato de gestión para la prestación de servicios de medicina prepagada, que se rige por las siguientes cláusulas y, en lo no previsto en ellas, por las normas pertinentes a su materia.

CLÁUSULA PRIMERA. DEFINICIONES:

Para los fines, el desarrollo y la interpretación del presente contrato, las partes adoptan de común acuerdo las siguientes definiciones:

- 1.1. **ACCIDENTE:** Suceso imprevisto y repentino no provocado, deliberadamente por el **USUARIO**, que le produzca una lesión orgánica o una perturbación funcional, permanente o pasajera.
- 1.2. **ACCIDENTE DE TRABAJO:** Todo suceso, repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. Es también Accidente de Trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad aun fuera del lugar y horas de trabajo. Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. No se consideran accidentes de trabajo:
- a.) El que se produzca por la ejecución de actividades diferentes para las que fue contratado el trabajador, tales como labores recreativas, deportivas o culturales, incluidas las previstas en el artículo 21 de la Ley 50 de 1990, así se produzcan durante la jornada laboral, a menos que actúe por cuenta o en representación del empleador.
- b.) El sufrido por el trabajador, fuera de la empresa, durante los permisos remunerados o sin remuneración, así se trate de permisos sindicales.
- 1.3. **ACCIDENTE DE TRANSITO:** Suceso ocasionado o en el que haya intervenido un vehículo automotor en una vía pública o privada con acceso al público destinada al tránsito de vehículos, personas y/o animales, y que como consecuencia de su circulación o tránsito, o que por violación de un precepto legal o reglamentario de tránsito causa daño en la integridad física de una persona.
- 1.4. **ACTIVIDAD DE MEDIO:** Es el conjunto de actos médicos y servicios de salud prestados por los profesionales de la salud y/o por las entidades adscritas y no adscritas, con los cuales se pretende obtener un beneficio para el (los) **USUARIO(S)** en relación con su estado de salud, sin que puedan garantizarse los resultados ni los objetivos esperados. Los servicios que prestan los profesionales y entidades adscritas y no adscritas en desarrollo de este contrato constituyen una actividad de medio.
- 1.5. **ACTO MÉDICO:** La conducta de un médico u otro profesional de la salud, en ejercicio de su actividad profesional, adoptada para fines de control, diagnóstico de enfermedades o curación del (los) **USUARIO(S)**, todo ello dentro del marco consagrado por la Ley 23 de 1981 (Ley de Ética Médica).
- 1.6. **APECCIÓN CRÓNICA:** Toda enfermedad permanente o recidivante, o aquella cuya evolución se prolongue por más de seis (6) meses.
- 1.7. **AÑO:** Período de doce (12) meses contados desde el primer (1º) día de la fecha de vigencia del contrato o del **USUARIO**.
- 1.8. **APARATOS DE COMPLEMENTO TERAPÉUTICO:** Elementos naturales, o artificiales utilizados para mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del paciente.
- 1.9. **ATENCIÓN HOSPITALARIA:** Es el conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento necesarios para el diagnóstico y tratamiento de un **USUARIO** hospitalizado.
- 1.10. **ATENCIÓN AMBULATORIA:** Es el conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de un **USUARIO** no hospitalizado.
- 1.11. **AYUDANTIA:** Es la participación activa de uno o más médicos diferentes al médico tratante principal, en su calidad de ayudante(s) durante un procedimiento quirúrgico.
- 1.12. **CIRUGÍA PLÁSTICA REPARADORA FUNCIONAL:** Intervención y/o tratamiento que se realiza, para procurar, sin fines de embellecimiento y/o adelgazamiento, la reparación funcional de una estructura anatómica lesionada.
- 1.13. **COBERTURA:** Es el conjunto de servicios a cuya prestación tiene derecho el (los) **USUARIO(S)** en virtud del presente contrato y los cuales se encuentran detallados en los anexos del contrato. En ningún caso estarán incluidos dentro de la cobertura del contrato los servicios que no se mencionen expresamente ni aquellos que de conformidad con la **Cláusula Octava** y demás disposiciones del presente contrato se encuentren excluidos. Las coberturas objeto del presente contrato son personales e intransferibles entre **USUARIOS** del contrato.
- 1.14. **COBERTURA MÁXIMA:** Es el mayor valor que **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** reconozca, bien sea en pesos, porcentajes de cubrimiento, número de eventos y/o distancia, de acuerdo con los servicios utilizados por el (los) **USUARIO(S)**.
- 1.15. **CONSULTA MÉDICA:** Es el acto médico realizado por un profesional de la salud en medicina general o especializada, sin cualquiera de sus ramas, con el fin de evaluar, diagnosticar y tratar al **USUARIO**.
- 1.16. **CONTINUIDAD:** Es el reconocimiento del tiempo de permanencia, hasta por dieciocho (18) meses, en contratos de medicina prepagada inmediatamente anteriores a la vigencia del contrato con **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**, con el objeto de dar cobertura a una enfermedad cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiere iniciado durante los últimos dieciocho (18) meses de vigencia del contrato anterior. Dicha continuidad deberá quedar expresamente consignada en la carátula del presente contrato.
- 1.17. **CONTRATANTE:** Toda persona natural que celebre el presente contrato para su beneficio individual mediante su propia inscripción como **USUARIO** y/o para el beneficio de los **USUARIO(S)** por él escogidos. **EL CONTRATANTE**

es el único responsable frente a **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas; en consecuencia, **EL CONTRATANTE** podrá convenir con **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** modificaciones a las condiciones del contrato sin que se requiera para ello la aquiescencia de el (los) **USUARIO(S)**.

- 1.18. **ENFERMEDAD:** Alteración o desviación del estado de salud de una o varias partes del organismo humano.
- 1.19. **ENFERMERA AUXILIAR ACOMPAÑANTE:** Técnica en auxiliar de enfermería, que cumpla con los requisitos legales exigidos para su ejercicio en Colombia.
- 1.20. **ENFERMEDAD PROFESIONAL:** Todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, o del medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que haya sido determinada como enfermedad profesional por el Gobierno Nacional.
- 1.21. **ENTIDAD ADSCRITA:** Todo hospital, clínica, centro de imagenología o laboratorio clínico y en general toda institución que preste directa o indirectamente los servicios de salud descritos en el presente contrato a el (los) **USUARIO(S)** y cuya inscripción haya sido aprobada por **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** y se encuentren vigente al momento de solicitar la prestación de los servicios requeridos por el (los) **USUARIO(S)**.
- 1.22. **EQUIPO QUIRÚRGICO:** Es el grupo de profesionales (coyujanos de la misma especialidad y/o médico ayudante de cirugía) que intervienen en un procedimiento quirúrgico.
- 1.23. **ESTADO DE COMA:** Condición en que se encuentra una persona que, como consecuencia de alguna enfermedad o accidente, presenta pérdida de la conciencia, en la cual la persona no responde a ningún estímulo externo.
- 1.24. **EVENTO CATASTRÓFICO:** Todo aquel evento de origen natural o provocado por el hombre en forma accidental o voluntaria, cuya magnitud supera la capacidad de adaptación de la comunidad en la que se produce y que la afecta en forma masiva e indiscriminada generando la necesidad de ayuda externa.
- 1.25. **EXÁMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:** Comprenden los exámenes de laboratorio clínico e imagenología, utilizados como ayuda diagnóstica para el médico tratante.
- 1.26. **FECHA DE VIGENCIA DEL CONTRATO:** Día, mes y año a partir del cual el presente contrato comienza a producir plenos efectos entre las partes contratantes y que aparece registrada en la parte correspondiente de la carátula del contrato.
- 1.27. **FECHA DE VIGENCIA DEL USUARIO:** Día, mes y año a partir del cual una persona es aceptada, mediante anexo que forma parte integrante del presente contrato, en calidad de **USUARIO** del mismo, previa solicitud presentada por **EL CONTRATANTE** y el llenado de los requisitos exigidos por **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**.
- 1.28. **FISIOTERAPIA:** Actividad realizada por un profesional en fisioterapia, mediante el empleo de agentes físicos (luz, calor, agua, aire, ejercicios mecánicos) destinados a contribuir al tratamiento de una enfermedad.
- 1.29. **GUIA MÉDICA:** Listado de profesionales adscritos y de entidades adscritas, el cual es expedido por **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**. Dicha Guía Médica podrá ser modificada en cualquier momento por **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**, teniendo la facultad de incluir o excluir profesionales adscritos y/o entidades adscritas; modificaciones que **EL CONTRATANTE** acepta expresamente.
- 1.30. **HOSPITALIZACIÓN:** Es la permanencia de un **USUARIO** en una institución hospitalaria y/o clínica, por un término superior a veinticuatro (24) horas o en el caso en que permanezca en ella.
- 1.31. **INTERCONSULTA:** Consulta especializada realizada a un **USUARIO** hospitalizado por un profesional en la medicina diferente al médico tratante con previa y expresa solicitud del médico tratante.
- 1.32. **MEDICAMENTOS:** Es toda sustancia farmacológicamente activa o mezcla de estas, con o sin adición de sustancias auxiliares, preparada para ser presentada como forma farmacéutica, que se utilice para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de las enfermedades.
- 1.33. **MEDIOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO:** Procedimientos de apoyo para el diagnóstico médico, que se emplean para el estudio de funciones o estructuras de órganos o sistemas específicos.
- 1.34. **MUERTE CEREBRAL:** Es la cesación definitiva o irreversible de las funciones del tallo cerebral, todo ello dentro del marco consagrado por la Ley 23 de 1981 (Ley de Ética Médica).
- 1.35. **PERIODO DE CARENANCIA:** Tiempo mínimo que debe permanecer vigente la afiliación del (los) **USUARIO(S)** en el contrato de medicina prepagada para tener derecho a la cobertura de algunos servicios. Los periodos de carencia se contabilizan en forma individual, es decir por cada **USUARIO** de acuerdo con la fecha de vigencia del mismo.
- 1.36. **PLANES DE MEDICINA PREPAGADA:** Productos comercialmente ofrecidos por **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**, que contemplan la gestión para la prestación de paquetes de servicios de salud con características propias de precio, bajo la modalidad de guía de entidades y/o médicos adscritos o por intermedio de médicos e instituciones no adscritos.
- 1.37. **PORCENTAJE DE CUBRIMIENTO:** Es la parte proporcional del valor de la cobertura a reconocer de acuerdo con lo establecido en los anexos del contrato.
- 1.38. **PREEXISTENCIA:** Toda condición, enfermedad o lesión, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de vigencia del contrato o a la fecha de vigencia del (los) **USUARIO(S)**, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas. Las condiciones, enfermedades o afecciones de carácter congénito se consideran preexistentes para los fines de este contrato. En todo caso se considera preexistencia toda lesión, condición o enfermedad que aparezca como antecedente.

en la historia clínica del **USUARIO**, sin importar si ha sido declarada o no, o si ha sido detectada o no en el examen médico de ingreso, si éste se hubiere realizado. Así mismo, se considera preexistencia todo antecedente declarado en el cuestionario de salud, las cuales se consignarán de manera expresa en la carátula del contrato.

- 1.39 PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:** Es la operación instrumental cruenta, total o parcial que se practica sobre el cuerpo humano para el diagnóstico o tratamiento de las enfermedades, embarazo o accidentes y que requiere el uso de sala de cirugía.
- 1.40 PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO AMBULATORIO:** Es la operación instrumental cruenta, total o parcial que se practica sobre el cuerpo humano para el diagnóstico o tratamiento de las enfermedades, embarazo o accidentes y que es realizada como atención ambulatoria.
- 1.41 PROFESIONAL ADSCRITO:** El profesional en alguna ciencia de la salud y/o la medicina que preste sus servicios, en forma independiente y autónoma a los **USUARIO(S)** de **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** y cuya inscripción haya sido aprobada por ésta y se encuentre vigente al momento de solicitar la prestación de los servicios requeridos por el (los) **USUARIO(S)**.
- 1.42 PROFESIONAL DE LA SALUD:** Toda persona natural que legalmente haya obtenido el título universitario para el ejercicio de alguna de las ciencias de la salud y/o medicina en Colombia o que haya validado en este país el título obtenido en el extranjero, y que además tenga vigente la autorización oficial para el ejercicio profesional en Colombia.
- 1.43 PRÓTESIS:** Piezas y elementos artificiales o biológicos utilizables como reemplazo de un órgano o parte del cuerpo, aparatos mecánicos, electrónicos o similares que sustituyan o complementen la función de un órgano o parte del mismo.
- 1.44 SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA:** Es el sistema organizado y establecido por **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** en concordancia con las disposiciones legales vigentes, mediante el cual, en virtud de la gestión que realiza **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**, y previo el pago del precio convenido, el (los) **USUARIO(S)** obtienen por parte de los profesionales y entidades adscritos o no adscritos, la prestación de los servicios médicos curativos.
- 1.45 SOM:** Servicio de Orientación Médica Telefónica ofrecido por **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** a todos los usuarios del contrato, durante todo el año de vigencia del mismo, las veinticuatro (24) horas del día, con el objetivo de resolver inquietudes referentes a instituciones cercanas y orientación de primeros auxilios.
- 1.46 TARIFA DE REEMBOLSO:** Son los valores que, en los términos estipulados en el presente contrato y sus anexos, **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** reintegrará al **CONTRATANTE**, como consecuencia de los servicios recibidos por profesionales y/o instituciones no adscritas a **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**, o por profesionales y/o instituciones adscritas, cuando acuda a ellos el (los) **USUARIO(S)** sin previa autorización, optando por tal circunstancia por el mecanismo de reembolso.
- 1.47 TERAPIA RESPIRATORIA:** Actividad realizada por un profesional en terapia respiratoria, destinada a colaborar con el tratamiento de las enfermedades respiratorias.
- 1.48 TERAPIA DEL LENGUAJE:** Actividad realizada por un profesional en FONOAUDIOLÓGICA o terapia del lenguaje, destinada a contribuir en el tratamiento de las alteraciones del lenguaje.
- 1.49 TERAPIA FÍSICA:** Fisioterapia.
- 1.50 TOPE POR SERVICIO:** Es el valor máximo en pesos que **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** reembolsará al **CONTRATANTE** y/o **USUARIO(S)** por la utilización de cualquiera de los servicios cubiertos en virtud del presente contrato. Dichos topes se reajazarán a partir del primero (1°) de enero de cada año, hasta en un porcentaje equivalente al cien por ciento (100%) del Índice de Precios al Consumidor (I.P.C.) certificado por el DANE para el año inmediatamente anterior.
- 1.51 URGENCIA MÉDICA:** Todo tipo de afección súbita, aguda e inesperada, que de no ser diagnosticada y/o tratada de inmediato, pone en peligro la vida del **USUARIO(S)**.
- 1.52 USUARIO:** Persona natural que habiendo sido aceptada en calidad de tal por **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**, por virtud del presente contrato tiene acceso a los beneficios del sistema de medicina prepagada ofrecido por **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**.
- 1.53 UNIDAD DE PAGO DIRECTO:** Consiste en el valor unitario del pago moderador a cargo del usuario, que éste deberá sufragar al profesional o entidad inscrita cuando acceda a los servicios cubiertos por el presente contrato. El valor de la unidad de pago directo y el número de las mismas que se requieren para cada servicio en particular, será el definido por **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** en el programa de copagos y pagos moderadores, determinado por **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** y aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

CLÁUSULA SEGUNDA. OBJETO:

COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA dentro del marco de las obligaciones, condiciones, términos, coberturas, topes y exclusiones previstos tanto en el presente contrato como en sus respectivos anexos, se compromete, previo el pago de la cuota que en cada caso deba cancelar **EL CONTRATANTE** y con sujeción a las normas que regulan el Sistema de Medicina Prepagada, a gestionar la prestación de servicios de salud curativos que requiera(n) el (los) **USUARIO(S)**, por parte de los profesionales y entidades adscritos, y asumir directamente los costos que ellos impliquen de acuerdo con el plan contractual y sus respectivos anexos, o en defecto de lo anterior y en los eventos en que el (los) **USUARIO(S)** utilice(n) los servicios de salud en entidades y/o con profesionales adscritos sin previa autorización o en entidades y/o con profesionales no adscritos a reembolsar los gastos asumidos por el (los) **USUARIO(S)** hasta los topes establecidos.

CLÁUSULA TERCERA. COBERTURAS:

Los servicios de salud que se encuentran cubiertos en virtud del presente contrato son los que expresamente se especifican en el anexo denominado coberturas y tarifas de reembolso el cual forma parte integrante del presente contrato, así como en el Plan Básico y sus anexos, todo ello en el entendido que exclusivamente se cubrirán aquellos medicamentos, procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que hayan sido homologados por las asociaciones médicas reconocidas en el país.

En el evento en que el **CONTRATANTE** y/o el (los) **USUARIO(S)** utilicen los servicios de salud amparados por virtud del presente contrato, por intermedio de profesionales y/o instituciones adscritas a **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**, debiendo esta última por la modalidad escogida asumir la totalidad de los costos correspondientes, se requerirá, en todo caso, la autorización previa expedida por **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**, salvo en los siguientes eventos: Consulta Externa y Exámenes de laboratorio e imagenología, cuando dichas coberturas hayan sido contratadas.

CLÁUSULA CUARTA. COBERTURA INTERNACIONAL.

Por virtud de la presente cobertura y con el cumplimiento de los requisitos exigidos por **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**, se reconocerá mediante el mecanismo

de reembolso a las tarifas de reembolso vigentes a la fecha de atención del (los) **USUARIO(S)** y hasta por diez (10) días por evento, el valor de los servicios de CIRUGÍAS PROGRAMADAS y URGENCIAS PROGRAMADAS ofrecidos en el exterior por cualquier entidad hospitalaria. Para los eventos de CIRUGÍAS PROGRAMADAS se requerirá autorización previa expedida por **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**.

CLÁUSULA QUINTA. NO RETROACTIVIDAD DE LAS COBERTURAS: Las coberturas previstas de manera taxativa en los anexos del presente contrato operan hacia el futuro, es decir a partir de la fecha de vigencia del (los) **USUARIO(S)**. Ninguna cobertura tendrá aplicación en oportunidad anterior a la establecida.

COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA podrá, sin estar en todo caso obligada a ello, reconocer continuidad a algún(os) **USUARIO(S)**, decisión que deberá quedar consignada en la carátula del contrato.

CLÁUSULA SEXTA. DELIMITACIÓN DE LAS COBERTURAS:

COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA única y exclusivamente se obliga a cubrir los gastos por los servicios incluidos dentro de la cobertura del presente contrato y sus anexos.

CLÁUSULA SÉPTIMA. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Los servicios objeto del presente contrato, serán prestados bien sea por profesionales y entidades adscritos a **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**, de acuerdo con los convenios que con ellos se hubieren celebrado o mediante el mecanismo de reembolso en los casos en que el (los) **USUARIO(S)** opten por utilizar para tal fin instituciones y profesionales no adscritos a **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** o cuando siendo adscritos, el (los) **USUARIO(S)** no cuenten con la autorización expresa expedida por **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** y decida utilizar los servicios de salud cubiertos.

En los eventos en que opere el mecanismo de reembolso, **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** reconocerá los gastos en que haya incurrido el (los) **USUARIO(S)** hasta los topes y coberturas máximas establecida en el contrato y sus anexos, teniendo siempre presente que los mismos se liquidarán y pagarán con base en las tarifas de reembolso vigentes a la fecha de atención del (los) **USUARIO(S)**.

En todos los casos en los cuales el servicio se preste en una entidad o por un profesional no adscrito, o cuando siendo adscritos, el (los) **USUARIO(S)** no cuenten con la autorización expresa expedida por **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** y decida utilizar los servicios de salud cubiertos, bien sea fuera o dentro del país, **EL CONTRATANTE** o el **USUARIO** según el caso, deberá solicitar a **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** expresamente y por escrito el reembolso de los gastos incurridos, indicando su valor y los servicios prestados y anexando las facturas en original expedidas por el profesional y/o la entidad que hubiere prestado el servicio, fotocopia del resumen de atención médica correspondiente y demás documentos que **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** estime convenientes y necesarios para acreditar la existencia del evento, la cuantía del mismo y la atención recibida por el (los) **USUARIO(S)**. La solicitud de reembolso deberá efectuarla **EL CONTRATANTE** o el **USUARIO** según el caso, en un término máximo de sesenta (60) días contados a partir de la fecha en que el **USUARIO** haya sido dado de alta de la institución que lo haya atendido.

Si se comprueba que para acreditar el derecho al pago de los reembolsos se presentaron documentos adulterados o fraudulentos o de alguna otra manera se falseó la verdad **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** quedará exenta de toda obligación o responsabilidad y **EL CONTRATANTE** perderá todo derecho al pago del reembolso, siendo además causal de terminación automática del presente contrato.

PARÁGRAFO: El médico que atienda el caso en desarrollo del servicio, será quien diagnostique la dolencia que sufra el **USUARIO** y recomendará si el tratamiento a seguir ha de ser ambulatorio o precisa de hospitalización; todo ello sin perjuicio de la valoración que del diagnóstico y tratamiento a seguir efectúe el Departamento de Auditoría Médica de **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**.

CLÁUSULA OCTAVA. EXCLUSIONES:

COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA no expedirá autorizaciones ni asumirá costo alguno en relación con los servicios de salud, eventos, procedimientos y/o servicios complementarios que se requieran o hayan sido prestados a un **USUARIO**, incluso en los casos de urgencias, por causa o como consecuencia de los eventos y/o procedimientos expresamente consignados, tanto en la presente cláusula como en el contrato.

- 8.1 **PREEXISTENCIAS**, de acuerdo con la definición establecida en el numeral 1.38 de la cláusula primera del contrato, así como las malformaciones y anomalías congénitas y/o hereditarias. Esta exclusión opera incluso tratándose de urgencia médica, salvo lo consignado en la cláusula décima segunda numeral 12.2 inciso primero del presente contrato (atención del recién nacido).
- 8.2 **Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por causa o como consecuencia de alcoholismo o drogadicción, así como las enfermedades y/o accidentes producidos por encontrarse el (los) USUARIO(S) en estado de embriaguez o bajo los efectos de haber consumido bebidas embriagantes o estupefacientes.**
- 8.3 **Intento de suicidio y lesiones autoprovocadas deliberadamente por el USUARIO, así como las enfermedades y/o lesiones que se hubiere causado el USUARIO voluntariamente o encontrándose en estado de enajenación mental temporal o permanente, incluyéndose dentro de estas lesiones las originadas por la negligencia en el cumplimiento de las prescripciones médicas indicadas por el médico tratante.**
- 8.4 **Afecciones y/o traumas dentales, alveolares o gingivales, así como sus complicaciones. COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA en ningún momento y bajo ninguna modalidad cubrirá el suministro de prótesis dentales ni su implantación.**
- 8.5 **Exámenes y/o hospitalización para Cheques Ejecutivos, consulta o exámenes para certificados médicos, hospitalización para cirugías o tratamientos que puedan realizarse en forma ambulatoria.**
- 8.6 **Hidroterapia, celuloterapia, escleroterapia, puvoterapia, curas de sueño, reposo o similares, uvulopalatofaringoplastia, tratamientos de obesidad, adelgazamiento, rejuvenecimiento, cosmología y cámara hiperbárica, así como tratamientos médicos alternativos (Homeopatía, acupuntura, etc.) y todos aquellos procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que no hayan sido homologados y/o avalados por las asociaciones médicas reconocidas en el país.**
- 8.7 **Abortos provocados y secuelas o complicaciones de los mismos.**
- 8.8 **Conductas terapéuticas y/o procedimientos médico quirúrgicos no aprobados por las diferentes asociaciones médicas existentes en el país.**
- 8.9 **Enfermedades profesionales y lesiones provenientes de accidentes de trabajo.**
- 8.10 **Lesiones originadas en riñas o reyertas en que participe el USUARIO habiéndolas o no ocasionado; salvo en el caso de legítima defensa.**
- 8.11 **Suministro de medicamentos comercializados o no en Colombia en tratamiento ambulatorio y el suministro de medicamentos catalogados como estimulantes del sistema inmunológico para el tratamiento intrahospitalario y/o ambulatorio, para cualquier tipo de patología.**

- 8.12 **Aparatos de complemento terapéutico, así como corsets, fajas, mallas, silla de ruedas, muletas, audífonos, audifonos, audifonos, filtros vasculares, prótesis auditivas, prótesis oculares, prótesis vasculares, prótesis articuladas y tutores externos ni la adaptación y/o implantación de los mismos.**
- 8.13 **Fertilización o esterilización masculina o femenina, así como la inseminación artificial, tratamientos y estudios complementarios de fertilidad o infertilidad y para regulación.**
- 8.14 **Trasplante de órganos, salvo el de riñón y el de córnea, los cuales estarán cubiertos en los términos del presente contrato y sus anexos.**
- 8.15 **Valor de la sangre y sus derivados, así como la consecución de los mismos, todo lo cual estará a cargo del CONTRATANTE y/o USUARIO.**
- 8.16 **Lesiones o afecciones causadas directa o indirectamente por acontecimientos tales como temblor, terremoto, actividad volcánica, derrumbe, inundación, energía atómica, guerra (sea o no declarada), conmoción civil, revolución, asonada, actos terroristas, secuestro y participación activa en huelgas o motines o comisión de delitos.**
- 8.17 **Corrección de los defectos de refracción visual, ni el suministro de anteojos y/o lentes, así como tampoco se cubrirá la corrección mediante tratamiento médico o quirúrgico de astigmatismo, miopía e hipermetropía, ni exámenes especializados para el estudio de defectos de refracción visual.**
- 8.18 **Cirugías plásticas, salvo aquellas que se realicen para procurar, sin fines de embellecimiento y/o adelgazamiento, la reparación funcional de una estructura anatómica lesionada.**
- 8.19 **Llamados de larga distancia, comidas extras, elementos de uso personal, toallas higiénicas, jabones, biberones, pañales, servicio de cafetería, así como procedimientos y/o intervenciones no incluidas dentro de las coberturas o servicios amparados por virtud del presente contrato.**

CLÁUSULA NOVENA PERÍODOS DE CARENCIA:

Están sometidos a períodos de carencia los servicios y/o coberturas que se especifican a continuación:

INICIO DE BENEFICIOS	SERVICIOS
• A partir del primer (1) día del quinto (5) mes, contados a partir de la fecha de vigencia del (los) USUARIO(S).	• Tratamiento Squattico.
• A partir del primer (1) día del décimo segundo (12) mes, contados a partir de la fecha de vigencia del (los) USUARIO(S).	• Tratamiento para el Cáncer: Quimioterapia, Radioterapia y Cobaltoterapia. • Tratamiento Hospitalario para el SIDA y sus complicaciones.
• A partir del primer (1) día del cuarto (4) año, contados a partir de la fecha de vigencia del (los) USUARIO(S).	• Trasplante de Riñón. • Diálisis Renal para afección crónica e irreversible.
• A partir del primer (1) día del quinto (5) año, contados a partir de la fecha de vigencia del (los) USUARIO(S).	• Trasplante de Córnea.

CLÁUSULA DÉCIMA OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATANTE Y EL (LOS) USUARIO(S):

- 10.1. **A CARGO DEL CONTRATANTE: EL CONTRATANTE se obliga para con COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA a:**
- 10.1.1 **Declarar y contestar en forma completa y veraz en el cuestionario de salud que le presente COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA el verdadero estado de salud y las demás preguntas en él contenidas, en relación con la(s) persona(s) en favor de quienes contrata como USUARIO(S), cuando éstas sean incapaces relativos o absolutos en los términos legales, siempre y cuando sea su representante legal en caso contrario, tal declaración y firma la deberá efectuar quien ostente la calidad de representante legal.**
- 10.1.2 **Pagar de manera anticipada el valor del presente contrato, según lo consagrado en la Cláusula Décima Primera del presente contrato.**
- 10.1.3 **Reembolsar a COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que ésta lo solicite, el valor de los servicios prestados cuando dentro de los ciento veinte (120) días siguientes a la prestación de algún servicio, COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA verifique que el respectivo USUARIO no tenía derecho a tales servicios según los términos, condiciones, coberturas, topes, limitaciones y/o exclusiones pactados en el presente contrato. Dicho término de ciento veinte (120) días, tendrá plena validez, siempre y cuando la consecución de los antecedentes necesarios sean del resorte exclusivo de COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA, toda vez que de lo contrario, COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA tendrá la posibilidad de solicitar el reembolso mientras dure vigente el presente contrato.**
- COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA podrá reclamar los reembolsos solicitados por vía judicial y sin necesidad de requerimiento previo alguno, por lo que EL CONTRATANTE renuncia a todo tipo de requerimiento, pudiendo COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA iniciar la acción ejecutiva para el rescaudo de los dineros a reembolsar por servicios prestados a los que no tenía derecho. Para efectos del cobro judicial de estas obligaciones, el presente contrato prestará merito ejecutivo, junto con la liquidación que del costo de dichos servicios realice COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA.**
- 10.1.4 **Pagar los impuestos que graven o lleguen a gravar el presente contrato.**
- 10.1.5 **EL CONTRATANTE se obliga para con COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA, en caso de accidente, a realizar las gestiones judiciales y extrajudiciales tendientes a reclamar contra el terreno causante del accidente, cualquier tercero civilmente responsable o la compañía de seguros correspondientes, el importe total de los gastos en que haya incurrido COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA, como consecuencia de la atención prestada al USUARIO accidentado, dentro de las condiciones, términos, coberturas, topes y exclusiones previstos tanto en el presente contrato como en sus respectivos anexos.**
- En caso de que EL USUARIO o EL CONTRATANTE obtengan indemnización de parte de los responsables o de cualquier persona o entidad, por concepto de los gastos médicos asistenciales asumidos por COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA, deberá entregar a esta última tal indemnización, inmediatamente y hasta concurrencia de los gastos asumidos. EL CONTRATANTE declara expresamente que, sin perjuicio de las obligaciones asumidas por virtud del contrato, subroga voluntariamente a COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA en todos los derechos y acciones que puedan corresponderle como acreedor en el evento citado, en todo de acuerdo con el artículo 1669 del Código Civil, para efectos de lo cual suministrará a COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA la información y documentos que ésta requiera para la realización de los trámites correspondientes.

- 10.1.6 **Cancelar las unidades de pago directo requeridas por COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA para acceder a la cobertura de cada evento al respectivo profesional o entidad inscrita que preste el servicio, todo ello de acuerdo a lo establecido en los anexos del presente contrato.**
- 10.1.7 **Todas las demás que en su calidad de USUARIO le sean aplicables de conformidad con el Numeral 10.2 de la Cláusula Décima de este contrato.**
- 10.2. **A CARGO DEL (LOS) USUARIO(S): EL (LOS) USUARIO(S) se obliga(n) para con COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA a:**
- 10.2.1 **Declarar y contestar en forma veraz en el cuestionario de salud que le presente COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA su verdadero estado de salud y las demás preguntas en él contenidas, cuando sea una persona capaz en los términos legales.**
- 10.2.2 **Presentar al profesional o entidad adscrita, o en las oficinas de COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA, según sea el caso, el carné que lo acredite como afiliado a COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA y su documento de identificación, cuando solicite la prestación de los servicios objeto del presente contrato por medio de la guía médica.**
- 10.2.3 **Presentar ante el profesional o la entidad adscrita la autorización expedida por COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA, en todos aquellos eventos en que así lo exija COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA.**
- 10.2.4 **Cancelar las unidades de pago directo requeridas por COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA para acceder a la cobertura de cada evento al respectivo profesional o entidad inscrita que preste el servicio, todo ello de acuerdo a lo establecido en los anexos del presente contrato.**
- 10.2.5 **Acudir a la respectiva cita médica, cuando COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA le exija examen médico de ingreso, cita médica que deberá solicitar EL USUARIO dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA le informe de tal requisito. En caso de que el (los) USUARIO(S) incumplan con el citado requisito, se entenderá que el mismo ha desistido de formar parte del contrato en su calidad de USUARIO.**
- 10.2.6 **Asumir los costos que impliquen la práctica de los exámenes médicos de ingreso, los cuales se realizarán en el sitio y hora determinados por COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA.**
- 10.2.7 **Entregar en las oficinas de COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA, a la terminación del contrato o a su retiro del mismo por cualquier causa, dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha en que se presente cualquiera de las dos circunstancias, los carnés que lo identifiquen como usuario de COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA. En caso contrario se hacen responsables por la indebida utilización que se les de a estos documentos.**
- 10.2.8 **Restituir a COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA los costos ocasionados por los servicios recibidos por el (los) USUARIO(S) o por un tercero, en caso de utilización del carné de identificación después de la terminación del contrato o de la pérdida de la calidad de USUARIO, o por el uso indebido de los mismos, sin perjuicio de las acciones judiciales a que haya lugar.**
- 10.2.9 **Permitir el acceso a la información consignada en su historia clínica y suministrar copia de la misma cuando así lo solicite COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA. Se entiende que en desarrollo de la presente obligación autorizan a los médicos e instituciones o similares, adscritos o no, que poseen datos sobre su salud, a suministrar tal información a COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA, COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA a través de sus instituciones y profesionales adscritos se compromete a guardar la debida reserva legal de la Historia Clínica y por ende a proteger los derechos fundamentales consagrados en la Constitución.**

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA VALOR Y FORMA DE PAGO:

El pago del presente contrato se realizará por parte del CONTRATANTE a COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA por anualidades anticipadas dentro de los diez (10) primeros días contados a partir de la fecha de vigencia del contrato, como contraprestación por los servicios objeto del mismo y teniendo en cuenta el número de USUARIO(S) que se afilien, las tarifas, rangos de edad y sexo que sean publicadas por COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA de conformidad con las disposiciones legales sobre el particular y según lo consagrado en la Cláusula Vigésima Primera del presente contrato. Las tarifas establecidas por COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA están basadas en rangos diferenciales de edad y sexo.

En caso de inclusión o exclusión de USUARIO(S) se determinará el nuevo precio del contrato y de cada una de las cuotas. La variación en el precio del contrato se establecerá en anexo de inclusión o exclusión correspondiente, según sea el caso.

COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA podrá conceder el fraccionamiento de la cuota en forma semestral o mensual a solicitud del CONTRATANTE, en cuyo caso, el pago se realizará dentro de los diez (10) primeros días del periodo fraccionado pactado.

EL CONTRATANTE puede solicitar con treinta (30) días de antelación al momento de la renovación del contrato, el cambio en la forma de pago y COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA se reserva el derecho de aceptar o no tal solicitud.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE USUARIO(S) AL CONTRATO:

12.1 **INCLUSIÓN DE USUARIO(S) AL CONTRATO:** La inclusión del(los) USUARIO(S) adicionales a los inicialmente inscritos, deberá ser solicitada por EL CONTRATANTE en las oficinas de COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA mediante el diligenciamiento de la respectiva solicitud de ingreso y el cuestionario de salud. Si dicha solicitud es aceptada por COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA, la fecha de inclusión del (los) nuevo(s) USUARIO(S) a partir de la cual se contarán los términos establecidos para adquirir derecho a la prestación de servicios según lo establecido por el presente contrato, será la que aparezca en el respectivo anexo de inclusión. Si pasados treinta (30) días desde la fecha de la presentación de la solicitud, COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA no ha expedido el anexo de inclusión, se entenderá que la solicitud ha sido rechazada.

Si la solicitud de inclusión es presentada antes del día quince (15) del mes en que se realiza, dicha inclusión, de ser aceptada por COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA, surtirá efecto a partir del día primero (1°) del mes siguiente; si la solicitud es presentada después del día quince (15) del mes en que se realiza, la inclusión del USUARIO, de ser aceptada por COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA, surtirá efecto a partir del día primero (1°) del mes subsiguiente, ajustándose en ambos casos el precio del contrato y las cuotas correspondientes a la nueva situación creada, ajuste que se realizará a partir de la fecha de vigencia del (los) nuevo(s) USUARIO(S).

12.2 **INCLUSIÓN Y COBERTURA DEL BEBE(S) EN GESTACIÓN Y DEL RECIÉN NACIDO:** EL CONTRATANTE podrá inscribir al hijo(s) por nacer de la(s) usuaria(s) con derecho a la cobertura de maternidad, a más tardar en el quinto (5°) mes de embarazo (correspondiente a embarazos con edad gestacional entre 22 y 26 semanas). Cuando tal inscripción se realice dentro del término señalado y se pague el valor de la tarifa correspondiente, el (los) recién nacido(s) tendrán derecho a la cobertura por la totalidad de los servicios hospitalarios y quirúrgicos objeto del contrato desde el momento mismo del nacimiento, sin que haya lugar a la aplicación de períodos de carencia o exclusiones por enfermedades o anomalías de carácter congénito.

Para el (los) recién nacido(s) de la(s) usuaria(s) con derecho a la cobertura de maternidad que no sean inscritos en los términos indicados en el inciso anterior (a más tardar en el quinto (5) mes de embarazo), **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** cubrirá todos los servicios neonatales médicos y hospitalarios contemplados dentro de la cobertura del presente contrato, durante un periodo de ocho (8) días contados a partir de la fecha de nacimiento, excluidas de esta cobertura las malformaciones y anomalías congénitas, trastornos hereditarios y procedimientos quirúrgicos.

Si dentro de los ocho (8) días siguientes contados a partir de la fecha de nacimiento, **EL CONTRATANTE** presenta la solicitud de ingreso para la inclusión de el (los) recién nacido(s) al contrato, y esta es aprobada por **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**, las coberturas mencionadas en el inciso anterior (servicios neonatales, médicos y hospitalarios), así como sus exclusiones (malformaciones, anomalías congénitas, trastornos hereditarios y procedimientos quirúrgicos) se extenderán hasta la fecha de vigencia del **USUARIO** y a partir de dicha vigencia se aplicará para el (los) recién nacido(s) el contrato con todas sus coberturas, limitaciones y exclusiones. En el evento de no ser aceptada la inclusión del recién nacido, en calidad de usuario del contrato, los valores de los servicios recibidos deberán ser cubiertos en su totalidad por **EL CONTRATANTE**.

Cuando el potencial **USUARIO** sea un recién nacido, será discrecionalidad de **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** su aceptación como tal en el contrato. Si la inclusión es solicitada y aceptada dentro de los primeros ocho (8) días de vida del recién nacido, este quedará incluido como **USUARIO** del contrato a partir de las fechas indicadas en el inciso segundo del numeral 12.1, de la **Clausula Décima Segunda**, sin que exista solución de continuidad frente a las coberturas del contrato. Si la solicitud de inclusión se realiza después de los primeros ocho (8) días de vida del recién nacido, se tramitará como la de cualquier **USUARIO** adicional y la fecha de vigencia será la que aparezca en el anexo de inclusión correspondiente.

COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA se reserva el derecho de aceptar o no la inclusión de nuevos **USUARIO(S)**, así como el de explicar los motivos o razones para la negativa. En todo caso no habrá lugar a la devolución de sumas de dinero canceladas por **EL CONTRATANTE** y/o por el (los) **USUARIO(S)** por concepto de cuotas de inscripción o de exámenes médicos.

12.3 REQUISITOS PARA LA INCLUSIÓN DE USUARIO(S) AL CONTRATO:

12.3.1 EDAD: Son elegibles como **USUARIO(S)** todas aquellas personas que **EL CONTRATANTE** tenga interés en vincular al desarrollo del contrato en calidad de **USUARIO(S)**.

12.3.2 SOLICITUD DE INGRESO: **EL CONTRATANTE** debe diligenciar, bajo su exclusiva responsabilidad, la solicitud de ingreso diseñada para el efecto por **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**.

12.3.3 CUESTIONARIO DE SALUD: Para efectos de verificar las respuestas dadas en el cuestionario de salud, el potencial **USUARIO** se obliga a permitir a **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** el acceso a la información contenida en su historia clínica y a suministrarla cuando ésta lo solicite. Así mismo autoriza expresamente a los médicos e instituciones que posean datos sobre su salud para suministrar tal información a **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**.

EL CONTRATANTE y el **USUARIO** serán responsables por cualquier omisión, inexactitud, falsedad o reticencia contenida en el cuestionario de salud, una vez éste haya sido firmado en señal de conformidad con la información allí contenida.

12.3.4 EXAMEN MÉDICO: **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** podrá, cuando lo considere necesario, solicitar examen médico de ingreso como requisito de inclusión, para todos o algunos de los potenciales **USUARIOS**, todo ello de acuerdo con lo consagrado en la **Clausula Décima, Numerales 10.2.5 y 10.2.6**.

12.4 EXCLUSIÓN DE USUARIO(S) AL CONTRATO: La exclusión de **USUARIO(S)** del presente contrato, deberá ser comunicada por escrito por **EL CONTRATANTE** a **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**, a través de sus oficinas, acompañando a tal comunicación el (los) carnés de el (los) **USUARIO(S)** a retirar. Si la solicitud es presentada antes del día quince (15) del mes en que se realiza la exclusión del **USUARIO** surtirá efecto a partir del día primero (1º) del mes siguiente; si la solicitud es presentada después del día quince (15) del mes en que se realiza, la exclusión del **USUARIO** surtirá efecto a partir del día primero (1º) del mes siguiente, ajustándose en ambos casos al precio del contrato y las cuotas correspondientes a la nueva situación creada por dicha exclusión, ajuste que se realizará a partir de la fecha de exclusión del usuario.

Cuando se retire a uno ó a varios **USUARIO(S)** y **EL CONTRATANTE** tuviere pagadas la totalidad de las cuotas por un periodo de tiempo mayor, **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** se obliga a devolver, en un término no mayor de treinta (30) días contados a partir de la fecha en que se haga efectiva la exclusión, la parte proporcional de las cuotas correspondientes a ese (esos) **USUARIO(S)** no causadas, reembolsando al **Contratante** el 80% de las mismas y el 20% restante quedará a disposición de **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** por concepto de gastos generales y de administración.

En los casos de pago fraccionado (semestral o mensual) **EL CONTRATANTE** se obliga a pagar a **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** el 20% de la cuota proporcional no causada correspondiente a ese (esos) **USUARIO(S)** por concepto de gastos generales y de administración.

CLAUSULA DÉCIMA TERCERA: ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL:

COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA no cubrirá por el presente contrato los costos derivados de la atención médica, quirúrgica, hospitalaria y en general la que se deba prestar al **CONTRATANTE** y/o **USUARIO(S)**, por causa o con ocasión de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, toda vez que los mismos, de conformidad con la reglamentación legal sobre el particular, serán asumidos por la Administradora de Riesgos Profesionales a la que se encuentre(n) afiliado(s).

CLAUSULA DÉCIMA CUARTA: ACCIDENTES DE TRANSITO:

En caso de Accidente de Tránsito que genere una hospitalización o una cirugía, en una institución adscrita, **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** cubrirá directamente el valor de la atención de las lesiones o perturbaciones funcionales sufridas por el **USUARIO**, cuya cuantía exceda de quinientos (500) salarios mínimos legales diarios vigentes al momento del accidente, en los casos de víctimas no politraumáticas, o de ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes al momento del accidente en los casos de víctimas politraumáticas y únicamente en la parte que exceda de dicho(s) monto(s), todo ello de conformidad con lo establecido en el Decreto 1283 de julio 23 de 1996 y demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan. Si dichos eventos son atendidos por una institución no adscrita, **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** asumirá el valor de la atención de las lesiones o perturbaciones funcionales sufridas por el **USUARIO**, por el mecanismo de reembolso y de acuerdo con el plan contratado, únicamente en exceso de los topes antes señalados.

Cuando por disposición legal se modifique el monto máximo de cobertura para los servicios derivados de Accidente de Tránsito, se entenderán modificados los montos antes mencionados, para efectos de lo dispuesto en el inciso primero de esta cláusula, todo ello de acuerdo con lo dispuesto en la ley. Las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud están obligadas por expresa mando legal a cobrar los primeros quinientos (500) salarios mínimos legales diarios directamente a la Compañía de Seguros que haya expedido la póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), o directamente al Fondo de Solidaridad y Garantía cuando se trate de vehículos no asegurados o no identificados; los restantes trescientos (300) salarios mínimos legales diarios deberán ser cobrados al Fondo de Solidaridad y Garantía, cuando se trate de víctimas politraumáticas.

Si el **USUARIO** entra en estado de coma, **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** cubrirá su hospitalización hasta por cuarenta (40) días al año, contados a partir del momento en que se declare por parte de los médicos tratantes el estado de coma. Dicho periodo de tiempo no es acumulable para años subsiguientes; y si se llegase a presentar muerte cerebral **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** cubrirá su hospitalización y los gastos que ella demande por dos (2) días, contados a partir del momento en que se declare por parte de los médicos tratantes la muerte cerebral.

CLAUSULA DÉCIMA QUINTA. PAGO DE LOS SERVICIOS:

Los costos de los servicios cubiertos por este contrato serán pagados directamente por **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** al profesional o la entidad adscrita que haya prestado el servicio de salud y/o complementario o en su defecto, se cancelarán por el mecanismo de reembolso al **CONTRATANTE** cuando tales servicios hubiesen sido prestados por profesionales e instituciones no adscritas a **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**, o por profesionales y/o instituciones adscritas, cuando acuda a ellos el (los) **USUARIO(S)** sin previa autorización, optando por tal circunstancia por el mecanismo de reembolso.

CLAUSULA DÉCIMA SEXTA. CARNES DE AFILIACIÓN:

Los usuarios de **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** tendrán un carné de afiliación que los acredite como beneficiario del sistema de medicina prepagada ofrecido por **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** de acuerdo con el plan contratado. Los carnés de identificación son propiedad de **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** y de carácter personal e intransferible en su uso. En caso de que el **USUARIO** portador del carné permita que otras personas utilicen dicho documento para obtener autorización y/o prestación de servicios, **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** podrá dar unilateralmente por terminado el contrato, según lo previsto en la **Clausula Vigésima Cuarta del presente contrato**, sin perjuicio de iniciar las acciones judiciales del caso.

En caso de extravío o hurto del carné de identificación, **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** expedirá, con costo a cargo del **CONTRATANTE**, el duplicado correspondiente, previa solicitud escrita del **USUARIO** para lo cual deberá presentar el denuncia correspondiente por pérdida o hurto, cuotas correspondientes a la nueva situación creada por dicha exclusión, ajuste que se realizará a partir de la fecha de exclusión del usuario.

CLAUSULA DÉCIMA SÉPTIMA. UNIDADES DE PAGO DIRECTO:

Los usuarios cancelarán a los prestadores correspondientes, las unidades de pago directo en el momento de solicitar un servicio. **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** determinará el número de unidades de pago directo que se exija para cada servicio según los anexos del presente contrato, así como el valor de las mismas, de conformidad con el programa de copagos y pagos moderadores determinado por **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** y aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud. En ningún caso podrá entenderse que el valor de las mismas, se encuentra incluido dentro del precio del contrato.

CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA. HISTORIA CLÍNICA:

Con el fin de controlar la calidad y correcta utilización de los servicios durante toda la vigencia del contrato, el (los) **USUARIO(S)** se obliga(n) a permitir el acceso a la información consignada en su historia clínica y se obligan a suministrarla cuando así lo solicite **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**. De igual forma autorizan a los médicos e instituciones, o similares, que posean datos sobre su salud, para suministrar tal información a **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**.

CLAUSULA DÉCIMA NOVENA. AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y COMPLEMENTARIOS:

Teniendo en cuenta la naturaleza y objeto del presente contrato, las relaciones médico-paciente y paciente-entidad se desarrollan con plena autonomía científica, técnica y administrativa de los profesionales y las entidades prestadoras de los servicios, de tal manera que **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** no responderá por los perjuicios que eventualmente lleguen a derivarse de la prestación de los servicios de Salud y complementarios. Por esta razón, **EL CONTRATANTE** declara expresamente que si eventualmente llegaran a presentarse reclamaciones de carácter judicial o reclamaciones sólo podrán dirigirse contra el profesional o la entidad que hubiere prestado el respectivo servicio y que en ningún caso invocará responsabilidad de **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**. Asimismo, todos los **USUARIOS** se obligan a proceder en la forma indicada para **EL CONTRATANTE**.

En todo caso **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** responderá civil y administrativamente por los perjuicios que se ocasionen a los **USUARIOS** en los eventos derivados del incumplimiento del Contrato, de conformidad con lo establecido en el artículo 17 del Decreto 1570 de 1993.

CLAUSULA VIGÉSIMA. PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (P.O.S.):

Para la celebración y renovación del presente contrato, todos y cada uno de los **USUARIOS** deberán estar cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.) al cual hace referencia la Ley 100 de 1993 y demás normas legales y reglamentarias de la misma, lo cual deberá ser acreditado por cada **USUARIO** mediante la presentación del carné de la EPS, a la cual se encuentre afiliado o en su defecto con el adecuado diligenciamiento de una certificación en la cual conste su afiliación al P.O.S. En consecuencia el presente contrato no se renovará respecto del (los) **USUARIO(S)** que dejen de estar cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.).

CLAUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. VIGENCIA Y PRECIO DEL CONTRATO:

El presente contrato se celebra por término de un (1) año. No obstante lo anterior, si con no menos de treinta (30) días de antelación a la fecha de vencimiento del contrato **EL CONTRATANTE** no manifiesta por escrito su decisión de no prorrogarlo, el contrato se prorrogará en forma automática por el término inicialmente pactado. De igual manera se procederá para los años siguientes. En todo caso **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** garantiza la renovación automática del contrato salvo los casos de incumplimiento por parte del **CONTRATANTE**.

No obstante la fecha de vigencia del contrato, las tarifas del plan contratado, estarán vigentes hasta el treinta y uno (31) de Diciembre del año en que se suscribe dicho contrato. Posteriormente y durante todo el término de la relación contractual e independientemente de la fecha de renovación, las citadas tarifas serán reajustadas el primero (1º) de Enero de cada año con base en la edad alcanzada por los **USUARIOS** entre treinta y uno (31) de Diciembre del año inmediatamente anterior, de conformidad con la publicación que de acuerdo con las disposiciones legales, se realice sobre el particular.

COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA notificará al Contratante el incremento de las citadas tarifas mediante aviso enviado por correo a la última dirección comunicada por **EL CONTRATANTE**, con no menos de treinta (30) días de antelación a la fecha en que éstas hayan de entrar en vigor. Si **EL CONTRATANTE** no estuviere de acuerdo con las nuevas tarifas, deberá comunicar su inconformidad, mediante escrito enviado por correo certificado dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de remisión de la comunicación correspondiente. En caso de que no se produzca esta manifestación dentro del término indicado, se presumirá la aceptación del **CONTRATANTE** respecto de las nuevas tarifas y su intención de continuar con el contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA. INCREMENTO TARIFAS DE REEMBOLSO:

Independientemente de la fecha de vigencia del contrato, las **TARIFAS DE REEMBOLSO**, estarán vigentes hasta el treinta y uno (31) de Diciembre del año en que se suscribe el contrato. Posteriormente y durante todo el término de la relación contractual e independientemente de la fecha de renovación, las citadas tarifas serán reajustadas el primero (1°) de Enero de cada año, hasta en un porcentaje equivalente al cien por ciento (100%) del Índice de Precios al Consumidor (IPC) certificado por el DANÉ para el año inmediatamente anterior.

COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA notificará al Contratante el porcentaje de incremento de las citadas tarifas mediante aviso enviado por correo a la última dirección comunicada por **EL CONTRATANTE**, con no menos de treinta (30) días de antelación a la fecha en que éstas hayan de entrar en vigor.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA. CAMBIO DE PLAN.

EL CONTRATANTE únicamente podrá solicitar el cambio de un plan a otro, mediante solicitud escrita enviada a cualquiera de las oficinas **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** con no menos de treinta (30) días de antelación a la fecha de vencimiento del contrato, con el fin de que la renovación del mismo se haga respecto del nuevo plan. En ningún caso se aceptará el cambio de Plan en momento distinto al de la renovación del contrato. **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** tampoco aceptará, en ningún caso, el cambio de plan respecto de **USUARIO(S)** que al momento de cambio tengan un tratamiento en curso, una cirugía programada, una condición de enfermedad o respecto de **USUARIAS** que en dicho momento se encuentren embarazadas.

En caso de cambio de plan, de conformidad con lo previsto en la presente Cláusula, se respetará la continuidad del **USUARIO** en **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**. En todo caso **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** se reserva el derecho de aceptar o no el cambio de Plan suscrito por **EL CONTRATANTE**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA. CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO O DE LA AFILIACIÓN CON ALGÚN (O ALGUNOS) USUARIO(S).

Además de las causales señaladas en la ley y otras cláusulas de este documento, el contrato o la afiliación con alguno(s) **USUARIO(S)**, según sea el caso, podrán darse por terminados en los siguientes eventos:

- 24.1 Por mutuo acuerdo de las partes contratantes, manifestado en cualquier tiempo y por escrito.
- 24.2 Por decisión unilateral del contratante manifestada por aviso escrito con no menos de treinta (30) días de anticipación a la pretendida fecha de terminación.
- 24.3 Por decisión unilateral de **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**, respecto del contrato en general o alguno o algunos de los **USUARIOS**, en los siguientes eventos, los cuales constituyen incumplimiento de las obligaciones previstas en el presente contrato.
 - 24.3.1 Por mora en el pago del precio del contrato o una de sus cuotas, según la forma de pago acordada y teniendo en cuenta lo estipulado en la **Cláusula Vigésima Quinta** del presente contrato.
 - 24.3.2 Por cualquier declaración falsa o inexacta por parte del **CONTRATANTE** y/o **USUARIO**, respecto de la edad o documento de identificación, así como por cualquier falsedad, retención, o inexactitud comprobada en relación con las preguntas formuladas en el cuestionario de salud y/o en la solicitud de ingreso. De igual forma, será causal de terminación unilateral cualquier omisión acerca de información referente a preexistencias, lesiones, enfermedades, intervenciones quirúrgicas o antecedentes relacionados con el estado de salud del **CONTRATANTE** y/o cualquiera de los **USUARIOS**.
 - 24.3.3 Por la no restitución o restitución extemporánea de sumas debidas a **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** en desarrollo de lo previsto en la **Cláusula Décima numeral 10.1.3** del presente contrato.
 - 24.3.4 Si se comprueba sumariamente que para acreditar el derecho al pago de los reembolsos se presentaron documentos adulterados o fraudulentos o de alguna otra manera se falseó la verdad. En este evento **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** quedará exenta de toda obligación o responsabilidad y **EL CONTRATANTE** perderá todo derecho al pago del reembolso, siendo además causal de terminación automática del presente contrato.
 - 24.3.5 Por usar y/o permitir el uso indebido de los carnés de identificación a persona distinta al **USUARIO** al que correspondía con el fin de obtener autorizaciones y/o utilizar servicios.
 - 24.3.6 En general, por el incumplimiento de cualquiera de las obligaciones del **CONTRATANTE** y/o los **USUARIO(S)** establecidas en el presente contrato y en la ley.

En cualquiera de los casos previstos en los numerales 24.3.2 a 24.3.6, la terminación opera en forma inmediata a partir de la fecha de remisión del aviso escrito dado en tal sentido por **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**, salvo lo consagrado en el numeral 24.3.4, toda vez que la cancelación opera de forma automática.

En caso de terminación del contrato por las causas anteriores, **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** reembolsará al Contratante el 80% del valor de la cuota no causada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha efectiva de la terminación del contrato; el 20% restante quedará a disposición de **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** por concepto de gastos generales y de administración, salvo en los casos de terminación de contrato por mora, evento en el cual no habrá lugar a restitución alguna.

En los casos de pago fraccionado **EL CONTRATANTE** en todo caso se obliga a pagar a **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** el 20% de la cuota proporcional no causada correspondiente al valor total del contrato o al valor del (los) **USUARIO(S)** con respecto a los cuales se termina la relación contractual, según sea el caso, por concepto de gastos generales y de administración.

24.4 Por muerte del CONTRATANTE, cuando éste fuere el único USUARIO

En el evento de existir uno (1) o más **USUARIO(S)** del contrato, distintos al **CONTRATANTE** y presentarse el fallecimiento de este último, el o los **USUARIO(S)** sobrevivientes deberán comunicar la muerte dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de la misma indicando si desean o no continuar con el contrato y especificando, el nombre de la persona que asumirá la calidad de Contratante, en caso de no señalarse la persona que adquirirá la calidad de contratante, tal calidad será adquirida por el primer **USUARIO** sobreviviente que tenga capacidad legal para ello. Si ninguno de los **USUARIO(S)** tiene capacidad legal para contratar, el contrato terminará automáticamente a los treinta (30) días siguientes del fallecimiento del **CONTRATANTE**.

24.5 Por dejar de tener EL CONTRATANTE y/o algún USUARIO la cobertura del Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.) exigido por Ley, evento en el cual el presente contrato no se renovará respecto de ese o esos USUARIOS.

Para todos los casos en que se señala la necesidad de aviso escrito, éste se remitirá por correo a la última dirección comunicada por **EL CONTRATANTE**. El aviso de la comunicación correspondiente en tales condiciones, dará lugar a la terminación del contrato, sea que el destinatario conozca efectivamente o no el contenido de la comunicación.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA. MORA, SUSPENSIÓN DE SERVICIOS Y CANCELACIÓN DEL CONTRATO.

En caso de que **EL CONTRATANTE** incurra en mora en el pago del precio del contrato o de una de sus cuotas, según lo establecido en las cláusulas **Décima numeral 10.1.2** y **Décima Primera**, los servicios cuya prestación gestiona **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** se suspenderán automáticamente, sin necesidad de comunicación alguna por parte de **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**.

Lo anterior sin perjuicio de que **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** decida dar por terminado unilateralmente el contrato en cualquier momento mientras persista la mora, facultad que tendrá por un plazo máximo de dos (2) meses, vencidos los cuales el contrato terminará automáticamente, sin necesidad de comunicación alguna, todo ello sin perjuicio de que **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** pronuncie las acciones legales que a su favor tenga para el cobro de los saldos insolutos.

La suspensión no afecta la vigencia del contrato, no exonera al **CONTRATANTE** del pago de las cuotas vencidas, y no impide que, mientras dure, se sigan causando las cuotas subsiguientes.

Una vez **EL CONTRATANTE** cancele las cuotas respecto de las cuales se encuentre en mora y las cuotas correspondientes al tiempo durante el cual el contrato estuvo suspendido y siempre y cuando el contrato no se hubiere terminado por decisión unilateral de **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** o de forma automática por las causales antes señaladas, se restablecerá el servicio a partir del decimoquinto (15°) día hábil posterior a la fecha del pago. En ningún caso, modificará la fecha de vencimiento del contrato. Los tratamientos, las consecuencias, sucesos y recibidos de todos los eventos (enfermedades y/o accidentes) ocurridos durante el tiempo de suspensión no estarán cubiertos una vez restablecido el servicio. **EL CONTRATANTE** renuncia a los requerimientos para constituirlo en mora.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA. INTERESES DE MORA.

En caso de mora por parte del **CONTRATANTE** en el pago del precio del contrato o de cualquiera de las cuotas según la forma de pago acordada, **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** podrá cobrar sobre los saldos pendientes intereses moratorios a la máxima tasa permitida por la ley.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA. CAMBIO DE DIRECCIÓN:

EL CONTRATANTE deberá informar por escrito a **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**, sobre cualquier cambio en la dirección o el teléfono de su residencia u oficina que hubiere comunicado a **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** en la solicitud de ingreso. Todas las comunicaciones relacionadas con el presente contrato se remitirán a la última dirección notificada por **EL CONTRATANTE** en la forma prevista en la presente cláusula. **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** no será responsable, en ningún caso, por la remisión de correspondencia a la dirección antigua cuando **EL CONTRATANTE** hubiere incumplido con la obligación de comunicar su nueva dirección y dará por conocido para todos los efectos, el contenido de dicha correspondencia.

CLÁUSULA VIGÉSIMA OCTAVA. CAMBIO DE E.P.S. O RETIRO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD:

EL CONTRATANTE deberá informar por escrito a **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA** sobre el cambio, por parte de cualquiera de las personas **USUARIO(S)** con cargo al presente contrato, de la E.P.S. con la cual tengan la cobertura del Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.) o sobre el retiro que del Sistema General de Seguridad Social en Salud ha sufrido el o alguno de los **USUARIOS**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA NOVENA. ANEXOS:

- Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos:
- Solicitud de ingreso firmada por **EL CONTRATANTE**
 - Cuestionario de Salud diligenciado y firmado por **EL CONTRATANTE** y el (los) **USUARIO(S)**.
 - Resultados del examen de ingreso practicado a los **USUARIOS** cuando el mismo sea exigido por parte de **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**.
 - Anexo de coberturas y tarifas de reembolso expedido por **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**.
 - Anexos de inclusión de **USUARIOS**.
 - Anexos de exclusión de **USUARIOS**.
 - Guía médica, la cual se encontrará a disposición del (los) **USUARIO(S)** en los puntos de atención de **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**.
 - Las tarifas del plan contratado.
 - Las coberturas adicionales contratadas a través de anexos.
 - Los demás documentos y comunicaciones que se originen con ocasión del contrato.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA. ACEPTACIÓN:

Se entiende que **EL CONTRATANTE** y el (los) **USUARIO(S)** en virtud del presente contrato aceptan los términos y condiciones del mismo y las obligaciones que para ellos se derivan, cuando realicen cualquier acto que suponga tal aceptación o que implique la ejecución del contrato.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA PRIMERA. MODIFICACIONES AL CONTRATO:

Cualquier modificación al presente contrato deberá hacerse de común acuerdo entre las partes contratantes.

En constancia de todo lo anterior, se firma en la ciudad de _____ a los _____ del mes de _____ de _____, dejando constancia expresa que en la fecha se ha hecho entrega **AL CONTRATANTE** de copia del contrato con sus respectivos anexos.

9.5. Resolución 2292 de 2021, que regula los servicios cubiertos por el PBS para 2022.

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO 0002292 DE 2021****(23 DIC 2021)**

Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por los numerales 32 y 33 del artículo 2 del Decreto - Ley 4107 de 2011, modificado por el artículo 2 del Decreto 2562 de 2012 y en desarrollo de los literales e) del artículo 154 de la Ley 100 de 1993, y el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 y,

CONSIDERANDO

Que, en consonancia con los mandatos de la Constitución Política, tal como se desprende de lo dispuesto en los artículos 2, 48 y 49, y la Ley 1751 de 2015, Estatutaria de la Salud, el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS - garantiza a todas las personas residentes en Colombia, la totalidad de servicios y tecnologías de salud autorizados en el país por la autoridad competente, para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, con excepción de aquellos explícitamente excluidos de financiación con recursos públicos asignados a la salud, en aplicación del procedimiento establecido en el artículo 15 de la citada Ley 1751 de 2015.

Que la financiación de dichos servicios y tecnologías de salud, es garantizada a las Entidades Promotoras de Salud – EPS y de las demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC, a través de un presupuesto de manera ex ante, denominado Unidad de Pago por Capitación – UPC, reconocido por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES.

Que, teniendo en cuenta que la dinámica del sistema de salud es cambiante en razón a que las tecnologías en salud crecen al ritmo de los avances científicos, los cuales responden a las necesidades en salud de las personas, en armonía con las definiciones y nuevos procesos, tecnologías y la innovación de nuevas formas terapéuticas internacionalmente reconocidos por las comunidades científicas o utilizados en las buenas prácticas de la prestación de servicios de salud, se consideró necesaria la actualización y el establecimiento de los servicios y tecnologías financiados con recursos de la UPC.

Que esta actualización, en el caso de los procedimientos, se efectuó a partir del análisis de los 937 procedimientos no financiados con recursos de la UPC, y tuvo en cuenta como variables, la inclusión del procedimiento en informes de análisis de impacto presupuestal desarrollados por el IETS en años anteriores, su inclusión en la Matriz Horizonte y su recomendación en guías de práctica clínica; adicionalmente, consideró el número de personas únicas a las que se suministró el procedimiento, el mayor valor acumulado entre las vigencias 2018 y 2020, y la frecuencia de prescripción en este mismo periodo.

Que, como resultado de la citada evaluación, se determinó la conveniencia de llevar a financiación con recursos de la UPC, 654 procedimientos, lo que equivale a un incremento del 97%.

W.C.
R.D.

48

Continuación de la resolución: *"Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"*

Que, tratándose de medicamentos, se utilizó como primera estrategia de evaluación, la eliminación de salvedades en la financiación actual, mediante la inclusión de formas farmacéuticas de principios activos, que ya se encontraban en la financiación con recursos de la UPC, por la realización de dos Análisis de Impacto Presupuestal - AIP, y como segunda estrategia, la revisión y análisis de tendencias de prescripción clínica real a partir de la información reportada a MIPRES 2020.

Que, el resultado de esta evaluación determinó la conveniencia de llevar a la financiación con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, 912 grupos relevantes de medicamentos por la estrategia de tendencias de prescripción clínica real, con lo cual la financiación de medicamentos con recursos de la UPC se incrementa del 60,8% al 87,35% aproximadamente del total de Códigos Únicos de Medicamento - CUMS autorizados en el país, y al 89,14% al incluir las formas farmacéuticas de la estrategia de AIP.

Que, en el marco de las funciones atribuidas a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, en el artículo 12 del Decreto 2562 de 2012, la propuesta de actualización de los servicios y tecnologías financiados con cargo a la UPC para la vigencia 2022 fue presentada ante dicha instancia, la cual recomendó en sesiones del 13 y 23 de diciembre del año en curso, entre otros aspectos *"actualizar los servicios y tecnologías financiados con cargo a la UPC para 2022, de acuerdo a la propuesta presentada"*.

Que, en este sentido, atendiendo al principio de progresividad del SGSSS se debe actualizar y establecer los servicios y tecnologías de salud, cuya financiación se efectúa con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

TITULO I GENERALIDADES

Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación. La presente resolución tiene por objeto actualizar y establecer los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, que deberán ser garantizados por las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar –EOC, a los afiliados al SGSSS, en el territorio nacional, en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.

Las disposiciones contenidas en esta resolución aplican a los organismos de dirección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud - EAPB, prestadores de servicios de salud y demás actores y agentes que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 2. Estructura y naturaleza de los servicios y tecnologías de salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, se encuentran contenidos en el presente acto administrativo y están estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, para que las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar –EOC, garanticen el acceso a dichos servicios y tecnologías bajo las condiciones previstas en esta resolución.

Artículo 3. Principios generales para la prestación de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC. Sin perjuicio de los principios contenidos en

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

la Ley 1751 de 2015, para la prestación de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, se tendrán en cuenta los siguientes principios:

1. **Integralidad.** Todos los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad deben incluir lo necesario para su realización, de tal forma que se cumpla con la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante.
2. **Territorialidad.** Todos los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC están cubiertos para ser prescritos y suministrados realizados dentro del territorio nacional.
3. **Complementariedad.** Las acciones en salud a que hace referencia el artículo 2 de este acto administrativo, deben financiarse de manera articulada con los recursos de presupuestos máximos, los del proceso de verificación y control que adopte la ADRES, o con los provenientes de programas del SGSSS, correspondientes a otras fuentes, así como con las fuentes de financiación de sectores distintos al de la salud, según corresponda.
4. **Transparencia.** Los agentes y actores del SGSSS que participen en la aplicación, seguimiento y evaluación de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, deben actuar de manera íntegra y ética, reportando con calidad y oportunidad la información correspondiente, de acuerdo con la normatividad vigente y en especial, con lo dispuesto en la Ley 1712 de 2014 sobre transparencia y derecho al acceso a la información, dando a conocer a los usuarios los contenidos de la mencionada financiación, conforme con lo previsto en el presente acto administrativo.
5. **Competencia.** En la prestación de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, el profesional de la salud tratante es el competente para determinar lo que necesita un afiliado al SGSSS, en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, sustentado en la autonomía profesional con autorregulación y soportado en la evidencia científica.
6. **Corresponsabilidad.** El usuario es responsable de seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud tratante y demás miembros del equipo de salud. La corresponsabilidad implica el autocuidado del usuario, el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, así como propender por un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos de la UPC que financian los servicios y tecnologías de salud, todo ello para coadyuvar en la obtención de resultados favorables para el mantenimiento y recuperación de su salud.
De cualquier manera, la inobservancia de las recomendaciones del tratamiento prescrito no será condicionante del acceso posterior a los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC.
7. **Calidad.** La provisión de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC a los afiliados al SGSSS, se debe realizar cumpliendo los estándares de calidad, de conformidad con la normatividad vigente, relativa al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y demás normas relacionadas.
8. **Universalidad.** Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.
9. **Eficiencia.** El SGSSS debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías de salud, disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población.

Parágrafo. Los principios enunciados en el presente artículo se entienden como complementarios a los definidos para el Sistema de Seguridad Social Integral - SSSI, para el SGSSS y a los contenidos en la Constitución Política y la Ley Estatutaria de Salud (1751 de 2015).

MS
MS

MS

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

Artículo 4. Referentes de la actualización. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC requieren haber surtido los procesos de Evaluación de Tecnologías en Salud (ETES), o análisis de grupos terapéuticos o del mercado, o análisis de tecnologías derivadas de recomendaciones de Guías de Práctica Clínica (GPC), adoptadas por este Ministerio, así como otros análisis que se consideren necesarios y la toma de decisión por parte de la autoridad competente.

Parágrafo. La mención de tecnologías en Guías de Práctica Clínica (GPC), Guías de Atención Integral (GAI), Normas Técnicas, protocolos, lineamientos técnicos u operativos, no implica su financiación con recursos de la UPC.

Artículo 5. Anexos. La presente resolución contiene tres (3) anexos que hacen parte integral de la misma, cuya aplicación es de carácter obligatorio, así: Anexo 1: "LISTADO DE MEDICAMENTOS FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC"; Anexo 2: "LISTADO DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC", y Anexo 3: "LISTADO DE PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLÍNICO FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC".

Artículo 6. Descripción de procedimientos financiados con recursos de la UPC. Los procedimientos incluidos en el presente acto administrativo, de conformidad con las normas vigentes, se describen en términos de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) y se consideran financiados con recursos de la UPC los contenidos en los Anexos Nos. 2 y 3 del presente acto administrativo.

Parágrafo 1. Para el Anexo 2 "LISTADO DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC", se consideran incluidas en esta financiación, todas las subcategorías que conforman cada una de las categorías contenidas en el mismo, salvo aquellas referidas como no financiadas en la nota aclaratoria y las que corresponden a un ámbito diferente al de salud.

Parágrafo 2. El Anexo 3 "LISTADO DE PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLÍNICO FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC" se describe en términos de subcategorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).

Artículo 7. Terminología. Para facilitar la aplicación del presente acto administrativo y conforme con los lineamientos de la interoperabilidad y estandarización de datos, se toman como referencia los siguientes estándares de terminología para identificar las tecnologías de salud, sin que estos definan la financiación con recursos de la UPC, así:

1. La Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), de acuerdo con lo dispuesto por la normativa vigente.
2. El Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC), de la Organización Mundial de la Salud – OMS, para medicamentos.
3. La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión CIE-10, de la OMS, y sus respectivas modificaciones y actualizaciones.

Parágrafo 1. Los servicios y tecnologías de salud descritos con otra nomenclatura como "programas", "clínicas" o "paquetes" y "conjuntos de atención", entre otros, deben ser discriminados por procedimientos, de acuerdo con la codificación de la CUPS; para medicamentos, de acuerdo con el Código Único de Medicamentos (CUM), o según la normatividad vigente.

Parágrafo 2. El código ATC se utiliza para la identificación y normalización del principio activo en la formulación de estudios de uso o seguimiento a la prestación, sin que su

ML
(13)

4

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

coincidencia con el registro sanitario se constituya en un criterio de financiación con recursos de la UPC.

Artículo 8. Glosario. Para facilitar la aplicación y dar claridad al presente acto administrativo, se toman como referencia los siguientes términos, sin que éstos definan la financiación o ampliación de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, así:

1. **Actividad de salud:** conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento o servicio de salud, en las cuales, se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos para abordar o tratar una condición de salud o realizar un diagnóstico clínico.
2. **Aparato ortopédico:** es un dispositivo médico, fabricado específicamente, siguiendo la prescripción escrita de un profesional de la salud, para ser utilizado por un paciente afectado por una disfunción o discapacidad del sistema neuromuscular o esquelético. Puede ser una ayuda técnica como prótesis u órtesis para reemplazar, mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del sistema u órgano afectado.
3. **Atención ambulatoria:** conjunto de procesos, procedimientos y actividades, a través de los cuales, se materializa la prestación de servicios de salud a una persona, sin que su permanencia en la infraestructura donde se realiza la atención requiera más de 24 horas continuas. La atención ambulatoria incluye la provisión de servicios y tecnologías de salud relacionados con el grupo de servicios de consulta externa, con el grupo de servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, y con el servicio de cirugía ambulatoria. De acuerdo con el cumplimiento de las condiciones mínimas de habilitación definidas en la norma vigente, se podrán prestar a través de las modalidades intramural, extramural y telemedicina, según el tipo de servicio.
4. **Atención con internación:** conjunto de procesos, procedimientos y actividades, a través de los cuales, se materializa la prestación de servicios de salud a una persona, que requiere su permanencia por más de 24 horas continuas en la infraestructura donde se realiza la atención. La atención con internación incluye la provisión de servicios y tecnologías de salud relacionados con los servicios del grupo de internación y las modalidades de prestación de servicios intramural, extramural y telemedicina, definidos en la norma de habilitación vigente. Para la utilización de estos servicios debe existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante.
5. **Atención de urgencias:** conjunto de procesos, procedimientos y actividades, a través de los cuales, se materializa la prestación de servicios de salud, frente a las alteraciones de la integridad física, funcional o psíquica por cualquier causa y con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de una persona y que requieren de atención inmediata, con el fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas, presentes o futuras.
6. **Atención domiciliaria:** conjunto de procesos a través de los cuales se materializa la prestación de servicios de salud a una persona en su domicilio o residencia, correspondiendo a una modalidad de prestación de servicios de salud extramural.
7. **Atención en salud:** conjunto de procesos, procedimientos y actividades, mediante las cuales, se materializan la provisión de prestación de servicios de salud y tecnologías de la salud a una persona, familia, comunidad o población.
8. **Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento:** procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de mejorar o modificar la apariencia o el aspecto del paciente, sin efectos funcionales u orgánicos.
9. **Cirugía plástica reparadora o funcional:** procedimiento quirúrgico que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de estos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales. Incluye reconstrucciones, reparación de ciertas estructuras de cobertura y soporte, manejo de malformaciones congénitas y secuelas de procesos adquiridos por traumatismos y tumoraciones de cualquier parte del cuerpo.

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

10. **Combinación de dosis fijas (CDF):** medicamento que contiene dos o más principios activos en concentraciones específicas.
11. **Complicación:** alteración o resultado clínico no deseado, que sobreviene en el curso de una enfermedad o condición clínica, agravando la condición clínica del paciente y que puede provenir de los riesgos propios de la atención en salud, de la enfermedad misma o de las condiciones particulares del paciente.
12. **Concentración:** cantidad de principio activo, contenido en una forma farmacéutica, medida en diferentes unidades (mg, g, UI, entre otras).
13. **Consulta médica:** es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia, de acuerdo con la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o extramural, conforme con el sitio de realización.
14. **Consulta odontológica:** valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia, según la temporalidad; general o especializada, de acuerdo con la complejidad; intramural o extramural, conforme con el sitio de realización.
15. **Consulta psicológica:** es una valoración y orientación realizada por un profesional en psicología, que consta de: anamnesis, evaluación general del estado emocional, socio afectivo y comportamental, incluyendo en caso de ser necesario, la aplicación de test o pruebas psicológicas, así como la definición de un plan de tratamiento.
16. **Consulta por otro profesional de salud:** valoración y orientación realizada por un profesional de salud (diferente al médico, odontólogo o psicólogo), autorizado por las normas de talento humano para ejercer su profesión. Consta de: anamnesis, evaluación general del estado de salud, incluyendo en caso de ser necesario, la aplicación de pruebas, así como la definición de un plan de manejo. La consulta puede ser programada o de urgencia, de acuerdo con la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o extramural, conforme con el sitio de realización.
17. **Cuidados paliativos:** son los cuidados pertinentes para la atención en salud del paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible, donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La atención paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.
18. **Dispensación:** es la entrega de uno o más medicamentos y dispositivos médicos a un paciente y la información sobre su uso adecuado, realizada por el Químico Farmacéutico o el Tecnólogo en Regencia de Farmacia. Cuando la dirección técnica de la droguería, o del establecimiento autorizado para la comercialización al detal de medicamentos, esté a cargo de personas que no ostenten título de Químico Farmacéutico o Tecnólogo en Regencia de Farmacia, la información que se debe ofrecer al paciente, versará únicamente sobre los siguientes aspectos: condiciones de almacenamiento; forma de reconstitución de medicamentos, cuya administración sea la vía oral; medición de la dosis; cuidados que se deben tener en la administración del medicamento; y la importancia de la adherencia a la terapia.
19. **Dispositivo médico para uso humano:** cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en:
 - a. Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad.

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

- b. Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia.
 - c. Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico.
 - d. Diagnóstico del embarazo y control de la concepción.
 - e. Cuidado durante el embarazo, el nacimiento o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido.
 - f. Productos para desinfección o esterilización de dispositivos médicos.
20. **Enfermedad crónica degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida:** es aquella que es de larga duración, ocasiona grave pérdida de la calidad de vida, demuestra un carácter progresivo e irreversible que impide esperar su resolución definitiva o curación y es diagnosticada por un profesional en medicina.
21. **Enfermo en fase terminal:** aquel que tiene una enfermedad o condición patológica grave, que ha sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestra un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal, próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima o para la cual, los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces.
22. **Establecimiento farmacéutico.** es el establecimiento dedicado a la producción, almacenamiento, distribución, comercialización, dispensación, control o aseguramiento de la calidad de los medicamentos, dispositivos médicos o de las materias primas necesarias para su elaboración y demás productos autorizados por ley para su comercialización en dicho establecimiento.
23. **Estereoisómero:** es una molécula que puede presentarse en diferentes posiciones espaciales, teniendo la misma fórmula química.
24. **Forma farmacéutica:** preparación farmacéutica que caracteriza a un medicamento terminado para facilitar su administración. Se consideran como formas farmacéuticas entre otras: jarabes, tabletas, cápsulas, ungüentos, cremas, soluciones inyectables, óvulos, tabletas de liberación controlada y parches transdérmicos.
25. **Interconsulta:** es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente.
26. **Hospitalización parcial:** es el servicio que presta atención a pacientes en internación parcial, diurna, nocturna, fin de semana y otras, que no impliquen estancia completa.
27. **Intervención en salud:** conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.
28. **Margen terapéutico:** intervalo de concentraciones de un fármaco dentro del cual, existe alta probabilidad de conseguir la eficacia terapéutica, con mínima toxicidad.
29. **Material de curación:** dispositivos y medicamentos que se utilizan en el lavado, irrigación, desinfección, antisepsia y protección de lesiones, cualquiera que sea el tipo de elementos o insumos empleados.
30. **Medicamento:** es aquél preparado farmacéutico, obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica a una concentración dada y que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación, rehabilitación o paliación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto estos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.
31. **Medicinas y terapias alternativas:** son aquellas técnicas, prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano, con el objeto de promover, prevenir, tratar, rehabilitar la salud y cuidados paliativos de la población, desde un enfoque holístico.

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

32. **Metabolito activo:** sustancia producida en el organismo por la biotransformación de un principio activo y que tiene propiedades farmacológicas. El metabolito activo puede ser sintetizado a escala industrial y comercializado de tal forma como medicamento.
33. **Mezcla racémica:** es un compuesto que tiene igual proporción de cada enantiómero simple, entendido como un tipo particular de estereoisómeros, que, dependiendo de la disposición espacial de los átomos, se denominan "S" o "R" y según hacia donde rota el plano de la luz polarizada, se denominan "dextro" (d), si es hacia la derecha o "levo" (l), si es hacia la izquierda.
34. **Modalidades para la prestación de servicios de salud:** La modalidad es la forma de prestar un servicio de salud en condiciones particulares. Las modalidades de prestación para los servicios de salud son: intramural, extramural y telemedicina.
35. **Órtesis:** dispositivo médico aplicado de forma externa, usado para modificar la estructura y características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético.
36. **Principio activo:** cualquier compuesto o mezcla de compuestos, destinada a proporcionar una actividad farmacológica u otro efecto directo en el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades; o a actuar sobre la estructura o función de un organismo humano por medios farmacológicos. Un medicamento puede contener más de un principio activo.
37. **Procedimiento:** acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos y una secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.
38. **Prótesis:** dispositivos médicos que sustituyen total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica.
39. **Psicoterapia:** de acuerdo con la definición de la OMS, la psicoterapia comprende intervenciones planificadas y estructuradas que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través, de medios psicológicos, verbales y no verbales. La psicoterapia no incluye el uso de ningún medio bioquímico o biológico. Es realizada por psicólogo clínico o médico especialista competente; puede ser de carácter individual, de pareja, familiar o grupal, según criterio del profesional tratante.
40. **Referencia y contrarreferencia:** conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnico-administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios, definida por la entidad responsable del pago.
 - 40.1. **Referencia:** es el envío del paciente o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador para atención en salud o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades en salud del usuario.
 - 40.2. **Contrarreferencia:** es la respuesta que el prestador de servicios en salud receptor de la referencia da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente, la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.
41. **Subgrupo de referencia:** agrupación de medicamentos basada en características específicas compartidas, tales como la codificación internacional ATC a nivel de principio activo, estructura química, efecto farmacológico o terapéutico y que tienen la misma indicación. Las agrupaciones son la expresión de financiación con recursos de la UPC y en ningún momento pretenden establecer criterios de intercambiabilidad terapéutica.
42. **Tecnología de salud:** actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.

11/11

11/11

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

43. Telemedicina: es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a los servicios que presenten limitaciones de oferta o de acceso a los servicios en su área geográfica.

TÍTULO II

CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD

Artículo 9. Garantía de acceso a los servicios y tecnologías de salud. Las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar –EOC, deberán garantizar a los afiliados al SGSSS, el acceso efectivo y oportuno a los servicios y tecnologías de salud. De conformidad con la Ley 1751 de 2015, en concordancia con lo señalado en el artículo 22 de esta resolución, las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar la atención de urgencias en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), inscritas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, con servicios de urgencia habilitados en el territorio nacional.

Artículo 10. Puerta de entrada al sistema. El acceso primario a los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC se hará en forma directa, a través del servicio de urgencias o por los servicios de consulta externa médica, u odontológica general. Podrán acceder en forma directa a los servicios de consulta especializada de pediatría las personas menores de 18 años, obstetricia para las pacientes obstétricas durante todo el embarazo y puerperio o medicina familiar para cualquier persona, sin requerir remisión por parte del médico general, cuando la oferta disponible así lo permita.

Artículo 11. Acceso a servicios especializados de salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la atención de todas las especialidades médico-quirúrgicas, aprobadas para su prestación en el país.

Para acceder a los servicios especializados de salud, se requiere la remisión por medicina general, odontología general o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 de este acto administrativo, conforme con la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

De requerirse interconsulta al especialista, el usuario deberá continuar siendo atendido por el profesional general, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta.

El afiliado que haya sido diagnosticado y requiera periódicamente de servicios especializados, podrá acceder directamente a dicha consulta especializada, sin necesidad de remisión por el médico u odontólogo general.

Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio.

Artículo 12. Telemedicina. La provisión de los servicios y tecnologías de salud contenidos en el presente acto administrativo, prestados en el país bajo la modalidad de telemedicina, se financia con recursos de la UPC, con el propósito de facilitar el acceso,

WE
14/5

1/3

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

oportunidad y resolutivez en la prestación de dichos servicios en los términos de la Resolución 2654 de 2019 de este Ministerio, o la norma que la modifique o sustituya.

Artículo 13. Garantía de servicios en el municipio de residencia. Las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar –EOC, deberán garantizar que sus afiliados tengan acceso en su municipio de residencia a por lo menos los servicios de salud señalados en el artículo 10 del presente acto administrativo, como puerta de entrada al SGSSS, así como a los procedimientos que pueden ser ejecutados en servicios de baja complejidad por personal no especializado, de acuerdo con la oferta disponible, las normas de calidad vigentes y las relacionadas con integración vertical.

TÍTULO III COBERTURA DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC

Artículo 14. Servicios y tecnologías de salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, deberán ser garantizados por las EPS o las entidades que hagan sus veces, con cargo a los recursos que reciben para tal fin, en todas las fases de la atención, para todas las enfermedades y condiciones clínicas, sin que trámites de carácter administrativo se conviertan en barreras para el acceso efectivo al derecho a la salud.

Capítulo 1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Artículo 15. Cobertura de promoción y prevención. Las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar –EOC, deberán identificar los riesgos en salud de su población de afiliados para que, de conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y los lineamientos de política pública vigentes, establezcan acciones eficientes y efectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para tal fin, podrán usar la información generada durante la adscripción a una IPS, así como estrategias de tamizaje con las tecnologías de diagnóstico financiadas con recursos de la UPC, o mediante la aplicación de instrumentos que identifiquen el tipo de riesgo en salud y uso de bases de datos, atendiendo la normatividad vigente relacionada con el uso de datos personales.

Artículo 16. Promoción de la salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen toda actividad de información, educación, y comunicación a los afiliados de todo grupo de edad y género, de manera preferencial para la población infantil y adolescente, población de mujeres gestantes y lactantes, la población en edad reproductiva y el adulto mayor, para fomento de factores protectores, la inducción a estilos de vida saludables y para el control de enfermedades crónicas no transmisibles, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 17. Protección específica y detección temprana. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen todas las tecnologías en salud y servicios contenidos en el presente acto administrativo para la protección específica y detección temprana, según las normas técnicas vigentes, incluyendo la identificación y canalización de las personas de toda edad y género, para tales efectos, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 18. Prevención de la enfermedad. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC para la prevención de la enfermedad incluyen las tecnologías en salud y servicios contenidos en el presente acto administrativo. Las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar –EOC, deben apoyar la vigilancia de su

ME
MA

ME

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

cumplimiento, a través de los indicadores de protección específica y detección temprana, definidos con ese propósito, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 19. Condón masculino. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen el condón masculino de látex para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA) y la planificación familiar. Su financiación está sujeta a prescripción en consulta de planificación familiar o consejería, de conformidad con las normas que reglamentan la materia.

Artículo 20. Aplicación de vacunas. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la aplicación de los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), así como aquellos contenidos en el presente acto administrativo para casos especiales. Es responsabilidad de las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar –EOC, garantizar el acceso y la administración de los biológicos del PAI, suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social, según las normas técnicas aplicables.

Capítulo 2. Recuperación de la salud

Artículo 21. Acciones para la recuperación de la salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios contemplados en el presente acto administrativo para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de todas las enfermedades, condiciones clínicas y problemas relacionados con la salud de los afiliados de cualquier edad o género, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), según los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 22. Atención de urgencias. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, necesarios para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios debidamente habilitados para tal fin, y la oportuna y adecuada remisión cuando no se cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

Artículo 23. Atención ambulatoria. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, según lo dispuesto en el presente acto administrativo, serán prestados ambulatoriamente, cuando el profesional tratante lo considere pertinente, de conformidad con las normas de calidad vigentes y en servicios habilitados para tal fin.

Artículo 24. Atención con internación. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la atención en salud en los servicios del grupo de internación, cuando sea prescrita por el profesional de la salud tratante, en los servicios habilitados para tal fin.

Parágrafo 1. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la internación en habitación compartida, salvo que por criterio del profesional tratante esté indicado el aislamiento.

Parágrafo 2. Para la prestación o utilización de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC no existen limitaciones ni restricciones en cuanto al período de permanencia del paciente en cualquiera de los servicios de internación, siempre y cuando se acoja al criterio del profesional tratante. La cobertura de internación en salud mental corresponde a lo señalado en los artículos 61, 62, 80, 93 y 106 que la describen en el presente acto administrativo.

WE
14/3

4/3

Continuación de la resolución: *"Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"*

Parágrafo 3. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios y de cuidados básicos, de conformidad con el criterio del médico responsable de la unidad o del médico tratante.

Parágrafo 4. No se financia la atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, o intermedios de pacientes en estado terminal de cualquier etiología, según criterio del profesional de salud tratante, ni pacientes con diagnóstico de muertecerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos. Para este caso se financia la estancia hasta por 24 horas, siendo la EPS del donante la responsable de esta financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo 5. No será financiada con cargo a los recursos de la UPC la internación prolongada, cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Artículo 25. Atención domiciliaria. La atención en la modalidad extramural domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está financiada con recursos de la UPC, en los casos que sea considerada pertinente por el profesional tratante, bajo las normas vigentes. Esta financiación está dada sólo para el ámbito de la salud.

Parágrafo. En sustitución de la hospitalización institucional, conforme con la recomendación médica, las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar –EOC, a través de las IPS, serán responsables de garantizar las condiciones en el domicilio para esta modalidad de atención, según lo dispuesto en las normas vigentes.

Artículo 26. Medicina y terapias alternativas y complementarias. Las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar –EOC, podrán incluir la utilización de medicinas y terapias alternativas o complementarias por parte de los prestadores que hagan parte de su red de servicios, siempre y cuando estas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia.

Capítulo 3. Procedimientos

Artículo 27. Analgesia, anestesia y sedación. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la analgesia, anestesia y sedación, y los anestésicos, analgésicos, sedantes, relajantes musculares de acción periférica y reversores de anestesia y sedación que se consideren necesarios e insustituibles para tal fin, así no se encuentren explícitamente descritos en el Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos la UPC", cuando se requieran para la realización o utilización de las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, incluida la atención del parto.

Artículo 28. Combinaciones de tecnologías en salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, cuando también se realicen de manera combinada, simultánea o complementaria entre ellas.

Parágrafo. Si dentro de la combinación de tecnologías en salud y servicios se requieren tecnologías o servicios que no se encuentren financiados con recursos de la UPC, las EPS o las entidades que hagan sus veces, garantizarán las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, con recursos de la UPC. Aquellas

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

no financiadas con recursos de la UPC, se garantizarán con los recursos correspondientes bajo el principio de complementariedad.

Artículo 29. Trasplantes. La realización de los trasplantes financiados con recursos de la UPC estará a cargo por parte de la EPS del receptor del trasplante, e incluye los servicios y las tecnologías en salud, necesarias y contenidas en el presente acto administrativo. La prestación comprende:

1. Atención del donante vivo hasta su recuperación, la cual estará a cargo de la EPS o de la entidad que haga sus veces, responsable del receptor.
2. Procesamiento, transporte y conservación adecuados del órgano, tejido o células a trasplantar, según tecnología disponible en el país.
3. El trasplante propiamente dicho en el paciente.
4. Preparación del paciente y atención o control pos trasplante.
5. Tecnologías en salud y los servicios necesarios durante el trasplante.
6. Los medicamentos se financian conforme a lo dispuesto en el presente acto administrativo.

Parágrafo 1. Entiéndase como una actividad inherente a los estudios previos y obtención del órgano, la búsqueda del donante.

Parágrafo 2. Los trasplantes de órganos diferentes a los contenidos en el presente acto administrativo, no se financian con recursos de la UPC.

Artículo 30. Injertos. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los injertos necesarios para los procedimientos contenidos en el presente acto administrativo, bien sean autoinjertos, aloinjertos o injertos heterólogos u homólogos, así como los procedimientos de toma de tejido del mismo paciente o de un donante.

Artículo 31. Suministro de sangre total o hemocomponentes. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen los productos de banco de sangre listados en los Anexos 1 y 2 del presente acto administrativo, de conformidad con las normas que regulan la materia.

Parágrafo. Cuando el usuario requiera cualquiera de las tecnologías en salud y los servicios correspondientes al banco de sangre, las IPS y las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar –EOC, no podrán exigir al afiliado el suministro en especie de sangre o de hemocomponentes, como contraprestación a una atención en salud.

Artículo 32. Atención en salud oral. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud oral y los servicios contenidos en el presente acto administrativo.

Parágrafo 1. Los procedimientos odontológicos en pacientes en condiciones especiales que ameriten anestesia general o sedación asistida, de acuerdo con el criterio del profesional tratante, se encuentran financiados con recursos de la UPC.

Parágrafo 2. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las obturaciones, independientemente del número de superficies a obturar que sean necesarias a criterio del profesional tratante, así como los materiales de obturación como resinas de fotocurado, ionómero de vidrio y amalgama.

Parágrafo 3. Se financian con recursos de la UPC tratamientos de periodoncia, endodoncia, ortodoncia, las prótesis dentales, así como todos los procedimientos descritos en el Anexo 2 del presente acto administrativo, siempre y cuando no tengan una finalidad principal cosmética o suntuaria.

WJC
HJ

MB

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

Artículo 33. Tratamientos reconstructivos. Los tratamientos reconstructivos definidos en el Anexo 2 "*Listado de Procedimientos en Salud financiados con recursos de la UPC*", que hace parte integral de este acto administrativo, se financian con recursos de la UPC, en tanto tengan una finalidad funcional, de conformidad con el criterio del profesional en salud tratante.

Artículo 34. Finalidad del procedimiento: Los procedimientos descritos en el Anexo 2 "*Listado de Procedimientos en Salud financiados con recursos de la UPC*", que hace parte integral de este acto administrativo, se financian con recursos de la UPC, en tanto tengan una finalidad funcional, de conformidad con el criterio del profesional en salud tratante.

Capítulo 4. Medicamentos

Artículo 35. Medicamentos. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los medicamentos de acuerdo con las siguientes condiciones: principio activo, concentración, forma farmacéutica y uso específico, en los casos en que se encuentre descrito en el Anexo 1 "*Listado de medicamentos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación*", que hace parte integral de este acto administrativo. Para la financiación deben coincidir todas estas condiciones, según como se encuentren descritas en el listado.

Los medicamentos contenidos en el Anexo 1 "*Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC*", al igual que otros que también se consideren financiados con dichos recursos de la UPC, atendiendo a lo dispuesto en el artículo 111 de la presente resolución, deben ser garantizados de manera efectiva y oportuna por las EPS o las entidades que hagan sus veces. A manera de ejemplo en el Anexo 1 "*Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC*", se presenta la clasificación de formas farmacéuticas, vía de administración, estado y forma de liberación del principio activo, con el objeto de ser tenidas en cuenta en la aplicación del listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC.

Parágrafo 1. Los medicamentos descritos en el Anexo 1 "*Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC*", que hace parte integral de este acto administrativo, se consideran financiados con recursos de la UPC, cualquiera que sea el origen, forma de fabricación, el mecanismo de producción del principio activo, incluyendo la unión a otras moléculas que tengan como propósito aumentar su afinidad por órganos blanco o mejorar sus características farmacocinéticas o farmacodinámicas, sin modificar la indicación autorizada, salvo especificaciones descritas en este acto administrativo.

En cuanto a estereoisómeros de principios activos que se encuentran incluidos como mezcla racémica en el listado de medicamentos del Anexo 1 "*Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC*", que hace parte integral de este acto administrativo, se consideran financiados con recursos de la UPC, siempre y cuando compartan el mismo efecto farmacológico de la mezcla racémica del principio activo del cual se extraen, sin que sea necesario que coincidan en la misma sal o éster en caso de tenerlos. Esta financiación aplica sólo en el sentido de mezcla racémica (financiada explícitamente), a estereoisómero y no inversamente.

Parágrafo 2. En los casos en que la descripción del medicamento del Anexo 1 "*Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC*", que hace parte integral del presente acto administrativo, contenga una sal o un éster determinados, la financiación con recursos de la UPC es específica para dicha composición y no para otras sales o ésteres del medicamento que existan en el mercado.

WJ

R/S

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

Parágrafo 3. Son financiados con recursos de la UPC los medicamentos que contienen el metabolito activo de un principio activo o precursor descrito en el Anexo 1 "*Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC*", indistintamente de la forma farmacéutica, siempre y cuando tengan la misma indicación. Si el precursor tiene una aclaración de uso en el anexo 1, aplicará también para el metabolito activo. Esta financiación aplica sólo en el sentido de precursor (financiado explícitamente), a metabolito activo y no inversamente.

Artículo 36. Prescripción. La prescripción de medicamentos se realizará siempre utilizando la Denominación Común Internacional, exclusivamente. Al paciente se le deberá suministrar cualquiera de los medicamentos (de marca o genéricos), autorizados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), que cumplan las condiciones descritas en este acto administrativo.

Parágrafo. En el caso de los medicamentos de estrecho margen terapéutico definidos de forma periódica por el INVIMA, no deberá cambiarse el producto ni el fabricante una vez iniciado el tratamiento. Si excepcionalmente fuere necesario, se realizará el ajuste de dosificación y régimen de administración, con el monitoreo clínico y paraclínico necesarios.

Artículo 37. Indicaciones autorizadas. La financiación de medicamentos con recursos de la UPC aplica siempre y cuando sean prescritos en las indicaciones autorizadas por el INVIMA, salvo en aquellos casos en que el Anexo 1 "*Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC*", describa usos específicos que limiten su financiación.

Parágrafo 1. Cuando en la columna de aclaración del Anexo 1 "*Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC*", no se indique un uso específico, se consideran financiadas con recursos de la UPC todas las indicaciones autorizadas por el INVIMA en el registro sanitario para todos los medicamentos de un mismo principio activo y forma farmacéutica, así como las preparaciones derivadas del ajuste y adecuación de concentraciones o de la adecuación de los mismos en preparaciones extemporáneas o formulaciones magistrales, independientemente del nombre comercial del medicamento.

Parágrafo 2. Las indicaciones aprobadas por el INVIMA para un medicamento en diferentes registros sanitarios se consideran financiadas con recursos de la UPC y armonizadas en su financiación, en cuanto a que, si en un solo registro sanitario se define una indicación específica, la misma se considerará financiada con recursos de la UPC para todos los medicamentos con diferente registro sanitario y que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica.

Parágrafo 3. Cuando un medicamento financiado con recursos de la UPC tenga un uso incluido en la lista UNIRS, dicho uso no se considera financiado con recursos de la UPC, independientemente de que el principio activo no tenga aclaración de uso en el listado de medicamentos del anexo 1 "*Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC*".

Parágrafo transitorio. Mientras dure la emergencia sanitaria declarada por este Ministerio por causa del coronavirus COVID-19, cualquier medicamento que sea incluido en la lista UNIRS y cuyos usos tengan relación con analgesia, anestesia o sedación, en los términos previstos en el artículo 27 de la presente resolución, se financiará con recursos de la UPC, incluido el uso de los principios activos ISOFLURANO Y SEVOFLURANO en todas las concentraciones y formas farmacéuticas en la indicación incluida en la lista UNIRS y durante el tiempo en que se mantenga incluido en dicha lista.

Artículo 38. Combinaciones de dosis fijas (CDF). Con el ánimo de simplificar los esquemas de medicación y mejorar la adherencia de los pacientes a ciertos tratamientos

art
109

4

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

farmacológicos, los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen los medicamentos en combinaciones de dosis fijas de la siguiente forma:

1. Cuando todos los principios activos que hacen parte del medicamento en CDF, se encuentren contenidos en el listado de medicamentos del Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC", que hace parte integral del presente acto administrativo, manteniendo su misma forma farmacéutica y,
2. Cuando el costo del tratamiento con el medicamento combinado sea igual o menor a la sumatoria del costo de cada uno de los medicamentos, si se utiliza como monofármaco por separado.

El cumplimiento de estas dos condiciones de forma simultánea es obligatorio para considerar la Combinación de Dosis Fijas, financiada con recursos de la UPC.

Parágrafo 1. Corresponde al médico tratante, en su autonomía profesional, evaluar la relación riesgo/beneficio y pertinencia para cada paciente, en relación con las CDF, frente a utilizar los medicamentos con cada principio activo por separado.

Parágrafo 2. Será la IPS en donde se realice la prescripción, quien teniendo en cuenta sus procesos de adquisición y tarifas de negociación, establezca la comparación entre los diferentes costos de tratamiento, sin dejar de lado las normas que regulan la materia, tales como las relacionadas con precios máximos de venta para medicamentos incluidos en el régimen de control directo de precios.

Artículo 39. Presentaciones comerciales y equivalencias. La financiación de los medicamentos con recursos de la UPC es independiente de la forma de comercialización, empaque, envase o presentación comercial del medicamento (jeringa prellenada, cartucho, entre otras).

Artículo 40. Registro sanitario. El tipo de registro sanitario otorgado por el INVIMA a un producto no establece por sí mismo la financiación de los medicamentos con recursos de la UPC, puesto que esta se da con el cumplimiento de las condiciones establecidas en el presente acto administrativo.

Artículo 41. Almacenamiento y distribución. Las formas de almacenamiento, transporte, dispensación, distribución o suministro de medicamentos no determinan ni limitan la financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen el suministro del oxígeno gas, independientemente de las formas de almacenamiento, producción, transporte, dispensación o aplicación, tales como: bala, concentrador o recarga, entre otras, bajo el principio de integralidad.

Artículo 42. Administración de medicamentos. Para el acceso efectivo a los medicamentos financiados con recursos de la UPC, está incluida toda forma de administración de los mismos, conforme con la prescripción del profesional de la salud tratante.

Parágrafo. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen todo equipo o dispositivo médico para toda forma de administración, como infusión, parenteral o enteral, controlada o regulada, entre otras, de medicamentos financiados con recursos de la UPC, tales como, las bombas de insulina, jeringas pre llenadas, cartuchos o plumas precargadas, de acuerdo con la prescripción médica, ejemplos que no son taxativos, sino enunciativos.

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

Artículo 43. Fórmulas magistrales. Las formulaciones magistrales preparadas a partir de los medicamentos financiados con recursos de la UPC se consideran igualmente financiadas con recursos de la UPC y deberán ser garantizadas por las EPS o las entidades que hagan sus veces.

Artículo 44. Garantía de continuidad en el suministro de medicamentos. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar el acceso a los medicamentos financiados con recursos de la UPC, de forma ininterrumpida y continua, tanto al paciente hospitalizado, como al ambulatorio, de conformidad con el criterio del profesional de la salud tratante y las normas vigentes.

Artículo 45. Medicamentos de programas especiales. Es responsabilidad de las EPS o de las entidades que hagan sus veces, garantizar el acceso y la administración de los medicamentos de programas especiales, previstos en el articulado y descritos en la sección B: "Medicamentos para programas especiales en salud pública" del Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC", que hace parte integral del presente acto administrativo y que son suministrados por este Ministerio, según las normas técnicas y guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública.

Artículo 46. Radiofármacos. Estos medicamentos se consideran financiados con recursos de la UPC, cuando son necesarios e insustituibles para la realización de los procedimientos de medicina nuclear, contenidos en dicha financiación, tanto en diagnóstico, como en tratamiento y no requieren estar descritos explícitamente en el listado de medicamentos.

Artículo 47. Medios de contraste. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, garantizarán los medios de contraste correspondientes a los descritos explícitamente en el anexo 1 "Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC", que hace parte integral del presente acto administrativo.

Artículo 48. Medios diagnósticos. Los medicamentos diferentes a medios de contraste que se encuentren descritos en el Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC", que hace parte integral del presente acto administrativo, también serán financiados con recursos de la UPC cuando sean usados para realizar pruebas farmacológicas diagnósticas y otros procedimientos diagnósticos, financiados con recursos de la UPC.

Parágrafo. Cuando un procedimiento financiado con recursos de la UPC, según los contenidos del presente acto administrativo en los Anexos 2 y 3, requiera para su realización un medicamento que actúe como estímulo *in vivo* o *in vitro*, siempre y cuando sea necesario e insustituible, se considera inherente al procedimiento descrito y financiado con recursos de la UPC, sin que para ello se requiera estar descrito en el Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC".

Artículo 49. Soluciones y diluyentes. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las soluciones de uso médico, aunque no estén descritas en el Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC", que hace parte integral del presente acto administrativo, por considerarse insustituibles para la realización de algún procedimiento financiado con recursos de la UPC, en los siguientes casos:

SOLUCIÓN	PROCEDIMIENTO
Cardiopléjica	Perfusión intracardiaca
Conservantes de órganos	Perfusión y lavado de órganos en trasplantes
Viscoelástica	Oftalmológicos

WE
AM

43

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

Líquido embólico	Embolizaciones
Líquidos de gran volumen	Procedimientos que requieren líquidos para el arrastre, lavado o irrigación de las diferentes cavidades y estructuras del organismo (vejiga, peritoneo, articulaciones, entre otras)

Igualmente, los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los diluyentes necesarios, sin importar el volumen para reconstitución de medicamentos y preparados de nutrición parenteral.

Artículo 50. Actividades y procesos propios del servicio farmacéutico. Las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar –EOC, son responsables de garantizar que el manejo, conservación, dispensación, distribución de medicamentos o cualquier otro proceso definido por la normatividad vigente para el servicio farmacéutico, que implique servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, se realice bajo las condiciones y criterios definidos por la normatividad vigente, y que su funcionamiento se ajuste a la habilitación, autorización y vigilancia por la autoridad competente para tal fin.

Parágrafo. Cuando un establecimiento farmacéutico, entidad o persona (entiéndase incluidos bajo esta denominación a los operadores logísticos de tecnologías en salud y a los gestores farmacéuticos), realice cualquier actividad o proceso propio del servicio farmacéutico, deberá cumplir en lo pertinente las disposiciones del Capítulo 10 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que lo modifique o sustituya.

Artículo 51. Sustancias y medicamentos para nutrición. La financiación de sustancias nutricionales con recursos de la UPC es la siguiente:

1. Aminoácidos esenciales y no esenciales, con o sin electrolitos, utilizados para alimentación enteral o parenteral (incluyendo medicamentos que contengan dipéptidos que se fraccionan de manera endógena).
2. Medicamentos parenterales en cualquier concentración, descritos en el Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC", del presente acto administrativo, utilizados para los preparados de alimentación parenteral.

Las nutriciones parenterales que se presentan comercialmente como sistemas multicompartimentales, también se consideran financiadas con recursos de la UPC, sin importar que contengan otros principios activos, diferentes a los descritos en el Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC", del presente acto administrativo, siempre y cuando compartan la misma indicación de las nutriciones parenterales preparadas, a partir de los medicamentos financiados con recursos de la UPC.

1. La fórmula láctea se encuentra cubierta exclusivamente para las personas menores de 12 meses de edad, que son hijos de madres con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA, según posología del médico o nutricionista tratante.
2. Alimento en polvo con vitaminas, hierro y zinc, según la guía de la OMS (uso de micronutrientes en polvo para la fortificación domiciliar de los alimentos consumidos por lactantes y niños), para personas menores entre seis (6) y veinticuatro (24) meses de edad.

Parágrafo. No se financia con cargo a la UPC las nutriciones enterales u otros productos como suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos para

MP
Dg

43

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

nutrición, edulcorantes o sustitutos de la sal o intensificadores de sabor y cualquier otro diferente a lo dispuesto en el presente artículo.

Artículo 52. Subgrupos de referencia. Cuando en el articulado o en el listado de medicamentos definidos como servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, se define un subgrupo de referencia, se deben considerar financiados con recursos de la UPC, todos los medicamentos que contengan los principios activos pertenecientes a dicho subgrupo, según la clasificación internacional ATC, en las concentraciones, formas farmacéuticas y usos que se definen para ellos en el Anexo 1 "LISTADO DE MEDICAMENTOS FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC", del presente acto administrativo.

Artículo 53. Buenas Prácticas de Prescripción. Durante el proceso de prescripción de medicamentos y siguiendo los parámetros de las Buenas Prácticas de Prescripción, emanadas de la OMS, para la selección de la terapia farmacológica a instaurar, se deberá tener en cuenta, en lo posible y según criterio del médico tratante, el perfil farmacológico, la eficacia y seguridad como un balance riesgo/beneficio, su conveniencia, según las características del paciente, las recomendaciones realizadas en documentos emitidos por este Ministerio, como Guías de Práctica Clínica (GPC); Guías de Atención Integral (GAI); protocolos; informes de formulación, uso y posicionamiento terapéutico o cualquier otro documento definido para la atención en salud de una patología en particular, y la eficiencia de dicho tratamiento farmacológico, entendida como el mejor uso de los recursos, bajo el principio de autorregulación, sin que lo anterior se establezca como una restricción a la autonomía profesional. Para Combinaciones a Dosis Fijas, deberán aplicarse las mismas recomendaciones en su prescripción, frente a los monofármacos por separado, en caso de estar disponibles.

Los actores del sistema de salud de forma coordinada podrán definir, organizar, implementar y monitorear todos los mecanismos y herramientas de gestión de riesgo que se consideren necesarias para apoyar las buenas prácticas de prescripción, adicionales a las que defina este Ministerio. También deberán desarrollar estrategias de mejoramiento, cuando así se requiera.

Artículo 54. Concordancia entre la cantidad prescrita de medicamento y la cantidad dispensada. La cantidad de medicamento dispensado, deberá corresponder con la cantidad de medicamento prescrito con el fin de asegurar el cumplimiento de la terapia farmacológica instaurada por el médico prescriptor tanto en la posología como en los días totales de tratamiento, en cumplimiento de lo señalado en los artículos 2.5.3.10.18 y 2.5.3.10.19 del Decreto 780 de 2016, sobre obligaciones y prohibiciones del dispensador, respectivamente, o las normas que los modifiquen o sustituyan, evitando en cualquier caso que se dispensen menos cantidades de medicamento a las necesarias para la terapia farmacológica.

Capítulo 5 Dispositivos médicos

Artículo 55. Dispositivos médicos. En desarrollo del principio de integralidad establecido en el numeral 1 del artículo 3 del presente acto administrativo, las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC, deben garantizar todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación, salvo que exista excepción expresa para ellas en este acto administrativo.

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

Artículo 56. Lentes externos. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los lentes correctores externos en vidrio o plástico (incluye policarbonato), en las siguientes condiciones:

1. En el Régimen Contributivo:

Se financia con recursos de la UPC, una (1) vez cada año en las personas de hasta doce (12) años y una vez cada cinco (5) años en los mayores de doce (12) años, por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La financiación incluye la adaptación del lente formulado a la montura. El valor de la montura debe ser asumido por el usuario.

2. En el Régimen Subsidiado:

- a. Para personas menores de 21 años y mayores de 60 años, se financian con recursos de la UPC, una vez al año, por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La financiación incluye el suministro de la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.
- b. Para las personas mayores de 21 y menores de 60 años, se financian con recursos de la UPC los lentes externos, una vez cada cinco años, por prescripción médica o por optometría, para defectos que disminuyan la agudeza visual. La financiación incluye la adaptación del lente formulado a la montura. El valor de la montura es asumido por el usuario.

Parágrafo. No se financian filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto, ni líquidos para lentes.

Artículo 57. Ayudas técnicas. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las siguientes ayudas técnicas:

1. Prótesis ortopédicas internas (endoprótesis ortopédicas), para los procedimientos quirúrgicos, financiados con recursos de la UPC.
2. Prótesis ortopédicas externas (exoprótesis), para miembros inferiores y superiores, incluyendo su adaptación, así como el recambio por razones de desgaste normal, crecimiento o modificaciones morfológicas del paciente, cuando así lo determine el profesional tratante.
3. Prótesis de otros tipos (válvulas, lentes intraoculares, audífonos, entre otros), para los procedimientos financiados con recursos de la UPC.
4. Órtesis ortopédicas (incluye corsés que no tengan finalidad estética).

Parágrafo 1. Están financiados con recursos de la UPC, las siguientes estructuras de soporte para caminar: muletas, caminadores y bastones, las cuales, se darán en calidad de préstamo, en los casos en que aplique (incluye entrenamiento de uso), con compromiso de devolverlos en buen estado, salvo el deterioro normal. En caso contrario, deberán restituirse en dinero a su valor comercial.

Parágrafo 2. No se financian con cargo a la UPC sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos.

**Capítulo 6
Salud mental**

Artículo 58. Atención de urgencias en salud mental. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la atención de urgencias en servicios

Continuación de la resolución: *"Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"*

debidamente habilitados, del paciente con trastorno o enfermedad mental, incluyendo la observación en urgencias.

Artículo 59. Psicoterapia ambulatoria para la población general. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la atención ambulatoria con psicoterapia individual, grupal, familiar y de pareja.

Parágrafo. No se financia con cargo a la UPC, el tratamiento de psicoanálisis para ningún grupo poblacional.

Artículo 60. Psicoterapia ambulatoria para mujeres víctimas de violencia. Con cargo a los recursos de la UPC, se financia la psicoterapia ambulatoria para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del profesional tratante.

Artículo 61. Atención con internación en salud mental Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo, dentro del ámbito de la salud.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC, para la internación, será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará de manera preferente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tiene límites para su financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo 2. No será financiada con cargo a los recursos de la UPC, la internación cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud sea una inasistencia social o un abandono social.

Artículo 62. Atención con internación en salud mental para mujeres víctimas de violencia. Con cargo a los recursos de la UPC, se financia la atención con internación para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del médico tratante.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC, para la internación, será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará de manera preferente en hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo 2. No será financiada con cargo a los recursos de la UPC, la internación cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud sea una inasistencia social o un abandono social.

43

43

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

Capítulo 7 Atención paliativa

Artículo 63. Atención paliativa. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen los cuidados paliativos en la atención ambulatoria, la atención con internación o la atención domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, o aquella que la modifique o sustituya, con las tecnologías en salud y los servicios financiados con recursos de la UPC, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 24 del presente acto administrativo.

TÍTULO IV COBERTURA PREFERENTE Y DIFERENCIAL, AGRUPADA POR CICLOS VITALES PARA PERSONAS MENORES DE DIECIOCHO (18) AÑOS

Artículo 64. Restablecimiento de la salud a la población menor de dieciocho (18) años, cuyos derechos han sido vulnerados. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, requeridos para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes, víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, hasta que se certifique médicamente su recuperación, de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1438 de 2011. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán diseñar e implementar programas para garantizar la atención integral en cada caso.

Artículo 65. Protección específica y detección temprana. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen todas las tecnologías en salud y servicios contenidos en el presente acto administrativo para la protección específica y detección temprana, según las normas técnicas vigentes, incluyendo la identificación y canalización de las personas de toda edad y género, para tales efectos, deberá articularse con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Capítulo 1. Atención a personas desde la etapa prenatal a menores de Seis (6) años

Artículo 66. Atención prenatal. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, que se requieran para cualquier atención en salud ambulatoria o con internación, por la especialidad médica que sea necesaria, durante el proceso de gestación, parto y puerperio, en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad. Incluye las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación y parto, o que signifiquen un riesgo para la viabilidad del producto o la supervivencia y salud del recién nacido, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 67. Atención de la morbilidad neonatal. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo para el recién nacido, desde el momento del nacimiento y hasta el mes de nacido, con el fin de atender integralmente cualquier contingencia de salud, incluyendo lo necesario para su realización, de tal forma que se cumpla con la finalidad del servicio y según el criterio del médico tratante. Incluyen las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, establecidas en las

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

normas técnicas de protección específica para la atención del parto (adaptación neonatal y complicaciones del recién nacido), y la atención del recién nacido, de acuerdo con lo definido por la normatividad vigente, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 68. Atención a hijos de madres con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA. Los hijos de madres con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, tienen derecho a los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en este acto administrativo, para la atención en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aunque el diagnóstico de infección por VIH/SIDA, sea presuntivo y no haya sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la infección por VIH/SIDA, vigente, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 69. Complementos nutricionales. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen en este ciclo vital lo siguiente:

1. Fórmula láctea para niños lactantes hasta los doce (12) meses de edad, que sean hijos de madres con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, según el criterio del médico o nutricionista tratante.
2. Alimento en polvo con vitaminas, hierro y zinc, según guía de la OMS (uso de micronutrientes en polvo para la fortificación domiciliar de los alimentos consumidos por lactantes y niños), para personas menores de edad, entre seis (6) y veinticuatro (24) meses.

Artículo 70. Atención de urgencias. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, a que refiere el presente acto administrativo, contienen las tecnologías y servicios necesarios para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios habilitados para tal fin, la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

Artículo 71. Atención para la recuperación de la salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las tecnologías en salud y los servicios para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad, requeridos en la atención ambulatoria, con internación, o domiciliaria, de cualquier contingencia de salud que se presente, según el criterio del profesional tratante, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), de acuerdo con los lineamientos de política pública vigentes, necesarias para la recuperación de la salud de las personas, desde la etapa prenatal a menores de seis (6) años de edad, además de las previstas para la población en general.

Asimismo, tienen acceso a los servicios de pediatría y medicina familiar, financiados con recursos de la UPC, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general; sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o por ausencia de oferta en el municipio de residencia.

Artículo 72. Atención a víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, y todas las tecnologías en salud y los servicios incluidos en el presente acto administrativo, para la atención de personas menores de seis (6) años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual, presuntiva o confirmada.

MP
MS

46

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

Artículo 73. Atención a personas menores de seis (6) años de edad con trastornos alimentarios. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y los servicios de que trata el presente acto administrativo, para la atención de personas menores de seis (6) años de edad, con trastornos alimentarios.

Artículo 74. Atención a personas menores con discapacidad. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la atención en salud, evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, realizadas por profesionales de la salud; así como todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, para las personas con discapacidad física, sensorial o cognitiva, desde la etapa prenatal hasta menores de seis (6) años de edad.

Parágrafo. Corresponde al profesional tratante determinar el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad y motivo de intervención.

Artículo 75. Lentes externos y monturas. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los lentes externos, una (1) vez cada año, siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico (incluye policarbonato) o vidrio, sin filtros ni películas.

En el Régimen Subsidiado, la financiación con recursos de la UPC, incluye además la montura, hasta por un valor equivalente al 10 % del salario mínimo legal mensual vigente.

Parágrafo. La financiación con recursos de la UPC no incluye filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto, ni líquidos para lentes.

Artículo 76. Atención en cáncer. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la atención del cáncer en las personas desde la etapa prenatal a menores de seis (6) años, e incluye las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, en servicios debidamente habilitados, de conformidad con la normatividad vigente.

Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, para atender los casos de niños y niñas con cáncer, o con diagnóstico presuntivo de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010, modificada por la Ley 2026 de 2020, o aquella que la modifique o sustituya.

Artículo 77. Atención paliativa. Las personas desde la etapa prenatal hasta menores de 6 años de edad, tienen derecho a la financiación con recursos de la UPC, de los cuidados paliativos en la atención ambulatoria, atención con internación o atención domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, o aquella que la modifique o sustituya, con los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, que incluyen las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 24 del presente acto administrativo.

Artículo 78. Atención en salud mental. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, contemplan todas las tecnologías en salud y los servicios para la atención en salud mental, incluyendo la

UPC
10/1

UPC

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

internación total o parcial para las personas menores de seis (6) años de edad que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo 2. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC no incluyen la internación cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Artículo 79. Psicoterapia ambulatoria. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la Psicoterapia ambulatoria con psicoterapia individual, grupal y familiar, cuando ello sea pertinente a criterio del profesional tratante, para las personas menores de seis (6) años, incluidas las víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad.

Artículo 80. Atención con internación en salud mental. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la internación de pacientes menores de seis (6) años, dentro del ámbito de la salud, con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo, así como las víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol) o personas con discapacidad.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC, para la internación, será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo 2. No será financiada con cargo a la UPC la internación, cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Capítulo 2.

Atención a personas de Seis (6) años a menores de catorce (14) años

Artículo 81. Atención de urgencias. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, contemplan los servicios y las tecnologías en salud necesarios para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios habilitados para tal fin, la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

Artículo 82. Atención para la recuperación de la salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las tecnologías en salud y los servicios

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad, requeridos en la atención ambulatoria, atención con internación o atención domiciliaria, de cualquier contingencia de salud que se presente, según el criterio del profesional tratante, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), conforme con los lineamientos de política pública vigentes, necesarios para la recuperación de la salud de las personas desde seis (6) años a menores de catorce (14) años, además de los previstos para la población en general.

Asimismo, tienen acceso a los servicios de pediatría, obstetricia y medicina familiar, financiados con recursos de la UPC, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o por ausencia de oferta en el municipio de residencia.

Artículo 83. Atención del embarazo. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen la atención integral de la gestación, parto y puerperio, atenciones en salud ambulatoria o con internación por la especialidad médica que sea necesaria. Se incluye la atención de las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

Asimismo, las niñas embarazadas deben tener especial relevancia dentro de los programas de promoción y prevención, garantizándoles todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto y recién nacido, la protección específica y la atención de eventos en salud pública, acorde con las normas técnicas vigentes, adoptadas por este Ministerio, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Se financia con recursos de la UPC el acceso directo a la atención especializada obstétrica, es decir, sin remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta de servicios especializados en el municipio de residencia.

Artículo 84. Atención a personas menores con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la atención de las personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años, con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, con las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, aún si el diagnóstico de infección por VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la infección por VIH/SIDA, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 85. Atención a víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y los servicios para la atención de las personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años, víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual, presuntiva o confirmada.

Artículo 86. Atención a personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años con trastornos alimentarios. Los servicios y tecnologías de salud financiados con

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y los servicios para las personas de seis (6) a menores de catorce (14) años, con trastornos alimentarios.

Artículo 87. Atención a personas menores con discapacidad. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, realizadas por profesionales de la salud, así como todas las tecnologías en salud y los servicios para la atención de las personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años, con discapacidad física, sensorial o cognitiva.

Parágrafo. Será el profesional tratante quien determine el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad, motivo de intervención.

Artículo 88. Lentes y monturas. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC contemplan los lentes externos, siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico (incluye policarbonato), o vidrio, sin filtros ni películas, así:

1. Para el Régimen Contributivo, se financian con recursos de la UPC una (1) vez cada año, para las personas de doce (12) años o menos y una vez cada cinco años, para las personas mayores de (12) años.
2. Para los afiliados al Régimen Subsidiado, en este ciclo vital se financian con recursos de la UPC, una (1) vez cada año. La financiación con recursos de la UPC incluye la adaptación del lente formulado y la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

Parágrafo. La financiación con cargo a la UPC no incluye filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto, ni líquidos para lentes.

Artículo 89. Atención en cáncer. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen la atención del cáncer de las personas de seis (6) años a menores de 14 años, para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; en servicios debidamente habilitados, de conformidad con la normatividad vigente.

Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a las tecnologías en salud y los servicios financiados con recursos de la UPC, para atender los casos de niños y niñas con cáncer o con diagnóstico presuntivo de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010, modificada por la Ley 2026 de 2020, o aquella que la modifique o sustituya.

Artículo 90. Atención paliativa. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la atención ambulatoria, o atención con internación domiciliaria de los cuidados paliativos del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible, de alto impacto en la calidad de vida de las personas, desde los seis (6) años a menores de catorce (14) años, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, o aquella que la modifique o sustituya, con las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 24 del presente acto administrativo.

Artículo 91. Atención en salud mental. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen todas las

WIR
LH

43

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

tecnologías en salud, los servicios y la hospitalización total o parcial para la atención en salud mental, de las personas desde los seis (6) años a menores de catorce (14) años que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC, de la internación, será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Parágrafo 1. A criterio del profesional de la salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo 2. La financiación con cargo a la UPC no incluye la internación, cuando no sea por atención al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Artículo 92. Psicoterapia ambulatoria. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la Psicoterapia ambulatoria con psicoterapia individual, grupal, de pareja y familiar, cuando ello sea pertinente a criterio del profesional tratante, para las personas de seis (6) años a menores de 14 años, incluidas las víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad.

Artículo 93. Atención con internación en salud mental. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la internación de pacientes de seis (6) años a menores de catorce (14) años, dentro del ámbito de la salud, con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo, así como las víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol) o personas con discapacidad.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental, se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo 2. La financiación con cargo a la UPC no incluye la internación cuando no sea por atención al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Capítulo 3.

Atención a personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años

Artículo 94. Atención de urgencias. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, contemplan las tecnologías en salud y los servicios necesarios para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios debidamente habilitados para tal fin, la oportuna y adecuada remisión, cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

Artículo 95. Atención para la recuperación de la salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las tecnologías en salud y los servicios para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad, requeridos en

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

la atención ambulatoria, atención con internación o atención domiciliaria, de cualquier contingencia de salud que se presente, según el criterio del profesional tratante, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), según los lineamientos de política pública vigentes, necesarias para la recuperación de la salud de las personas desde catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad, además de las previstas para la población en general.

Asimismo, dichas personas tienen acceso a los servicios de pediatría, obstetricia o medicina familiar, financiados con recursos de la UPC, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

Artículo 96. Embarazo en adolescentes. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen la atención integral de la gestación, parto y puerperio, las atenciones en salud ambulatoria o con internación, por la especialidad médica que sea necesaria. Se incluye la atención de las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

Asimismo, las adolescentes embarazadas deben tener especial relevancia dentro de los programas de promoción y prevención, garantizándoles todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto y recién nacido, la protección específica y la atención de eventos en salud pública, acorde con las normas técnicas vigentes, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Se financia con recursos de la UPC el acceso directo a la atención especializada obstétrica, es decir, sin remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta de servicios especializados en el municipio de residencia.

Artículo 97. Atención a personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años con diagnóstico de infección por VIH/SIDA. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen la atención de las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, aún si el diagnóstico de la infección por VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la infección por VIH/SIDA vigente, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 98. Atención a víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y servicios para la atención de las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años, víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual, presuntiva o confirmada.

Artículo 99. Atención a personas de 14 años a menores de 18 años, con trastornos alimentarios. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y los

uk
(2)

uk

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

servicios para la atención de personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años con trastornos alimentarios.

Artículo 100 Atención a personas de 14 años a menores de 18 años de edad, con discapacidad. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y los servicios para la atención de la salud a las personas con discapacidad de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años.

Parágrafo. Será el profesional tratante quien determine el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad motivo de intervención.

Artículo 101. Lentes y monturas. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen los lentes externos, siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico (incluye policarbonato), o vidrio, así:

1. Para el Régimen Contributivo, una (1) vez cada cinco años.
2. Para los afiliados al Régimen Subsidiado, en este ciclo vital, se financia una (1) vez cada año. La financiación incluye la adaptación del lente formulado y la montura, hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

Parágrafo. La financiación con cargo a la UPC no incluye filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto, ni líquidos para lentes.

Artículo 102. Atención en cáncer. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, contemplan la atención del cáncer en las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años e incluye todas las tecnologías en salud y los servicios para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, en servicios habilitados, de conformidad con la normatividad vigente.

Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a las tecnologías en salud y los servicios financiados con recursos de la UPC, para atender los casos de niños y niñas con cáncer o con diagnóstico presuntivo de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010, modificada por la Ley 2026 de 2020, o aquella que la modifique o sustituya.

Artículo 103. Atención paliativa. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen la atención ambulatoria, atención con internación o atención domiciliaria de los cuidados paliativos del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible, de alto impacto en la calidad de vida de las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, o aquella que la modifique o sustituya, con las tecnologías en salud y los servicios contenidos en esta resolución, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 24 del presente acto administrativo.

Artículo 104. Atención en salud mental. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen las tecnologías en salud y los servicios para la internación total o parcial de las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

hsp
Hes

48

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo 2. La financiación con cargo a la UPC no incluye la internación cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Artículo 105. Psicoterapia ambulatoria. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la Psicoterapia ambulatoria con psicoterapia individual, grupal, de pareja y familiar, cuando ello sea pertinente a criterio del profesional tratante, para las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años, incluidas las víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad.

Artículo 106. Atención con internación en salud mental. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la internación de personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años, dentro del ámbito de la salud, con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo, así como las víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol) o personas con discapacidad.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo 2. La financiación con cargo a la UPC no financiará la internación, cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

TÍTULO V TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES

Artículo 107. Traslado de pacientes. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada), en los siguientes casos:

1. Movilización de pacientes con patología de urgencias, desde el sitio de ocurrencia de la misma, hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en ambulancia.
2. Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente, para estos casos, está financiado con recursos de la UPC el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.

hij
2021

4

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

Asimismo, se financia el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria, si el médico así lo prescribe.

Artículo 108. Transporte del paciente ambulatorio. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia para acceder a una atención financiada con recursos de la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será financiado en los municipios o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

Parágrafo. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario deba trasladarse a un municipio distinto al de su residencia, para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de este acto administrativo, o cuando existiendo estos en su municipio de residencia, la EPS o la entidad que haga sus veces, no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS o la entidad que haga sus veces, recibe o no una UPC diferencial.

Artículo 109. Transporte de cadáveres. La financiación con cargo a la UPC no incluye el transporte o traslado de cadáveres, como tampoco los servicios funerarios.

TÍTULO VI OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 110. Coberturas especiales para comunidades indígenas. La población indígena afiliada al SGSSS, a través de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI), a las cuales, se les ha reconocido una Unidad de Pago por Capitación Diferencial Indígena (UPCDI), tendrá la financiación de los servicios y tecnologías de salud previstos en el presente acto administrativo, y en forma adicional, de los servicios diferenciales indígenas, contenidos en el Anexo 3 de la Resolución 2077 de 2021 o la norma que la sustituya "*Códigos especiales para reportes de población indígena*", que hace parte integral del presente acto administrativo. Una vez se defina el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), este será utilizado como uno de los insumos de referencia para determinar los servicios y tecnologías de salud que les serán proporcionados.

Artículo 111. Reconocimiento de servicios y tecnologías de salud no financiados explícitamente con cargo a la UPC. En el evento en que se prescriban servicios y tecnologías de salud que sean alternativos a los financiados explícitamente con recursos de la UPC, cuyo costo por evento o per cápita sea menor o igual al costo por evento o per cápita de los descritos en este acto administrativo, dichos servicios y tecnologías igualmente serán financiados con recursos de la UPC, así no se encuentren explícitamente descritos en los anexos a que refiere el artículo 5 de esta resolución, siempre y cuando, cumplan con los estándares de calidad y habilitación vigentes y se encuentren, de ser el caso, debidamente certificados por el INVIMA, o por la respectiva autoridad competente.

Parágrafo 1. Será la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), en donde se realice la prescripción, quien teniendo en cuenta sus procesos de adquisición y tarifas de negociación, establezca la comparación entre los diferentes costos por evento o per cápita, sin dejar de lado las normas que regulan la materia, tales como las relacionadas con precios máximos de venta para medicamentos, incluidos en el Régimen de Control Directo de Precios, entre otras.

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

Parágrafo 2. La información correspondiente a la financiación con recursos de la UPC, para servicios y tecnologías de salud que no se encuentren incluidos y explícitamente descritos en este acto administrativo, a que hace referencia el presente artículo, se deberá reportar conforme con lo dispuesto en los artículos 7 y 115 de esta resolución, o las normas que los modifiquen o sustituyan, y surtirá los mismos procesos que los servicios y tecnologías de salud, financiados con recursos de la UPC.

Artículo 112. Servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, ordenados por fuera de la red de prestadores de la EPS o de la entidad que haga sus veces. Cuando un paciente solicite la financiación con recursos de la UPC de algún servicio o tecnología de salud financiado con la UPC, prescrito por un profesional de la salud que no haga parte de la red de la EPS o de la entidad que haga sus veces, esta podrá someter el caso a una evaluación médico científica por personal de dicha red, para efectos de establecer la pertinencia del servicio y la viabilidad de la financiación con recursos de la UPC, sin perjuicio de la debida oportunidad y efectividad en la atención.

Artículo 113. Concurrencia de servicios y tecnologías de salud, a cargo de otras fuentes de financiación. Cuando se identifiquen casos de financiación parcial o total, por accidentes de trabajo y enfermedad laboral, eventos catastróficos y accidentes de tránsito, Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), y en general, con los contenidos financiados con otras fuentes, el servicio o tecnología de salud deberá ser asumido por dichas fuentes de financiación, de conformidad con la normatividad vigente.

Artículo 114. Alto costo. Sin implicar modificaciones en los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, entiéndase como de alto costo para efectos del no cobro de copago, los siguientes eventos y servicios:

1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea, páncreas, pulmón, intestino, multivisceral y córnea.
2. Atención de insuficiencia renal aguda o crónica, con tecnologías en salud para su atención y/o las complicaciones inherentes a la misma en el ámbito ambulatorio y hospitalario.
3. Manejo quirúrgico de enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, incluyendo las tecnologías en salud de cardiología y hemodinamia para diagnóstico, control y tratamiento, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio.
4. Manejo quirúrgico para afecciones del Sistema Nervioso Central, incluyendo las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, así como las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran, asimismo, los casos de trauma que afectan la columna vertebral y/o el canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de médula y que requiera atención quirúrgica, bien sea por neurocirugía o por ortopedia y traumatología.
5. Corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo incluyendo las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran.
6. Reemplazos articulares.
7. Atención integral del gran quemado. Incluye las intervenciones de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas, la internación, fisioterapia y terapia física.
8. Manejo del trauma mayor.
9. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH/SIDA.
10. Atención integral de pacientes con cáncer.
11. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos.
12. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas

Parágrafo 1. Se entiende como gran quemado al paciente con alguno de los siguientes tipos de lesiones:

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

1. Quemaduras de 2º y 3º grado, en más del 20% de la superficie corporal
2. Quemaduras del grosor total o profundo, en cualquier extensión, que afectan a manos, cara, ojos, oídos, pies y perineo o zona ano genital
3. Quemaduras complicadas por lesión por aspiración
4. Quemaduras profundas y de mucosas, eléctricas o químicas
5. Quemaduras complicadas con fracturas y otros traumatismos importantes
6. Quemaduras en pacientes de alto riesgo por ser menores de 5 años y mayores de 60 años, o complicadas por enfermedades intercurrentes moderadas, severas o estado crítico previo.

Parágrafo 2. Se entiende por trauma mayor el paciente que presenta lesión o lesiones graves provocadas por violencia exterior, que para su manejo médico - quirúrgico requiere la realización de procedimientos o intervenciones terapéuticas múltiples y que cualquiera de ellos se efectúe en un servicio de alta complejidad.

TÍTULO VII DISPOSICIONES FINALES

Artículo 115. Deber de información. Para efectos de la actualización de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC o el análisis y cálculos de la UPC, los usuarios, pacientes, profesionales de la salud, EPS o entidades que hagan sus veces, IPS y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres), deberán suministrar información veraz, completa, con la estructura, nivel de detalle, calidad y oportunidad que la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, requiera.

Parágrafo 1. La descripción establecida para la financiación de procedimientos en salud, excepto los procedimientos en salud de laboratorio clínico, está determinada en términos de categorías de la CUPS, señalada en este acto administrativo y no restringe o limita el nivel de detalle de la información que se solicite por las autoridades competentes.

Parágrafo 2. Para el caso específico de medicamentos, la información deberá ser suministrada de conformidad con la normatividad vigente.

Artículo 116. Vigencia y derogatoria. El presente acto administrativo rige a partir del 1 de enero de 2022 y deroga la Resolución 2481 de 2020, modificada por la Resolución 162 de 2021.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los

23 DIC 2021

FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Ministro de Salud y Protección Social

Aprobó: Viceministra de Protección Social
Directora de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud
Directora Jurídica

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

ANEXO No. 1
LISTADO DE MEDICAMENTOS FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC

CLASIFICACIÓN FORMAS FARMACÉUTICAS SEGÚN VÍA DE ADMINISTRACIÓN, ESTADO Y FORMA DE LIBERACIÓN DEL PRINCIPIO ACTIVO

La siguiente clasificación deberá ser tomada en cuenta para la lectura de financiación de medicamentos con recursos de la UPC:

VÍA DE ADMINISTRACIÓN	LIBERACIÓN DEL PRINCIPIO ACTIVO	ESTADO			
		SÓLIDO	LÍQUIDO	SEMI-SÓLIDO	GAS
ORAL	CONVENCIONAL	LIBERACIÓN NORMAL DEL PRINCIPIO ACTIVO: Tableta con o sin recubrimiento que no modifique la liberación del principio activo (fármaco) (tableta, tableta recubierta, tableta con película, tableta cubierta con película, gragea, comprimido), glóbulos, cápsula dura, cápsula blanda, goma	Solución (o polvo para reconstituir a solución), suspensión (o polvo para reconstituir a suspensión), emulsión, jarabe, elixir, solución/suspensión para inhalación, solución/suspensión para nebulización	Gel no estéril	Gas (comprimido, crogénico, líquido), aerosol, o polvo de administración nasal o bucal con dispositivo mecánico para nebulizar el medicamento
		LIBERACIÓN ACELERADA DEL PRINCIPIO ACTIVO: Tabletas orodispersables, tabletas efervescentes, tabletas masticables, tabletas dispersables, polvo efervescente, granulado efervescente, tiras (láminas dispersables), tableta sublingual, gránulos, gránulos recubiertos, gránulos efervescentes, polvo, polvo para reconstituir, polvo efervescente.			
	MODIFICADA	LIBERACIÓN RETARDADA: Tableta de liberación retardada, cápsula (dura o blanda) de liberación retardada, gránulos de liberación retardada, polvo para reconstituir de liberación retardada.	Suspensión de liberación controlada (prolongada o sostenida), suspensión de liberación retardada		
		LIBERACIÓN CONTROLADA: Tableta de liberación controlada (prolongada como comprimidos matriciales, microcápsulas, microgránulos y microesferas o sostenida como bombas osmóticas), cápsula de liberación controlada (prolongada como microcápsulas, microgránulos y microesferas o sostenida como bombas osmóticas), gragea con cubierta entérica, pellets, gránulos de liberación prolongada, polvo para reconstituir de liberación prolongada, sistemas de liberación pulsátil o secuencial.			
TÓPICA	CONVENCIONAL	Polvos, adhesivos (acción local), jabón	Solución o suspensión (tópica), loción, emulsión, linimento, espuma, bntura, enjuague bucal, champú, jabón	Jalea, crema, gel no estéril, pomadas, pasta, ungüento no estéril, emplasto	Aerosol
PARENTERAL: Incluye vía intravascular (intravenosa, intraarterial) o vía extravascular (intradérmica, subcutánea, intramuscular, intratecal, epidural, intraperitoneal)	CONVENCIONAL	Polvo estéril para inyección, polvo liofilizado estéril para reconstituir a solución o suspensión inyectable	Solución estéril inyectable, suspensión estéril inyectable, emulsión estéril inyectable, solución estéril para infusión, solución estéril para perfusión, solución estéril inyectable en cápsula, concentrado estéril para infusión, suspensión estéril inyectable		
	MODIFICADA	Polvo estéril para reconstituir de liberación controlada (prolongada o sostenida)	Solución liposomal o suspensión liposomal, solución estéril de liberación controlada (prolongada o sostenida), suspensión estéril de liberación controlada (prolongada o sostenida), suspensión de liberación retardada		
RECTAL (USO PROCTOLÓGICO)	CONVENCIONAL	Supositorio	Solución, enema, suspensión, espuma		

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

VÍA DE ADMINISTRACIÓN	LIBERACIÓN DEL PRINCIPIO ACTIVO	ESTADO			
		SÓLIDO	LÍQUIDO	SEMI-SÓLIDO	GAS
NASAL O RESPIRATORIA (Incluye administración bucal-respiratoria e instilación endotraqueopulmonar)	CONVENCIONAL	Poivo de administración nasal o bucal con dispositivo Mecánico para nebulizar el medicamento	Solución para inhalación, suspensión para inhalación, solución para nebulización, suspensión para nebulización, gotas, solución para instilación, suspensión para instilación		Gas, aerosol
OFTÁLMICA	CONVENCIONAL	Implante intravitreo, Poivo liofilizado estéril para reconstituir a solución o suspensión oftálmica	Colirio, emulsión oftálmica, solución oftálmica, suspensión oftálmica, gotas oftálmicas	Pomada, gel estéril, pasta, unguento estéril	
ÓTICA	CONVENCIONAL		Solución ótica, suspensión ótica		
TRANSDÉRMICA (PERCUTÁNEA)	MODIFICADA	Parche, parche transdérmico o sistema transdérmico, implante	Suspensión estéril de liberación controlada (prolongada o sostenida), suspensión de liberación controlada (prolongada o sostenida), suspensión de liberación retardada, solución transdérmica		
IRRIGACIÓN	CONVENCIONAL		Solución estéril para irrigación		
VAGINAL	CONVENCIONAL	Supositorios, óvulos, comprimidos vaginales, tabletas vaginales	Solución vaginal, suspensión vaginal	Crema, espuma, gel no estéril	
	MODIFICADA	Dispositivo intrauterino, anillo vaginal	Suspensión estéril de liberación controlada (prolongada o sostenida), suspensión de liberación controlada (prolongada o sostenida), suspensión de liberación retardada		

SECCIÓN A1. FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC PARA MEDICAMENTOS CON DESCRIPCIÓN DE PRINCIPIO ACTIVO

- Los medicamentos con los principios activos, concentraciones y formas farmacéuticas descritos en esta sección se financian con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
- Los medicamentos donde no se realizan aclaraciones se financian con recursos de la UPC en todas las indicaciones autorizadas por el INVIMA según el artículo 37 del presente acto administrativo.
- Si un principio activo no se encuentra explícitamente en la sección A1 se debe tener en cuenta que puede estar financiado y descrito en la financiación con recursos de la UPC en otra sección del anexo 1 o descrito en el articulado del presente acto administrativo. Los medicamentos no descritos explícitamente, también se financian con recursos de la UPC si cumplen lo dispuesto en el artículo 111 del presente acto administrativo.
- Para los principios activos de los medicamentos descritos a continuación no se enuncian códigos ATC teniendo en cuenta que en esta sección un principio activo según las diferentes formas farmacéuticas financiadas puede incluir varios códigos ATC.

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
1	ABACAVIR	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
2	ABACAVIR + LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
3	ABATACEPT	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
4	ACECLOFENACO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
5	ACEITE DE RICINO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
6	ACEITE VEGETAL + SIMETICONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
7	ACEMETACINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE LIBERACIÓN MODIFICADA	
8	ACETAMINOFÉN	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
9	ACETAMINOFÉN + ACETIL SALICÍLICO ÁCIDO + CAFEÍNA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
10	ACETAMINOFÉN + CAFEÍNA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
11	ACETAMINOFÉN + HIOSCINA N-BUTIL BROMURO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
12	ACETAMINOFÉN + IBUPROFENO + CAFEÍNA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
13	ACETAMINOFÉN + METOCARBAMOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
14	ACETAMINOFÉN + NAPROXENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
15	ACETAMINOFÉN + NAPROXENO + CAFEÍNA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
16	ACETAMINOFÉN + OXICODONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
17	ACETAMINOFÉN + TIOLCHICOSÍDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
18	ACETAMINOFÉN + TIZANIDINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
19	ACETAMINOFÉN + TRAMADOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
20	ACETAZOLAMIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
21	ACETILCISTEÍNA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
22	ACETILCISTEÍNA + GLICERILO GUAYACOLATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
23	ACETILCOLINA CLORURO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
24	ACETILSALICÍLICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
25	ACETILSALICÍLICO ÁCIDO + CLOPIDOGREL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
26	ACICLOVIR	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
27	ÁCIDOS GRASOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	ADICIONALMENTE A ESTA FINANCIACIÓN VER ARTÍCULO 51 DEL PRESENTE ACTO ADMINISTRATIVO
28	ACLIDINIO BROMURO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
29	ADALIMUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
30	ADAPALENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
31	ADAPALENO + BENZOILO PERÓXIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
32	ADAPALENO + CLINDAMICINA + BENZOILO PERÓXIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
33	ADENOSINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
34	AFLIBERCEPT	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
35	AGOMELATINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
36	AGUA ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	INCLUYE TODOS LOS VOLÚMENES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	ADICIONALMENTE A ESTA FINANCIACIÓN VER ARTÍCULOS 49 Y 51 DEL PRESENTE ACTO ADMINISTRATIVO
37	ALANTOÍNA + ALQUITRÁN DE HULLA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
38	ALBENDAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
39	ALBÚMINA HUMANA NORMAL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
40	ALCAFTADINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
41	ALCOHOL BENCÍLICO + CALAMINA + ZINC	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
42	ALCOHOL ETÍLICO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: GEL DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	LA FORMA FARMACÉUTICA GEL ESTÁ EXCLUIDA DE LA FINANCIACIÓN CON RECURSOS PÚBLICOS DE SALUD EN LAS INDICACIONES EXPUESTAS EN LA RESOLUCIÓN 244 DE 2019 O LA NORMA QUE LA ADICIONE, MODIFIQUE O SUSTITUYA.
43	ALCOHOL POLIVINÍLICO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
44	ALCOHOL POLIVINÍLICO + VITAMINA A HIDROSOLUBLE	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
45	ALEDRÓNICO ÁCIDO + COLECALCIFEROL (VIT. D3)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
46	ALFA 1 ANTITRIPSINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
47	ALFAMETILDOPA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
48	ALGESTONA + ESTRADIOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
49	ALGÍNICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
50	ALGÍNICO ÁCIDO + SIMETICONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
51	ALIROCUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
52	ALIZAPRIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
53	ALOPURINOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
54	ALPRAZOLAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
55	ALPROSTADIL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
56	ALQUITRÁN DE HULLA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
57	ALTEPLASA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
58	ALUMINIO ACETATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
59	ALUMINIO HIDRÓXIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
60	ALUMINIO HIDRÓXIDO + MAGNESIO CARBONATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
61	ALUMINIO HIDRÓXIDO + MAGNESIO HIDRÓXIDO + CALCIO BICARBONATO + SIMETICONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
62	ALUMINIO HIDRÓXIDO + MAGNESIO HIDRÓXIDO + CALCIO CARBONATO + SIMETICONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
63	ALUMINIO HIDRÓXIDO + MAGNESIO HIDRÓXIDO CON O SIN SIMETICONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
64	ALVERINA CITRATO + SIMETICONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
65	AMBRISENTÁN	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
66	AMBROXOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL	
67	AMBROXOL + DEXTROMETORFANO + TEOFILINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
68	AMIKACINA (SULFATO)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
69	AMINOÁCIDOS ESENCIALES O NO ESENCIALES CON O SIN ELECTROLITOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	ADICIONALMENTE A ESTA FINANCIACIÓN VER ARTÍCULO 51 DEL PRESENTE ACTO ADMINISTRATIVO
70	AMINOFILINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
71	AMIODARONA CLORHIDRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
72	AMISULPRIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
73	AMITRIPTILINA + TRIFLUOPERAZINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
74	AMITRIPTILINA CLORHIDRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
75	AMONIO CLORURO + FENOTEROL + NOSCAPINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
76	AMOROLFINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
77	AMOXICILINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
78	AMPICILINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
79	ANFOTERICINA B	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
80	ANIDULAFUNGINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
81	APIXABÁN	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
82	APOMORFINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
83	APROTIMINA + CALCIO + FACTOR XIII + FIBRINÓGENO + TROMBINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
84	APROTIMINA + CALCIO + FIBRINOGENO + TROMBINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
85	ARSÉNICO TRIÓXIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
86	ARTICAINA + EPINEFRINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
87	ASCÓRBICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
88	ASCÓRBICO ÁCIDO + FÓLICO ÁCIDO + CIANOCOBALAMINA + FUMARATO FERROSO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
89	ASCÓRBICO ÁCIDO + FÓLICO ÁCIDO + FUMARATO FERROSO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
90	ASPARAGINASA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
91	ATAZANAVIR + RITONAVIR	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
92	ATENOLOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
93	ATENOLOL + CLORTALIDONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
94	ATEZOLIZUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
95	ATORVASTATINA + EZETIMIBA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
96	ATORVASTATINA + OMEGA 3 ÁCIDOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
97	ATOSIBAN	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
98	ATROPINA + DIFENOXILATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
99	ATROPINA SULFATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
100	AVANAFIL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
101	AVELUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
102	AZATIOPRINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
103	AZELAICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
104	AZELASTINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
105	AZITROMICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
106	AZTREONAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
107	AZUL DE METILENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
108	BACILLUS CLAUSII	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
109	BACITRACINA + DEXAMETASONA + POLIMIXINA B	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
110	BACLOFENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL	
111	BARICITINIB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
112	BARIO SULFATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
113	BASILIXIMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
114	BECLOMETASONA DIPROPIONATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
115	BELATACEPT	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
116	BELIMUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
117	BENCIDAMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
118	BENCIDAMINA + CETILPIRIDINIO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL	
119	BENCILO BENZOATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
120	BENRALIZUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
121	BENZOCAÍNA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA (ORAL O BUCAL)	
122	BENZOCAÍNA + CETILPIRIDINIO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
123	BENZÓICO ÁCIDO + SALICÍLICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

23 DIC 2021

658

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
124	BENZOILO PERÓXIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
125	BENZOILO PERÓXIDO + CLINDAMICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
126	BEPOTASTINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
127	BETAHISTINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
128	BETAMETASONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
129	BETAMETASONA + CALCIPOTRIOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
130	BETAMETASONA + CLIOQUINOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
131	BETAMETASONA + CLOTRIMAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
132	BETAMETASONA + FUSÍDICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
133	BETAMETASONA + GENTAMICINA + CLIOQUINOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
134	BETAMETASONA + GENTAMICINA + CLIOQUINOL + TOLNAFTATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
135	BETAMETASONA + GENTAMICINA + CLOTRIMAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
136	BETAMETASONA + SALICÍLICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
137	BETAMETASONA FOSFATO + BETAMETASONA ACETATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
138	BETAMETIL DIGOXINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
139	BEVACIZUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
140	BIFONAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
141	BILASTINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL	
142	BILIS DE BUEY + HEMICELULASA + MULTIENTZIMAS (AMILASA, LIPASA, PROTEASA) + SIMETICONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
143	BIMATOPROST	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
144	BISACODILO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
145	BISMUTO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
146	BISOPROLOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
147	BISOPROLOL + AMLODÍPINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
148	BISOPROLOL + HIDROCLOROTIAZIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
149	BLINATUMOMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
150	BÓRICO ÁCIDO + NAFAZOLINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
151	BOSENTÁN	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
152	BOSUTINIB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
153	BRENTUXIMAB VEDOTINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
154	BRIMONIDINA + BRINZOLAMIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
155	BRIMONIDINA TARTRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
156	BRINZOLAMIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
157	BROMAZEPAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
158	BROMFENACO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
159	BROMHEXINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
160	BROMHEXINA + DEXTROMETORFANO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
161	BROMOCRIPTINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
162	BROMOPRIDA + MULTIENTZIMAS (AMILASA, LIPASA, PROTEASA) + SIMETICONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
163	BUCLIZINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

23 DIC 2021

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
164	BUDESONIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL O RECTAL	
165	BUPIVACAÍNA CLORHIDRATO (CON O SIN DEXTROSA Y CON O SIN EPINEFRINA)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
166	BUPROPIÓN	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
167	BUSPIRONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
168	BUTENAFINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
169	BUTOCONAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
170	CABERGOLINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
171	CAFEÍNA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
172	CALAMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
173	CALAMINA + ZINC ÓXIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
174	CALCIO (GLUCONATO, SACARATO O LEVULINATO)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
175	CALCIO + VITAMINA D	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
176	CALCIO + VITAMINA D + HIERRO + FÓLICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
177	CALCIO + VITAMINA D + ISOFLAVONAS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
178	CALCIO + VITAMINA D + ISOFLAVONAS + MAGNESIO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
179	CALCIO ACETATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
180	CALCIO CARBONATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
181	CALCIO CARBONATO + CARBÓN ACTIVADO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
182	CALCIO CARBONATO + VITAMINA D3 + ZINC ÓXIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
183	CALCIO DOBESILATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
184	CALCIO FOSFATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
185	CALCIPOTRIOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
186	CALCITONINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
187	CALCITRIOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
188	CANDESARTÁN + AMLODIPINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
189	CANDESARTÁN + AMLODIPINA + HIDROCLOROTIAZIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
190	CANDESARTÁN + HIDROCLOROTIAZIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
191	CAOLÍN + PECTINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
192	CAPSAICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TRANSDÉRMICA	
193	CARBAMAZEPINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
194	CARBAMIDA PERÓXIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
195	CARBOCISTEÍNA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
196	CARBÓN ACTIVADO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
197	CARBÓN ACTIVADO + SIMETICONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
198	CARBOXIMETILCELULOSA SÓDICA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
199	CÁSCARA, COMBINACIONES	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
200	CASPOFUNGINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
201	CEFADROXILO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
202	CEFALEXINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
203	CEFALOTINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
204	CEFAZOLINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACION CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
205	CEFEPIMA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
206	CEFOTAXIMA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
207	CEFPODOXIMA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
208	CEFRADINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
209	CEFTAROLINA FOSAMILLO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
210	CEFTAZIDIMA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
211	CEFTOLOZANO + TAZOBACTAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
212	CEFTRIAXONA (SAL SÓDICA)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
213	CEFTRIAXONA + LIDOCAÍNA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
214	CEFUROXIMA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
215	CELECOXIB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
216	CELULASA + MULTIENZIMAS (AMILASA, LIPASA, PROTEASA)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
217	CERTOLIZUMAB PEGOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
218	CETUXIMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
219	CIANOCOBALAMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
220	CICLESONIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
221	CICLOBENZAPRINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
222	CICLOBENZAPRINA + LISINA CLONIXINATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
223	CICLOPENTOLATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
224	CICLOPIROX	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
225	CICLOSERINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
226	CICLOSPORINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
227	CILOSTAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
228	CINACALCET	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
229	CINARIZINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
230	CINITAPRIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
231	CINITAPRIDA + SIMETICONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL	
232	CIPERMETRINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
233	CIPROFIBRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
234	CIPROFLOXACINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
235	CIPROFLOXACINA + DEXAMETASONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
236	CIPROFLOXACINA + HIDROCORTISONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
237	CIPROFLOXACINO + BETAMETASONA + LIDOCAÍNA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
238	CIPROFLOXACINO + FLUOCINOLONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
239	CIPROHEPTADINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
240	CIPROTERONA + ETINILESTRADIOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
241	CIPROTERONA ACETATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
242	CISATRACURIO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
243	CITICOLINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
244	CITRICO ÁCIDO + MAGNESIO + SODIO PICOSULFATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
245	CLADRIBINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL	
246	CLARITROMICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
247	CLEMASTINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
248	CLINDAMICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
249	CLINDAMICINA + ADAPALENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
250	CLINDAMICINA + CLOTRIMAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
251	CLINDAMICINA + ISOCONAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS DE ADMINISTRACIÓN VAGINAL	
252	CLINDAMICINA + KETOCONAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
253	CLINDAMICINA + TERCONAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS SEMISÓLIDAS DE ADMINISTRACIÓN VAGINAL	
254	CLIOQUINOL + DESONIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
255	CLOBAZAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL	FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA EL TRATAMIENTO DE ANSIEDAD
256	CLOBAZAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL SALVO: POLVOS PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL O SUSPENSIÓN ORAL	
257	CLOBETASOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
258	CLOFARABINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
259	CLOMIFENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
260	CLOMIPRAMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
261	CLONAZEPAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
262	CLONIDINA CLORHIDRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
263	CLONIXINATO DE LISINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
264	CLONIXINO + PARGEVERINA (PROPINOX)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL	
265	CLOPERASTINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
266	CLÓPIDOGREL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
267	CLORANFENICOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
268	CLORFENIRAMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
269	CLORMADINONA + ETINILESTRADIOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
270	CLOROFENOTIAZINILSCOPINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
271	CLOROQUINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	FINANCIADO EN USOS DIFERENTES A LOS PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PÚBLICA DADO QUE EN ESTOS PROGRAMAS EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SUMINISTRA TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS Y CONCENTRACIONES, SEGÚN LAS NORMAS TÉCNICAS Y GUÍAS DE ATENCIÓN PARA LAS ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. VER ÍTEM 1153
272	CLORURO DE BENZALCONIO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
273	CLOTRIMAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
274	CLOTRIMAZOL + DEXAMETASONA + NEOMICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
275	CLOTRIMAZOL + MUIPIROCINA + MOMETASONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
276	CLOZAPINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
277	CODEÍNA + DICLOFENACO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
278	COLAGENASA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
279	COLCHICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
280	COLECALCIFEROL (VITAMINA D3)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
281	COLESTIRAMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
282	COLISTINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
283	COLISTINA + CORTICOIDE + NEOMICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
284	CONDROITINA SULFATO+ HIPROMELOSA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
285	CORTICOIDE + NEOMICINA + POLIMIXINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
286	CORTICOIDE CON O SIN ANESTÉSICO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN RECTAL O USO PROCTOLÓGICO	
287	CRIZOTINIB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
288	CRÓTAMITÓN	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
289	DABIGATRÁN	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
290	DABRAFENIB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
291	DANAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
292	DAPSONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	FINANCIADO EN USOS DIFERENTES A LOS PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PÚBLICA DADO QUE EN ESTOS PROGRAMAS EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SUMINISTRA TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS Y CONCENTRACIONES, SEGÚN LAS NORMAS TÉCNICAS Y GUÍAS DE ATENCIÓN PARA LAS ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, VER ÍTEM 1154
293	DAPTOMICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
294	DARATUMUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
295	DARBEPOETINA ALFA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
296	DARUNAVIR + COBICISTAT	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
297	DARUNAVIR + RITONAVIR	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
298	DASATINIB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
299	DEFERASIROX	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
300	DEFEROXAMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
301	DEFLAZACORT	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
302	DELTA-9-TETRAHIDROCANNABINOL + CANNABIDIOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
303	DENOSUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
304	DESMOPRESINA ACETATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
305	DESOGESTREL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
306	DESOGESTREL + ETINILESTRADIOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
307	DESONIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
308	DEXAMETASONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
309	DEXAMETASONA + GATIFLOXACINO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
310	DEXAMETASONA + NAFAZOLINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
311	DEXAMETASONA + NAFAZOLINA + TOBRAMICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
312	DEXAMETASONA + NEOMICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
313	DEXAMETASONA + TERCONAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
314	DEXAMETASONA + TOBRAMICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
315	DEXKETOPROFENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
316	DEXMEDETOMIDINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
317	DEXRAZOXANO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
318	DEXTRANO + HIDRÓXIPROPILMETILCELULOSA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
319	DEXTROMETORFANO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
320	DEXTROSA + SODIO CLORURO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
321	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	ADICIONALMENTE A ESTA FINANCIACIÓN VER ARTÍCULO 51 DEL PRESENTE ACTO ADMINISTRATIVO
322	DIACEREÍNA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
323	DIAZEPAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	EXCLUIDO DE LA FINANCIACIÓN CON RECURSOS PÚBLICOS DE SALUD PARA USO EN ECLAMPSIA EN EL EMBARAZO SEGUN LO SEÑALADO EN LA RESOLUCIÓN 244 DE 2019 O LA NORMA QUE LA ADICIONE, MODIFIQUE O SUSTITUYA
324	DIAZÓXIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
325	DICLOFENACO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
326	DICLOFENACO + ALUMINIO HIDRÓXIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
327	DICLOFENACO + HIALURÓNICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
328	DICLOXACILINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
329	DIDANOSINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
330	DIDROGESTERONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
331	DIENOGEST	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
332	DIENOGEST + ESTRADIOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
333	DIENOGEST + ETINILESTRADIOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
334	DIFENHIDRAMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
336	DIFLUCORTOLONA + ISCONAZOL + NEOMICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
336	DIHIDROCODEÍNA BITARTRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
337	DIHIDROERGOTOXINA MESILATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
338	DILTIAZEM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
339	DIMENHIDRINATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
340	DIMETICONA + MAGALDRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL	
341	DINOPROSTONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
342	DIOSMECTITA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
343	DIOSMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
344	DIOSMINA + HESPERIDINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
345	DIPIRIDAMOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
346	DIPIRONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
347	DIPIRONA + CAFÉINA + ISOMETEPTENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
348	DOBUTAMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
349	DOBUTAMINA + DEXTROSA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
350	DOLUTEGRAVIR	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
351	DOMPERIDONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
352	DOPAMINA CLORHIDRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
353	DORIPENEM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
354	DORNASA ALFA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
355	DORZOLAMIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
356	DOXAZOSINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
357	DOXEPINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
358	DOXICICLINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
359	DOXOFILINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
360	DRONEDARONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
361	DROSPIRENONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
362	DROSPIRENONA + ESTRADIOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
363	DROSPIRENONA + ETINILESTRADIOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
364	DULOJETINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
365	DUPILUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
366	DURVALUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
367	EDETATO DE SODIO Y CALCIO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
368	EFAVIRENZ	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
369	EFAVIRENZ + LAMIVUDINA + TENOFOVIR DISOPROXIL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
370	ELETRIPTÁN	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
371	ELTROMBOPAG	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
372	EMICIZUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
373	EMTRICITABINA + TENOFOVIR + EFAVIRENZ	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
374	EMTRICITABINA + TENOFOVIR ALAFENAMIDA + ELVITEGRAVIR + COBICISTAT	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
375	EMTRICITABINA + TENOFOVIR ALAFENAMIDA + RILPIVIRINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
376	EMTRICITABINA + TENOFOVIR DISOPROXIL + ELVITEGRAVIR + COBICISTAT	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
377	EMTRICITABINA + TENOFOVIR DISOPROXIL + RILPIVIRINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
378	ENFLURANO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
379	ENFUVERTIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
380	ENTACAPONA + CARBIDOPA + LEVODOPA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
381	ENTECAVIR	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
382	EPINASTINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL	
383	EPINEFRINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
384	EPOPROSTENOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
385	EPROSARTÁN + HIDROCLOROTIAZIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
386	ERDOSTEINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL SALVO: POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL O SUSPENSIÓN ORAL	
387	ERGOTAMINA + CAFÉINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
388	ERITROMICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
389	ERITROMICINA + ADAPALENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
390	ERITROPOYETINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
391	ERTAPENEM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
392	ESCHERICHIA COLI (EXTRACTO LIOFILIZADO)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
393	ESMOLOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
394	ESÓMEPRAZOL + MELOXICAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
395	ESÓMEPRAZOL + NAPROXENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
396	ESPAGLÚMICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
397	ESPECTINOMICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
398	ESPIRAMICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
399	ESTAVUDINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
400	ESTERES ETILICOS DE ÁCIDOS GRASOS YODADOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
401	ESTRADIOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
402	ESTRADIOL + DIDROGESTERONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
403	ESTREPTOQUINASA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
404	ESTRIOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
405	ESTRÓGENOS CONJUGADOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
406	ESZOPICLONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
407	ETAMSILATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
408	ETANERCEPT	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
409	ETIFOXINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
410	ETILEFRINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
411	ETINILESTRADIOL + ETONOGESTREL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
412	ETINILESTRADIOL + NORELGESTROMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
413	ETOFENAMATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	
414	ETOMIDATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
415	ETONOGESTREL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
416	ETORICOXIB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
417	ETOSUXIMIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
418	ETRAVIRINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
419	EVEROLIMUS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
420	EVOLOCUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
421	FACTOR DE CRECIMIENTO EPIDÉRMICO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
422	FACTOR IX DE LA COAGULACIÓN	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
423	FACTOR VII ACTIVADO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
424	FACTOR VII DE LA COAGULACIÓN	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
425	FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
426	FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN + FACTOR DE VON WILLEBRAND	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
427	FACTOR VIII INHIBIDOR ACTIVADO POR BYPASS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
428	FEBUXOSTAT	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
429	FENAZOPIRIDINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
430	FENILEFRINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL	
431	FENIRAMINA + NAFAZOLINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
432	FENOBARBITAL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
433	FENOFIBRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
434	FENOFIBRATO DE COLINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
435	FENOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
436	FENOTEROL + IPRATROPIO BROMURO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
437	FENOVERINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
438	FENTANILO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
439	FENTICONAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS DE ADMINISTRACIÓN VAGINAL	
440	FENTOLAMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
441	FERRIMANITOL OVOALBÚMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
442	FEXOFENADINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
443	FIBRINÓGENO + TROMBINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: ESPONJA MEDICADA	
444	FINGOLIMOD	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
445	FISOSTIGMINA SALICILATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
446	FITOMENADIONA (VITAMINA K1)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
447	FLUCONAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
448	FLUDARABINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
449	FLUMAZENIL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
450	FLUNARIZINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
451	FLUORESCÉINA SÓDICA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
452	FLUOROMETALONA + TETRAHIDROZOLINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
453	FLURBIPROFENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
454	FLUTICASONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
455	FLUTICASONA + AZELASTINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
455	FLUTICASONA + VILANTEROL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
457	FÓLICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
458	FÓLICO ÁCIDO + CALCIO + COLECALCIFEROL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
459	FOLINATO DE CALCIO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
460	FOLITROPINA ALFA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
461	FOLITROPINA ALFA + LUTROPINA ALFA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
462	FONDAPARINUX	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
463	FORMOTEROL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
464	FORMOTEROL + BECLOMETASONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: POLVO PARA INHALACIÓN	
465	FORMOTEROL + BUDESONIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
466	FORMOTEROL + FLUTICASONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
467	FORMOTEROL + MOMETASONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
468	FOSFOMICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
469	FRACCIÓN PROTEICA DEL PLASMA HUMANO (INCLUYE LAS SOLUCIONES COLOIDALES COMO EXPANSORES DE PLASMA)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
470	FURAZOLIDONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
471	FUROSEMIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
472	FUSÍDICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
473	GABAPENTINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
474	GANCICLOVIR	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
475	GATIFLOXACINO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
476	GEMFIBROZIL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
477	GENTAMICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
478	GENTAMICINA + BETAMETASONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
479	GENTAMICINA + BIFONAZOL + BUDESONIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
480	GESTODENO + ETINILESTRADIOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
481	GINKGO BILOBA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL	
482	GLATIRÁMERO ACETATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
483	GLICERILO GUAYACOLATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
484	GLICERINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
485	GLICERINA + CARBOXIMETILCELULOSA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
486	GLICERINA + CARBOXIMETILCELULOSA + SODIO HIALURONATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
487	GLICOPIRRONIO BROMURO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
488	GLICOPIRRONIO BROMURO + INDACATEROL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
489	GLICÓSIDOS DEL SENNA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
490	GLICÓSIDOS DEL SENNA, COMBINACIONES	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
491	GLUCAGÓN	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
492	GLUCOSAMINA + CONDROITINA SULFATO + METILSULFONILMETANO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
493	GOLIMUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
494	GONADOTROPINA CORIÓNICA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
495	GRAZOPREVIR + ELBASVIR	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
496	GUSELKUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
497	HALOPERIDOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
498	HALOTANO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
499	HEPARINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	ADICIONALMENTE A ESTA FINANCIACIÓN PARA HBPM VER ÍTEM 1072
500	HEPARINA + ALANTOÍNA + EXTRACTO CEPAE	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
501	HIALURÓNICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
502	HIALURONIDASA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
503	HIDRALAZINA CLORHIDRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
504	HIDROCLOROTIAZIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
505	HIDROCLOROTIAZIDA + AMILORIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
506	HIDROCORTISONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
507	HIDROCORTISONA + FUSIDICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
508	HIDROMORFONA CLORHIDRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
509	HIDROSMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
510	HIDROTALCITA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
511	HIDROXICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
512	HIDROXICLOROQUINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
513	HIDROXICOBALAMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
514	HIDROXIPROGESTERONA CAPROATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
515	HIDROXIPROPILMETILCELULOSA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
516	HIDROXIUREA (HIDROXICARBAMIDA)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
517	HIERRO (FERROSO) SULFATO ANHIDRO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
518	HIERRO + ZINC	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
519	HIERRO BISGLICINA QUELATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
520	HIERRO GLICINATO QUELATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
521	HIERRO PARENTERAL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
522	HIERRO POLIMALTOSADO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
523	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
524	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO + DAPIRONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
525	IBANDRÓNICO ÁCIDO + VITAMINA D	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
526	IBOPAMINA CLORHIDRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
527	IBRUTINIB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
528	IBUPROFENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
529	IBUPROFENO + CAFEÍNA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
530	IBUPROFENO + CICLOBENZAPRINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
531	IBUPROFENO + CODEÍNA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
532	IBUPROFENO + HIDROCODONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
533	IBUPROFENO + HIOSCINA N-BUTIL BROMURO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
534	IBUPROFENO + HIOSCINA N-BUTIL BROMURO + CAFEÍNA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
535	IBUPROFENO + METOCARBAMOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
536	IBUPROFENO + TIOLCOLCHICÓSIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
537	ICTAMOL + ZINC	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
538	IDARUCIZUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
539	ILOPROST	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
540	IMATINIB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
541	IMIPENEM + CILASTATINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
542	IMPAMINA CLORHIDRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
543	IMIQUIMOD	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
544	INDACATEROL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
545	INDOMETACINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL	
546	INFLIXIMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	EXCLUIDO DE LA FINANCIACIÓN CON RECURSOS PÚBLICOS DE SALUD EN LAS INDICACIONES SEÑALADAS EN LA RESOLUCIÓN 244 DE 2019 O LA NORMA QUE LA ADICIONE, MODIFIQUE O SUSTITUYA
547	INMUNOGLOBULINA ANTI RH	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
548	INMUNOGLOBULINA ANTICITOMEGALOVIRUS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
549	INMUNOGLOBULINA ANTITETÁNICA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
550	INMUNOGLOBULINA ANTITIMOCÍTICA DE CONEJO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
551	INMUNOGLOBULINA HUMANA NORMAL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
552	INTERFERÓN ALFA-2A	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
553	INTERFERÓN ALFA-2B	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
554	INTERFERÓN BETA-1A	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	EXCLUIDO DE LA FINANCIACIÓN CON RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE TIPO SECUNDARIA PROGRESIVA SEGÚN LO SEÑALADO EN LA RESOLUCIÓN 244 DE 2019 O LA NORMA QUE LA ADICIONE, MODIFIQUE O SUSTITUYA
555	INTERFERÓN BETA-1B	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
556	IOBITRIDOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
557	IODIXANOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
558	IDOPOVIDONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
559	IOHEXOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
560	IOPAMIDOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
561	IOPROMIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
562	IOVERSOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
563	IPILIMUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
564	IPRATROPIO BROMURO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
565	IRBESARTÁN + AMLODIPINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
566	IRBESARTÁN + LEVOAMLODIPINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
567	ISAVUCONAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
568	ISOCONAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
569	ISOFLAVONAS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
570	ISOFLURANO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
571	ISOTRETINOÍNA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
572	ISPAGHULA (SEMILLAS DE PSYLLIUM)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
573	ISPAGHULA (SEMILLAS DE PSYLLIUM), COMBINACIONES	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
574	ITRACONAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL	
575	ITRACONAZOL + SECNIDAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
576	IVABRADINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
577	IVERMECTINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
578	IXEKIZUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
579	KETAMINA (CLORHIDRATO)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
580	KETOCONAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
581	KETOCONAZOL + FUSÍDICO ÁCIDO + DEXAMETASONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
582	KETOCONAZOL + GENTAMICINA + DEXAMETASONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
583	KETOPROFENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	
584	KETOROLACO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL	
585	KETOTIFENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
586	LACOSAMIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
587	LACTATO RINGER (SOLUCIÓN HARTMANN)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
588	LÁCTICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
589	LÁCTICO ÁCIDO + SALICÍLICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
590	LACTOBACILOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
591	LACTULOSA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
592	LAMIVUDINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
593	LAMIVUDINA + ABACAVIR	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
594	LAMIVUDINA + ABACAVIR + DOLUTEGRAVIR	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
595	LAMIVUDINA + TENOFOVIR DISOPROXIL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
596	LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
597	LAMOTRIGINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
598	LATANOPROST	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
599	LEFLUNOMIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
600	LENALIDOMIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
601	LEVETIRACETAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
602	LEVOCETIRIZINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
603	LEVODOPA + BENSERAZIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
604	LEVODOPA + CARBIDOPA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
605	LEVODROPROPISINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
606	LEVOFLOXACINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
607	LEVOMEPRIMAZINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
608	LEVONORGESTREL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
609	LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
610	LEVOSIMENDÁN	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
611	LEVOSULPIRIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
612	LEVOSULPIRIDA + MULTIENZIMAS (AMILASA, LIPASA, PROTEASA) + SIMETICONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
613	LEVOTIROXINA SÓDICA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
614	LEVOTIROXINA SÓDICA + LIOTIRONINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
615	LIDOCAÍNA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
616	LIDOCAÍNA + ANTIPIRINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
617	LIDOCAÍNA + CETRIMONIO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
618	LIDOCAÍNA + DEXTROSA (PESADA)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
619	LIDOCAÍNA + ZINC ÓXIDO + HIDROCORTISONA + ALUMINIO ACETATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
620	LIDOCAÍNA CON EPINEFRINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
621	LIMECICLINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
622	LINCOMICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL	
623	LINEZOLID	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
624	LISADOS BACTERIANOS (INMUNOESTIMULANTE CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZAE + DIPLOCOCCUS PNEUMONIAE + KLEBSIELLA PNEUMONIAE Y OZAENAE + STAPHYLOCOCCUS AUREUS + STREPTOCOCCUS PYOGENES Y VIRIDANS + NEISSERIA CATARRHALIS)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
625	LISINA CLONIXINATO + ERGOTAMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
626	LITIO CARBONATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
627	LOMITAPIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
628	LOPERAMIDA CLORHIDRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
629	LOPINAVIR + RITONAVIR	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
630	LORATADINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
631	LORATADINA + SALBUTAMOL + NOSCAPINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
632	LORAZEPAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
633	L-ORNITINA L-ASPARTATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
634	LORNOXICAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL	
635	LOSARTÁN + AMLODIPINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
636	LOSARTÁN + HIDROCLOROTIAZIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
637	LOTEPREDNOL + TOBRAMICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
638	LUBIPROSTONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
639	MACITENTÁN	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
640	MACROGÓL (POLIETILENGLICOL)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
641	MACROGÓL (POLIETILENGLICOL), COMBINACIONES	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
642	MAGALDRATO + SODIO ALGINATO + SODIO BICARBONATO + SIMETICONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
643	MAGNESIO HIDRÓXIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
644	MAGNESIO SULFATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
645	MANITOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
646	MARAVIROC	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
647	MEBENDAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
648	MEBEVERINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
649	MEBEVERINA + SIMETICONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
650	MECLOZINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
651	MEDROXIPROGESTERONA + ESTRADIOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
652	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
653	MEFENÁMICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
654	MEGLUMINA DIATRIZOATO (MEGLUMINA AMIDOTRIAZOATO)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
655	MEGLUMINA IOTALAMATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
656	MELATONINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
657	MELISSA OFFICINALIS HOJAS + VALERIANA OFFICINALIS RAIZ	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
658	MELOXICAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	
659	MELOXICAM + PANTOPRAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
660	MEMANTINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
661	MEPERIDINA CLORHIDRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
662	MEPOLIZUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
663	MERCAPTOPURINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
664	MEROPENEM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
665	MESÁLAZINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
666	MESNA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
667	METADONA CLORHIDRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

93 DIC 2021

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
668	METADOXINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL Y PARENTERAL.	
669	METFORMINA CLORHIDRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
670	METILERGOMETRINA MALEATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
671	METILFENIDATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
672	MÉTILPREDNISOLONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
673	METIMAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
674	MÉTISOPRINOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL	
675	METOCARBAMOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
676	METOCLOPRAMIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
677	METOCLOPRAMIDA + MULTIENZIMAS (AMILASA, LIPASA, PROTEASA) + SIMETICONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
678	METOCLOPRAMIDA + SIMETICONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
679	METOPROLOL SUCCINATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
680	METOPROLOL TARTRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
681	METOTREXATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
682	METOXALENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
683	METOXIPOLIETILENGLICOL-EPOETINA BETA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
684	METRONIDAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
685	METRONIDAZOL + CLOTRIMAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
686	METRONIDAZOL + MICONAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
687	METRONIDAZOL + NIFUROXAZIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
688	MEXAZOLAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
689	MICOFENOLATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
690	MICONAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA Y FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS DE ADMINISTRACIÓN VAGINAL	
691	MICRONUTRIENTES INORGÁNICOS ESENCIALES - ELEMENTOS TRAZA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL.	ADICIONALMENTE A ESTA FINANCIACIÓN VER ARTÍCULO 51 DEL PRESENTE ACTO ADMINISTRATIVO
692	MICRONUTRIENTES ORGÁNICOS ESENCIALES - MULTIVITAMINAS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL.	ADICIONALMENTE A ESTA FINANCIACIÓN VER ARTÍCULO 51 DEL PRESENTE ACTO ADMINISTRATIVO
693	MIDAZOLAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
694	MIFAMURTIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
695	MIFEPRISTONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
696	MILRINONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
697	MINOCICLINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
698	MINOXIDIL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	
699	MIRTAZAPINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
700	MISOPROSTOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	SE FINANCIAN TODAS LAS INDICACIONES AUTORIZADAS EN COLOMBIA PARA EVACUACIÓN DE CAVIDAD UTERINA EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO SE FINANCIAN CUANDO: A) LA CONTINUACIÓN CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADO POR UN MÉDICO, B) EXISTA GRAVE MALFORMACIÓN DEL FETO QUE HAGA INVIVABLE SU VIDA CERTIFICADA POR UN MÉDICO, C) EL EMBARAZO SEA RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL O DE TRANSFERENCIA DE ÓVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS O DE INCESTO
701	MOMETASONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
702	MONTELUKAST	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
703	MONTELUKAST + DESLORATADINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
704	MONTELUKAST + LEVOCETIRIZINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
705	MORFINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
706	MOSAPRIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL O SUSPENSIÓN ORAL	
707	MOSAPRIDA + MULTIENZIMAS (AMILASA, LIPASA, PROTEASA) + SIMETICONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
708	MOSAPRIDA + SIMETICONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
709	MOXIFLOXACINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
710	MOXIFLOXACINO + DEXAMETASONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
711	MULTIENZIMAS (AMILASA, LIPASA, PROTEASA)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
712	MULTIENZIMAS (AMILASA, LIPASA, PROTEASA) + SIMETICONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
713	MUPIROCINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
714	NADIFLOXACINO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
715	NAFAZOLINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
716	NALOXONA CLORHIDRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
717	NANDROLONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
718	NAPROXENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
719	NAPROXENO + CAFÉINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
720	NAPROXENO + HIDROCODONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
721	NAPROXENO + TIICOLCHICÓSIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
722	NARATRIPTÁN	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
723	NATALIZUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
724	NATAMICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
725	NEBIVOLOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
726	NEFOPAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
727	NEOMICINA + BENZOCAINA + ANTIPIRINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
728	NEOMICINA + POLIMIXINA B	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACION CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
729	NEOMICINA + ZINC ÓXIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
730	NEOSTIGMINA METILSULFATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
731	NEPAFENACO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
732	NEVIRAPINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
733	NICOTINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
734	NICOTINAMIDA + PIRIDOXINA + RIBOFLAVINA + TIAMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
735	NILOTINIB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
736	NIMOTUZUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
737	NISTATINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
738	NISTATINA + DEXAMETASONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
739	NISTATINA + METRONIDAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
740	NISTATINA + NIFURATEL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
741	NITAZOXANIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
742	NITROFURANTOÍNA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
743	NITROFUZAZONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
744	NIVOLUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
745	NOMEGESTROL + ESTRADIOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
746	NOREPINEFRINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
747	NORETINDRONA + ESTRADIOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
748	NORETINDRONA + ETINILESTRADIOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
749	NORFLOXACINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
750	OBINUTUZUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
751	OCTREOTIDE	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA USO EN CONTROL DE LA HEMORRAGIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS EN ADULTOS CON VÁRICES ESOFÁGICAS
752	OLANZAPINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
753	OLMESARTÁN MEDOXIMILO + AMLODIPINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
754	OLMESARTÁN MEDOXIMILO + HIDROCLOROTIAZIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
755	OLODATEROL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
756	OLOPATADINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
757	OMALIZUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
758	OMEGA 3 ÁCIDOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
759	ORÓTICO ÁCIDO + OXIPURINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL	
760	OTILONIO BROMURO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
761	OXACILINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
762	OXAPROZINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
763	OXCARBAZEPINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
764	OXICODONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
765	OXICODONA + NALOXONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
766	ÓXIDO NITRICO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
767	ÓXIDO NITROSO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
768	OXÍGENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
769	OXIMETAZOLINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
770	OXITETRACICLINA + POLIMIXINA B	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
771	PALBOCICLIB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
772	PALIVIZUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
773	PANCURONIO BROMURO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
774	PANITUMUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
775	PAPAÍNA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
776	PAPAVERINA + SIMETICONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
777	PARICALCITOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
778	PAZOPANIB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
779	PEGASPARGASA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
780	PEMBROLIZUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
781	PENICILAMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
782	PÉNTOXIFILINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
783	PERINDOPRIL + AMLODIPINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
784	PERINDOPRIL + AMLODIPINA + INDAPAMIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
785	PERMETRINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
786	PERTUZUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
787	PETROLATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
788	PIDOTIMOD	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
789	PILOCARPINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
790	PINAVERIO BROMURO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
791	PINAVERIO BROMURO + SIMETICONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
792	PIPEMÍDICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
793	PIPERAZINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
794	PIPOŤAZINA PALMITATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
795	PIRACETAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
796	PIRANTEL (EMBNATO O PAMOATO)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
797	PIRFENIDONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
798	PIRIDOSTIGMINA BROMURO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
799	PIRIDOXINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
800	PIRIDOXINA + DOXILAMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL	
801	PIRIDOXINA + NIACINAMIDA + RIBOFLAVINA + DEXTROSA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
802	PIRIMETAMINA + SULFADOXINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	FINANCIADO EN USOS DIFERENTES A LOS PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PÚBLICA DADO QUE EN ESTOS PROGRAMAS EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SUMINISTRA TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS Y CONCENTRACIONES, SEGÚN LAS NORMAS TÉCNICAS Y GUÍAS DE ATENCIÓN PARA LAS ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. VER ÍTEM 1167
803	PIRITINOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL O SUSPENSIÓN ORAL	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
804	PIROXICAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA Y POLVOS PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	
805	PLASMA HUMANO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
806	PLATA SULFADIAZINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
807	PLERIXAFOR	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
808	PODOFILINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
809	POLIACRÍLICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
810	POLICRESULENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
811	POLIDOCANOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
812	POLIESTIRENO, SULFONATO DE	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
813	POLIMIXINA B	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
814	POLIMIXINA B + NEOMICINA + BACITRACINA + LIDOCAINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
815	POLIMIXINA B + NEOMICINA + BETAMETASONA + LIDOCAINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
816	POLIMIXINA B + TRIMETOPRIM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
817	POLOXAMERO + POVIDONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
818	POSACONAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
819	POTASIO CITRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
820	POTASIO CLORURO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
821	POTASIO CLORURO + MAGNESIO CLORURO + CALCIO CLORURO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
822	POTASIO FOSFATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	ADICIONALMENTE A ESTA FINANCIACIÓN VER ARTÍCULO 51 DEL PRESENTE ACTO ADMINISTRATIVO
823	POTASIO GLUCONATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
824	POTASIO SULFATO + SODIO SULFATO + MAGNESIO SULFATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
825	PRALIDOXIMA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
826	PRAMIPEXOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
827	PRAMOCAÍNA + PREDNICARBATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
828	PRASUGREL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
829	PRAVASTATINA + FENOFIBRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
830	PRAZIQUANTEL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
831	PRAZOSINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
832	PREDNICARBATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
833	PREDNISOLONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
834	PREDNISOLONA + FENILEFRINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
835	PREDNISOLONA + FENILEFRINA + NEOMICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
836	PREDNISOLONA + GATIFLOXACINO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
837	PREDNISONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
838	PREGABALINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
839	PRIMIDONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
840	PROCARBAZINA (CLORHIDRATO)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
841	PROGESTERONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: ANILLOS VAGINALES Y FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
842	PROMESTRIENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS DE ADMINISTRACIÓN VAGINAL	
843	PROPAFENOÑA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
844	PROPARACAÍNA CLORHIDRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
845	PROPILENGLICOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
846	PROPILOURACILO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
847	PROPINOX (PARGEVERINA)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
848	PROPOFOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
849	PROTAMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
850	PRUCALOPRIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
851	QUETIAPINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
852	RACECADOTRILO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
853	RACEPINEFRINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
854	RALTEGRAVIR	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
855	RAMUCIRUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
856	RANELATO DE ESTRONCIO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
857	RANIBIZUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
858	RASAGILINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
859	RASBURICASA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
860	RETEPLASA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
861	RETINÓICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
862	RETINÓICO ÁCIDO + ERITROMICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
863	RETINÓICO ÁCIDO + FLUOCINOLONA ACETONIDO + HIDROQUINONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
864	RETINÓICO ÁCIDO + HIDROQUINONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	
865	RETINOL + ZINC + TITANIO DIÓXIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
866	RIBOCICLIB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
867	RIFAMICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
868	RIFAMPICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	FINANCIADO EN USOS DIFERENTES A LOS PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PÚBLICA DADO QUE EN ESTOS PROGRAMAS EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SUMINISTRA TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS Y CONCENTRACIONES, SEGÚN LAS NORMAS TÉCNICAS Y GUÍAS DE ATENCIÓN PARA LAS ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. VER ÍTEM 1172
869	RIFAXIMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
870	RINGER	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
871	RIOGIGUAT	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA EL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR GRUPO 1
872	RISANKIZUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
873	RITUXIMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
874	RIVAROXABÁN	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
875	ROCIVERINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
876	ROFLUMILAST	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
877	ROMIPLOSTIM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
878	ROSUVASTATINA + EZETIMIBA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
879	ROSUVASTATINA + FENOFIBRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
880	ROTIGOTINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
881	RUPATADINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
882	SACCHAROMYCES BOULARDII	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
883	SACUBITRIL + VALSARTÁN	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
884	SAFINAMIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
885	SALBUTAMOL (SULFATO)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
886	SALBUTAMOL + BECLOMETASONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
887	SALBUTAMOL + IPRATROPIO BROMURO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
888	SALICÍLICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
889	SALICÍLICO ÁCIDO + HIDROXIANTRAQUINONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
890	SALICÍLICO ÁCIDO + MOMETASONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
891	SALMETEROL + FLUTICASONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
892	SECNIDAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
893	SECNIDAZOL + FLUCONAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
894	SECUKINUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
895	SELEGILINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
896	SERTACONAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
897	SEVELAMER CARBONATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	
898	SEVELAMER CLORHIDRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
899	SILDENAFIL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
900	SILIMARINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	
901	SIMETICONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
902	SIMETICONA + MAGALDRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
903	SIMETICONA + TRIMEBUTINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
904	SIMVASTATINA + EZETIMIBA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
905	SODIO ALGINATO + SODIO BICARBONATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
906	SODIO ALGINATO + SODIO BICARBONATO + CALCIO CARBONATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL	
907	SODIO BICARBONATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS NO EFERVESCENTES	
908	SODIO BICARBONATO + TARTARICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
909	SODIO CARBONATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
910	SODIO CARBONATO + GLICERINA + SODIO CLORURO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
911	SODIO CITRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
912	SODIO CLORURO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
913	SODIO CLORURO + POTASIO CLORURO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

23 DIC 2021

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
914	SODIO CLORURO + POTASIO CLORURO + SODIO ACETATO + DEXTROSA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
915	SODIO CLORURO + SODIO ACETATO + SODIO GLUCONATO + POTASIO CLORURO + MAGNESIO CLORURO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
916	SODIO CROMOGLICATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
917	SODIO CROMOGLICATO + NAFAZOLINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
918	SODIO DIATRIZOATO + MEGGLUMINA DIATRIZOATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
919	SODIO FLUORURO ACIDULADO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
920	SODIO FOSFATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
921	SODIO GLICEROFOSFATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	ADICIONALMENTE A ESTA FINANCIACIÓN VER ARTICULOS 49 Y 51 DEL PRESENTE ACTO ADMINISTRATIVO
922	SODIO HIALURONATO + CONDROITINA SULFATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
923	SODIO HIPOSULFITO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
924	SODIO NITRITO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
925	SODIO NITROPRUSIATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
926	SODIO PICOSULFATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
927	SODIO PICOSULFATO + ACEITE MINERAL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
928	SOLUCIONES QUE CONTENGAN GADOLINIO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
929	SOMATOSTATINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
930	SOMATROPINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
931	SORAFENIB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
932	SUCCINILCOLINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
933	SUCRALFATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
934	SUERO ANTIOFÍDICO MONOVALENTE (BOTHROPS)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
935	SUERO ANTIOFÍDICO POLIVALENTE	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
936	SUERO ANTIRRÁBICO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
937	SULBUTIAMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
938	SULFACETAMIDA SÓDICA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
939	SULFADIAZINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
940	SULFASALAZINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
941	SULPIRIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
942	SUMATRIPTÁN	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
943	SUMATRIPTÁN + NAPROXENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
944	SUNITINIB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
945	SURFACTANTE PULMONAR (FOSFOLÍPIDOS)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
946	TACROLIMUS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
947	TADALAFILO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
948	TAFLUPROST	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
949	TALIDOMIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	FINANCIADO EN USOS DIFERENTES A LOS PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PÚBLICA DADO QUE EN ESTOS PROGRAMAS EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SUMINISTRA TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS Y CONCENTRACIONES, SEGÚN LAS NORMAS TÉCNICAS Y GUÍAS DE ATENCIÓN PARA LAS

23 DIC 2021

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
			ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. VER ÍTEM 1177
950	TAPENTADOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL	
951	TAZAROTENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
952	TELMISARTÁN + AMLODIPINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
953	TELMISARTÁN + HIDROCLOROTIAZIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
954	TENECTEPLASA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
955	TENOFOVIR	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
956	TENOFOVIR + EMTRICITABINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
957	TEOFILINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	EXCLUIDO DE LA FINANCIACIÓN CON RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD PARA USO COMO MONOTERAPIA EN ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA SEGÚN LO SEÑALADO EN LA RESOLUCIÓN 244 DE 2019 O LA NORMA QUE LA ADICIONE, MODIFIQUE O SUSTITUYA
958	TERAZOSINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
959	TERBINAFINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	
960	TERBUTALINA SULFATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
961	TERIPARATIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
962	TERLIPRESINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
963	TESTOSTERONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
964	TETRACAÍNA CLORHIDRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
965	TETRACICLINA CLORHIDRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
966	TIAMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
967	TIAMINA + PIRIDOXINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
968	TIAMINA + PIRIDOXINA + CIANOCOBALAMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
969	TIAMINA + PIRIDOXINA + CIANOCOBALAMINA + LIDOCAÍNA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
970	TIAMINA + PIRIDOXINA + HIDROXICOBALAMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
971	TIBOLONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
972	TICAGRELOR	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
973	TIGECICLINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
974	TIMOLOL + BIMATOPROST	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
975	TIMOLOL + BRIMONIDINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
976	TIMOLOL + BRIMONIDINA + BIMATOPROST	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
977	TIMOLOL + BRINZOLAMIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
978	TIMOLOL + DORZOLAMIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
979	TIMOLOL + DORZOLAMIDA + BRIMONIDINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
980	TIMOLOL + LATANOPROST	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
981	TIMOLOL + TRAVOPROST	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

Continuación de la resolución: 'Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC)'

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
982	TIMOLOL MALEATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
983	TINIDAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
984	TIOCOLCHICOSIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL	
985	TIOCTICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
986	TIOGUANINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
987	TIOPENTAL SÓDICO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
988	TIORIDAZINA CLORHIDRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
989	TIOTROPIO + OLODATEROL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
990	TIOTROPIO BROMURO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
991	TIROFIBÁN	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
992	TIROTROPINA ALFA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
993	TIZANIDINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
994	TIZANIDINA + IBUPROFENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
995	TOBRAMICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
996	TOCILIZUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
997	TOFACITINIB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
998	TOLFENÁMICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
999	TOPIRAMATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1000	TOXINA BOTULÍNICA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	EXCLUIDO DE LA FINANCIACIÓN CON RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD PARA FINES ESTÉTICOS SEGÚN LO SEÑALADO EN LA RESOLUCIÓN 244 DE 2019 O LA NORMA QUE LA ADICIONE, MODIFIQUE O SUSTITUYA
1001	TOXOIDE TETÁNICO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1002	TRAMADOL + DICLOFENACO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1003	TRAMADOL CLORHIDRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1004	TRANDOLAPRIL + VERAPAMILO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1005	TRANEXÁMICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1006	TRASTUZUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1007	TRASTUZUMAB EMTANSINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1008	TRAVOPROST	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1009	TRAZODONA CLORHIDRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1010	TREPROSTINIL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1011	TRIAMCINOLONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1012	TRIAMCINOLONA + NISTATINA + NEOMICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1013	TRIAZOLAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1014	TRIBENÓSIDO + LIDOCAINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1015	TRIFLUOPERAZINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1016	TRIMEBUTINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1017	TRIMETAZIDINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1018	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1019	TROPICAMIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1020	TROPICAMIDA + FENILEFRINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

23 DIC 2021

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
1021	ULIPRISTAL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1022	UMECLIDINIO BROMURO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1023	UNDECILENICO ÁCIDO + ZINC UNDECILENATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1024	URSODEOXICÓLICO ÁCIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1025	VACUNA ANTIRRÁBICA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1026	VACUNA CONTRA HEPATITIS B	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA USO SEGÚN LAS "GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA"
1027	VACUNA CONTRA NEUMOCOCO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA USO SEGÚN LAS "GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA"
1028	VALACICLOVIR	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1029	VALSARTÁN + AMLODIPINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1030	VALSARTÁN + AMLODIPINA + HIDROCLOROTIAZIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1031	VALSARTÁN + CLORTALIDONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1032	VALSARTÁN + INDAPAMIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1033	VALSARTÁN + LEVOAMLODIPINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1034	VANCOMICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1035	VARDENAFIL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1036	VARENICLINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1037	VASOPRESINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1038	VECURONIO BROMURO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1039	VENLAFAXINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1040	VERAPAMILLO CLORHIDRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1041	VILANTEROL + UMECLIDINIO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1042	VILANTEROL + UMECLIDINIO + FLUTICASONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1043	VITAMINA A (ACETATO O PALMITATO)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1044	VITAMINA A + VITAMINA D	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1045	VITAMINA A + VITAMINA E	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1046	VITAMINA E (TOCOFEROL)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1047	VORICONAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1048	VORTIOXETINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1049	WARFARINA SÓDICA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1050	ZIDOVUDINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1051	ZIDOVUDINA + LAMIVUDINA + NEVIRAPINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1052	ZINC ACETATO + PRAMOCAÍNA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1053	ZINC ÓXIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1054	ZINC ÓXIDO + HIERRO ÓXIDO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1055	ZINC ÓXIDO + NISTATINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1056	ZIPRASIDONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1057	ZOLMITRIPTÁN	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
1058	ZOLPIDEM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
1059	ZOPICLONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	

SECCIÓN A2. FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC PARA MEDICAMENTOS POR SUBGRUPOS DE REFERENCIA.

- a. Todos los medicamentos que contengan los principios activos pertenecientes a los subgrupos de referencia (tanto monofármaco como en combinación, sólo si el mismo subgrupo de referencia así lo describe y salvo excepciones explícitas) descritos en esta sección en las concentraciones y formas farmacéuticas que se enuncian están financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
- b. Los medicamentos no descritos explícitamente, también se financian con recursos de la UPC si cumplen lo dispuesto en el artículo 111 del presente acto administrativo.
- c. En esta sección se incluyen códigos ATC teniendo en cuenta que se requieren para la identificación de los principios activos que hacen parte del subgrupo de referencia. Luego de la identificación de los principios activos y para definir la financiación con recursos de la UPC se deben aplicar los criterios definidos en el artículo 35 de la presente resolución.
- d. Cualquier medicamento que se considere financiado con recursos de la UPC bajo los criterios de esta sección, se considera financiado en todas las indicaciones autorizadas por el INVIMA, según lo señale el artículo 37 del presente acto administrativo

No.	Código ATC del subgrupo	PRINCIPIOS ACTIVOS QUE SE INCLUYEN EN CADA SUBGRUPO DE REFERENCIA	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC
1050	A02BA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC A02BA - ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR H2	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS.
1061	A02BC	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC A02BC - INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES, MONOFÁRMACOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1062	A04AA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC A04AA - ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE SEROTONINA (5-HT3)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1063	A04AD	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC A04AD - OTROS ANTIEMÉTICOS PARA NAÚSEAS Y VÓMITO ASOCIADO A QUIMIOTERAPIA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1064	A07CA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC A07CA - SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1065	A10A	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC A10A - INSULINAS Y ANÁLOGOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1066	A10BB	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC A10BB - SULFONILUREAS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1067	A10BD	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC A10BD - COMBINACIONES DE FÁRMACOS HIPOGLUCEMIANTES ORALES	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1068	A10BH	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC A10BH - INHIBIDORES DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDASA 4 (DPP-4)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1069	A10BJ	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC A10BJ - ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 1 PARA EL TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1070	A10BK	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC A10BK - INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 (SGLT2)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1071	A12CB	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC A12CB ZINC.	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

No.	Código ATC del subgrupo	PRINCIPIOS ACTIVOS QUE SE INCLUYEN EN CADA SUBGRUPO DE REFERENCIA	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC
1072	B01AB	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC B01AB - GRUPO DE LAS HEPARINAS, MONOFÁRMACOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1073	B03AD	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC B03AD - HIERRO EN COMBINACIÓN CON ÁCIDO FÓLICO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1074	B05D	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC B05D - SOLUCIONES PARA DIÁLISIS PERITONEAL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1075	B05ZA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC B05ZA - SOLUCIONES PARA HEMODIÁLISIS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS UTILIZADAS EN HEMODIÁLISIS
1076	C01DA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC C01DA - NITRATOS ORGÁNICOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1077	C03BA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC C03BA - SULFONAMIDAS, MONOFÁRMACOS.	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1078	C03DA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC C03DA - ANTAGONISTAS DE LA ALDOSTERONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1079	C03EB	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC C03EB - DIURÉTICOS DE ALTO TECHO Y AGENTES AHORRADORES DE POTASIO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1080	C07AA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC C07AA - AGENTES BETA BLOQUEANTES NO SELECTIVOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES PARA TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFICAN LA LIBERACIÓN DEL PRINCIPIO ACTIVO O CÁPSULAS
1081	C07AG	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC C07AG - AGENTES ALFA Y BETA-BLOQUEANTES	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1082	C08C	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC C08C - BLOQUEANTES SELECTIVOS DE CANALES DE CALCIO CON EFECTOS PRINCIPALMENTE VASCULARES	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1083	C08GA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC C08GA - BLOQUEANTES DE CANALES DE CALCIO Y DIURÉTICOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1084	C09AA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC C09AA - INHIBIDORES DE LA ECA, MONOFÁRMACOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1085	C09BA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC C09BA - INHIBIDORES DE LA ECA Y DIURÉTICOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1086	C09CA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC C09CA - ANTAGONISTAS DE ANGIOTENSINA II	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1087	C10AA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC C10AA - INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1088	G03XC	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC G03XC - MODULADORES SELECTIVOS DEL RECEPTOR DE ESTRÓGENO.	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1089	G04BD	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC G04BD - AGENTES PARA FRECUENCIA URINARIA E INCONTINENCIA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

No.	Código ATC del subgrupo	PRINCIPIOS ACTIVOS QUE SE INCLUYEN EN CADA SUBGRUPO DE REFERENCIA	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC
1090	G04CA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC G04CA - ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA ADRENÉRGICOS PARA EL TRATAMIENTO DE HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1091	G04CB	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC G04CB - INHIBIDORES DE LA TESTOSTERONA 5-ALFA REDUCTASA PARA EL TRATAMIENTO DE HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1092	H01AA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC H01AA - ACTH	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1093	H01BB	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC H01BB - OXITOCINA Y ANÁLOGOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1094	J01CE	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC J01CE - PENICILINAS SENSIBLES A LA BETALACTAMASA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1095	J01CR	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC J01CR - COMBINACIONES DE PENICILINAS, INCL. INHIBIDORES DE BETALACTAMASAS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1096	J05AE	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC J05AE - INHIBIDORES DE PROTEASA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1097	L01AA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L01AA - ANÁLOGOS DE LA MOSTAZA NITROGENADA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1098	L01AB	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L01AB - ALQUIL SULFONATOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1099	L01AD	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L01AD - NITROSUREAS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1100	L01AX	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L01AX - OTROS AGENTES ALQUILANTES	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1101	L01BA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L01BA - ANÁLOGOS DEL ÁCIDO FÓLICO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1102	L01BC	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L01BC - ANÁLOGOS DE PIRIMIDINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1103	L01CA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L01CA - ALCALOIDES DE LA VINCA Y ANÁLOGOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1104	L01CB	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L01CB - DERIVADOS DE LA PODOFILOTOXINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1105	L01CD	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L01CD - TAXANOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1106	L01CE	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L01CE - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA 1 (TOP1)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1107	L01CX	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L01CX - OTROS ALCALOIDES VEGETALES Y PRODUCTOS NATURALES	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

No.	Código ATC del subgrupo	PRINCIPIOS ACTIVOS QUE SE INCLUYEN EN CADA SUBGRUPO DE REFERENCIA	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC
1108	L01DA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L01DA - ACTINOMICINAS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1109	L01DB	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L01DB - ANTRACICLINAS Y SUSTANCIAS RELACIONADAS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1110	L01DC	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L01DC - OTROS ANTIBIÓTICOS CITOTÓXICOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1111	L01EB	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L01EB - INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL RECEPTOR DEL FACTOR DE CRECIMIENTO EPIDÉRMICO (EGFR)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS. ERLOTINIB SE ENCUENTRA EXCLUIDO DE LA FINANCIACIÓN CON RECURSOS PÚBLICOS DE SALUD EN LAS INDICACIONES EXPUESTAS EN LA RESOLUCIÓN 244 DE 2019 O LA NORMA QUE LA ADICIONE, MODIFIQUE O SUSTITUYA.
1112	L01EE	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L01EE - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA QUINASA ACTIVADA POR MITÓGENOS (MEK)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1113	L01EG	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L01EG - INHIBIDORES DE LA QUINASA DIANA DE LA RAPAMICINA (MTOR)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1114	L01EH	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC - L01EH INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL RECEPTOR 2 DEL FACTOR DE CRECIMIENTO EPIDÉRMICO HUMANO (HER2)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1115	L01EJ	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L01EJ - INHIBIDORES DE LA QUINASA ASOCIADA A JANUS (JAK)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1116	L01EK	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L01EK - INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL RECEPTOR DEL FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASCULAR (VEGFR)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1117	L01XA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L01XA - COMPUESTOS DEL PLATINO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1118	L01XF	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L01XF - RETINOIDES PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1119	L01XG	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L01XG - INHIBIDORES DEL PROTEASOMA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1120	L01XJ	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L01XJ- INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1121	L01XK	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L01XK- INHIBIDORES DE LA POLI (ADP-RIBOSA) POLIMERASA (PARP)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1122	L02AB	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L02AB - PROGESTÁGENOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1123	L02AE	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L02AE - ANÁLOGOS DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINAS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1124	L02BA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L02BA- ANTIESTRÓGENOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)." 687

No.	Código ATC del subgrupo	PRINCIPIOS ACTIVOS QUE SE INCLUYEN EN CADA SUBGRUPO DE REFERENCIA	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC
1125	L02BB	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L02BB - ANTIANDRÓGENOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1126	L02BG	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L02BG - INHIBIDORES DE LA AROMATASA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1127	L02BX	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L02BX - OTROS ANTAGONISTAS HORMONALES Y AGENTES RELACIONADOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1128	L03AA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC L03AA - FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1129	N05BA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC N05BA - BIFOSFONATOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1130	N03AB	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC N03AB - DERIVADOS DE LA HIDANTOÍNA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1131	N03AG	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC N03AG - DERIVADOS DE LOS ÁCIDOS GRASOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1132	N04AA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC N04AA - AMINAS TERCIARIAS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1133	N04BB	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC N04BB - DERIVADOS DEL ADAMANTANO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1134	N05AX	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC N05AX - OTROS ANTIPSICÓTICOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1135	N06AB	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC N06AB - INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1136	N06DA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC N06DA - ANTICOLINESTERASAS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1137	P01AC	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC P01AC - DERIVADOS DE LA DICLOROACETAMIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
1138	S01BA	SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC S01BA - CORTICOSTEROIDES, MONOFARMACOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN OFTÁLMICA

SECCIÓN A3. FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC PARA MEDICAMENTOS POR CRITERIO ESPECÍFICO.

a. Los grupos de medicamentos que se enuncian en esta sección se entienden como financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) sólo si cumplen lo descrito en el correspondiente criterio de financiación.

b. Para los grupos descritos a continuación no se enuncian códigos ATC teniendo en cuenta que en esta sección un grupo puede incluir varios principios activos con diferentes códigos ATC.

No.	GRUPOS DE PRINCIPIOS ACTIVOS QUE SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	CRITERIO DE FINANCIACIÓN
1139	ANESTÉSICOS, ANALGÉSICOS, SEDANTES, RELAJANTES MUSCULARES DE ACCIÓN PERIFÉRICA Y REVERSORES DE ANESTESIA Y SEDACIÓN.	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	SEGÚN LO DESCRITO EN EL ARTÍCULO 27 DE ESTE ACTO ADMINISTRATIVO.
1140	ESTEREOSÓMEROS DE PRINCIPIOS ACTIVOS FINANCIADOS CON CARGO A LA UPC DESCRITOS EN LAS SECCIONES A.1 Y A.2	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	SEGÚN LO DESCRITO EN EL PARÁGRAFO 1 DEL ARTÍCULO 35 DE ESTE ACTO ADMINISTRATIVO, EN LO

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

No.	GRUPOS DE PRINCIPIOS ACTIVOS QUE SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	CRITERIO DE FINANCIACIÓN
			CORRESPONDIENTE A FINANCIACIÓN DE ESTEREOSÍMEROS.
1141	METABOLITOS ACTIVOS DE PRINCIPIOS ACTIVOS FINANCIADOS CON CARGO A LA UPC DESCRITOS EN LAS SECCIONES A.1 Y A.2	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	SEGÚN LO DESCRITO EN EL PARÁGRAFO 3 DEL ARTÍCULO 35 DE ESTE ACTO ADMINISTRATIVO, EN LO CORRESPONDIENTE A FINANCIACIÓN DE METABOLITOS ACTIVOS.
1142	UNIÓN DE PRINCIPIOS ACTIVOS FINANCIADOS CON CARGO A LA UPC CON OTRAS MOLECULAS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	SEGÚN LO DESCRITO EN EL PARÁGRAFO 1 DEL ARTÍCULO 35 DE ESTE ACTO ADMINISTRATIVO, EN LO CORRESPONDIENTE A PRINCIPIOS ACTIVOS FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC EN UNIÓN A OTRAS MOLECULAS.
1143	COMBINACIONES A DOSIS FIJAS DE PRINCIPIOS ACTIVOS DE MEDICAMENTOS FINANCIADOS CON CARGO A LA UPC	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES EN LAS FORMAS FARMACÉUTICAS QUE SEÑALA EL CRITERIO DE FINANCIACIÓN.	SEGÚN LO DESCRITO EN EL ARTÍCULO 38 DE ESTE ACTO ADMINISTRATIVO.
1144	FÓRMULAS MAGISTRALES	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	SEGÚN LO DESCRITO EN EL ARTÍCULO 43 DE ESTE ACTO ADMINISTRATIVO.
1145	RADIOFÁRMACOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	SEGÚN LO DESCRITO EN EL ARTÍCULO 46 DE ESTE ACTO ADMINISTRATIVO.
1146	MEDIOS DIAGNÓSTICOS DIFERENTES A LOS DESCRITOS EN LA SECCIÓN A.1	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	SEGÚN LO DESCRITO EN EL ARTÍCULO 48 DE ESTE ACTO ADMINISTRATIVO.
1147	SOLUCIONES Y DILUYENTES	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	SEGÚN LO DESCRITO EN EL ARTÍCULO 49 DE ESTE ACTO ADMINISTRATIVO.
1148	SUSTANCIAS Y MEDICAMENTOS PARA NUTRICIÓN	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	SEGÚN LO DESCRITO EN EL ARTÍCULO 51 DE ESTE ACTO ADMINISTRATIVO.

**SECCIÓN B.
MEDICAMENTOS PARA PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PÚBLICA.**

Los medicamentos descritos a continuación son suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social, según las normas técnicas y guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública.

No.	Código ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN Y FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
1149	P01BF01	ARTEMETER + LUMENFANTRINE	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1150	P01BE03	ARTESUNATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1151	P01CA02	BENZNIDAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1152	J04BA01	CLOFAZIMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1153	P01BA01	CLOROQUINA (DIFOSFATO O SULFATO)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1154	J04BA02	DAPSONA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1155	P01CB02	ESTIBOGLUCONATO DE SODIO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1156	J01GA01	ESTREPTOMICINA (SULFATO)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1157	J04AK02	ETAMBUTOL CLORHIDRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1158	J04AD03	ETONAMIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1159	J04AC01	ISONIAZIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

No.	Código ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN Y FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
1160	P01BC02	MEFLOQUINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1161	P01CB01	MEGLUMINA ANTIMONIATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1162	L01XX09	MILTEFOSINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1163	P01CC01	NIFURTIMOX	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1164	P01CX01	PENTAMIDINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1165	J04AK01	PIRAZINAMIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1166	P01BD01	PIRIMETAMINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1167	P01BD51	PIRIMETAMINA + SULFADOXINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1168	P01BA03	PRIMAQUINA (FOSFATO)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1169	P01BC01	QUININA DICLORHIDRATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1170	P01BC01	QUININA SULFATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1171	J04AB04	RIFABUTINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1172	J04AB02	RIFAMPICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1173	J04AM02	RIFAMPICINA + ISONIAZIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1174	J04AM05	RIFAMPICINA + ISONIAZIDA + PIRAZINAMIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1175	J04AM06	RIFAMPICINA + ISONIAZIDA + PIRAZINAMIDA + ETAMBUTOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1176	J07BD52	SARAMPIÓN, RUBÉOLA, PAPERAS (SRP)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1177	L04AX02	TALIDOMIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1178	J04AM04	TIOACETAZONA + ISONIAZIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1179	J07AM51	TOXOIDE DIFTERICO-TETÁNICO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1180	J07EL01	VACUNA CONTRA LA FIEBRE AMARILLA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1181	J07BF02	VACUNA ANTPOLIOMIELÍTICA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

No.	Código ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN Y FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
1182	J07AG01	VACUNA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZAE	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1183	J07CA01	VACUNA CONTRA LA DIFTERIA, TÉTANO Y TOS FERINA (D.P.T)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1184	L03AX03	VACUNA CONTRA LA TUBERCULOSIS (B.C.G)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1185	J07BH01	VACUNA CONTRA ROTAVIRUS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	
1186	J07AL01	VACUNA CONTRA NEUMOCOCCO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CONSIDERADAS NECESARIAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CADA PROGRAMA	USO EN POBLACIÓN MENOR DE 2 AÑOS DE ALTO RIESGO

SECCIÓN C.

FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC PARA OTROS PRODUCTOS.

a. Se financian con recursos de la UPC los productos que se enuncian a continuación.

No.	Código ATC	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
1187	V06C	FÓRMULA LÁCTEA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES EN FORMA FARMACÉUTICA POLVO	FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA NIÑOS LACTANTES HASTA LOS DOCE (12) MESES DE EDAD QUE SEAN HIJOS DE MADRES CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH/SIDA, SEGÚN EL CRITERIO DEL MÉDICO O NUTRICIONISTA TRATANTE
1188	V06DX	ALIMENTO EN POLVO CON VITAMINAS, HIERRO Y ZINC	COMPOSICIÓN POR GRAMO: HIERRO: 12,5 MG COMO HIERRO ELEMENTAL, PREFERIBLEMENTE ENCAPSULADO COMO FUMARATO FERROSO; VITAMINA A (RETINOL): 300 MCG; ZINC: 5 MG PREFERIBLEMENTE COMO GLUCONATO DE ZINC ADICIONALMENTE PUEDE CONTENER OTRAS VITAMINAS Y MINERALES	FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA USO SEGÚN LA GUÍA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) "USO DE MICRONUTRIENTES EN POLVO PARA LA FORTIFICACIÓN DOMICILIARIA DE LOS ALIMENTOS CONSUMIDOS POR LACTANTES Y NIÑOS" PARA MENORES ENTRE (6) Y VEINTICUATRO (24) MESES

ANEXO No. 2:

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
01.0.1.	PUNCIONES EN CISTERNA
01.0.2.	PUNCIONES (ASPIRACIÓN DE LÍQUIDO) EN VENTRÍCULOS
01.0.9.	PUNCIÓN CRANEAL
01.1.1.	BIOPSIA EN CRÁNEO
01.1.2.	BIOPSIAS DE MENINGE CEREBRAL
01.1.3.	BIOPSIAS DE CEREBRO
01.2.1.	INCISIÓN O DRENAJE O DESFUNCIONALIZACIÓN DE SENO FRONTAL
01.2.2.	RETIRO, SUSTITUCIÓN O REVISIÓN DE NEUROESTIMULADOR O ELECTRODO INTRACRANEAL
01.2.3.	REAPERTURA DE CRANEOTOMÍA
01.2.4.	OTRAS CRANEOTOMÍAS (DESCOMPRESIVAS O EXPLORATORIAS)
01.2.5.	OTRAS CRANIECTOMÍAS
01.3.1.	INCISIONES DE MENINGES CEREBRALES
01.3.2.	LOBOTOMÍA O TRACTOTOMÍA O LESIÓN DESCONECTIVA (PARA CIRUGÍA FUNCIONAL)
01.4.1.	PROCEDIMIENTOS EN TÁLAMO
01.4.2.	PROCEDIMIENTOS EN GLOBO PÁLIDO
01.4.3.	PROCEDIMIENTOS EN SUBTÁLAMO
01.4.4.	PROCEDIMIENTOS EN OTRAS ESTRUCTURAS SUBCORTICALES
01.5.1.	ESCISIONES DE LESIÓN CRANEAL
01.5.2.	RESECCIONES DE TUMORES O LESIONES DE LA BASE DEL CRÁNEO FOSA ANTERIOR
01.5.3.	RESECCIONES DE TUMORES O LESIONES DE LA BASE DEL CRÁNEO FOSA MEDIA
01.5.4.	RESECCIONES DE TUMORES O LESIONES DE LA BASE DEL CRÁNEO FOSA POSTERIOR
01.5.5.	RESECCIONES DE TEJIDO CRANEAL
01.6.1.	RESECCIONES DE TUMORES EN MENINGES CEREBRALES

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

01.6.2.	RESECCIONES TUMORES DE LA HOZ
01.6.3.	RESECCIONES TUMORES DEL TENTORIO
01.6.4.	RESECCIÓN DE OTRAS LESIONES DE MENINGE CEREBRAL
01.7.0.	DRENAJES DE COLECCIONES INTRACEREBRALES
01.7.2.	RESECCIONES DE TUMORES SUPRATENTORIALES HEMISFÉRICOS
01.7.3.	RESECCIONES TUMORES INFRATENTORIALES
01.7.4.	RESECCIONES DE LESIÓN O TUMOR DE LÍNEA MEDIA SUPRATENTORIALES
01.7.5.	RESECCIONES DE LESIÓN O TUMOR DE LÍNEA MEDIA INFRATENTORIALES
01.7.6.	RESECCIONES DE LESIONES VENTRICULARES SUPRATENTORIALES
01.7.7.	RESECCIONES DE LESIONES VENTRICULARES INFRATENTORIALES
01.7.8.	RESECCIONES DE LESIONES INTRAVENTRICULARES DE LÍNEA MEDIA
01.8.1.	HEMISFERECTOMÍA O HEMISFEROTOMÍA CEREBRAL
01.8.2.	HEMISFERECTOMÍAS CEREBELOSAS
01.9.1.	LOBECTOMÍAS POR CRANEOTOMÍA
01.9.2.	LOBECTOMÍAS POR CRANIECTOMÍA
02.0.1.	APERTURAS DE SUTURAS CRANEALES
02.0.2.	ELEVACIÓN DE FRAGMENTOS DE FRACTURA DE CRÁNEO (ESQUIRLECTOMÍA)
02.0.4.	INJERTOS ÓSEOS EN CRÁNEO
02.0.5.	OSTEOSÍNTESIS CRANEAL
02.0.6.	OTRAS OSTEOPLASTIAS CRANEALES
02.0.7.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS DE RECONSTRUCCIÓN CRANEAL
02.1.1.	SUTURA DE DURAMADRE CEREBRAL
02.1.2.	OTRAS REPARACIONES DE MENINGES CEREBRALES
02.1.3.	RECONSTRUCCIÓN DE LA BASE O BÓVEDA DEL CRÁNEO
02.2.1.	VENTRICULOSTOMÍA INTERNA
02.2.2.	VENTRICULOSTOMÍAS EXTERNAS
02.2.4.	COLOCACIÓN DE CATÉTER VENTRÍCULO PERITONEAL
02.3.2.	DERIVACIONES VENTRICULARES A APARATO CIRCULATORIO
02.3.4.	DERIVACIONES VENTRICULARES A CAVIDADES U OTROS ORGANOS
02.4.1.	IRRIGACIÓN DE DERIVACION VENTRICULAR
02.4.2.	SUSTITUCIÓN O REEMPLAZO DE DERIVACION VENTRICULAR
02.4.3.	EXTRACCIÓN DE DERIVACIÓN
02.5.0.	IMPLANTE DE CATÉTER (INTRAVENTRICULAR, INTRACÍSTICO) CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO
02.8.1.	LISIS DE ADHERENCIAS CORTICALES
02.8.2.	IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVOS DE MONITOREO NEUROLÓGICO O CEREBRAL
02.8.3.	IMPLANTACIÓN DE ELECTRODOS INTRACRANEALES Y NEUROESTIMULADORES
02.8.4.	COLOCACIÓN DE TRACCIÓN CEFÁLICO O ESQUELÉTICA CERVICAL
02.8.5.	EXTRACCIÓN O RETIRO DE TRACCIÓN CEFÁLICO O ESQUELÉTICA CERVICAL
02.8.6.	INJERTOS INTRACEREBRALES
02.9.0.	EMBOLIZACIÓN DE TUMORES INTRACRANEALES O ESPINALES
02.9.1.	CATERIZACIÓN SUPRASELECTIVA DE VASOS INTRACRANEALES
03.0.1.	EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS EN CANAL RAQUÍDEO
03.0.2.	EXPLORACIONES Y DESCOMPRESIONES DE CANAL RAQUÍDEO Y RAÍCES ESPINALES
03.0.3.	EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE RAÍZ DE NERVIOS ESPINALES
03.0.4.	DRENAJES DE COLECCIÓN ESPINAL EPIDURAL
03.1.1.	RIZOTOMÍA O RIZOLISIS DE NERVIOS ESPINALES
03.2.0.	CORDOTOMÍAS
03.2.3.	TRACTOTOMÍAS DE MEDULA ESPINAL
03.2.4.	MIELOTOMÍAS
03.3.1.	PUNCIÓN O DRENAJE LUMBAR
03.3.2.	BIOPSIAS DE MÉDULA ESPINAL O MENINGES ESPINALES
03.4.1.	RESECCIONES DE TUMORES DEL FORÁMEN MAGNO
03.4.2.	RESECCIONES DE TUMORES EXTRADURALES
03.4.3.	RESECCIONES DE TUMORES INTRADURALES EXTRAMEDULARES
03.4.4.	RESECCIONES DE TUMORES INTRADURALES INTRAMEDULARES O MULTIRADICULARES
03.5.1.	CORRECCIONES DE MALFORMACIONES DE MÉDULA ESPINAL
03.5.2.	CORRECCIONES DE ANOMALÍAS DE MÉDULA ESPINAL EN UNIÓN CRANEOCERVICAL
03.5.4.	REPARACIONES DE MENINGES ESPINALES
03.5.5.	REPARACIÓN DE FÍSTULA ESPINAL DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR)
03.6.1.	LISIS O RESECCION DE ADHERENCIAS EXTRADURALES
03.7.1.	DERIVACIONES SIRINGO PERITONEAL O RETROPERITONEAL
03.7.2.	DERIVACIÓN SIRINGO SUBDURAL ESPINAL
03.7.3.	DERIVACIÓN LUMBAR INTERNA

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

03.7.4.	DERIVACION O DRENAJE LUMBAR EXTERNO
03.7.5.	DERIVACIONES SIRINGO PLEURAL ESPINAL
03.8.1.	INYECCIONES NEUROLITICAS SUBARACNOIDEAS
03.8.2.	NEUROLISIS DE RAÍCES ESPINALES
03.9.0.	INSERCIÓN DE CATÉTER EN CANAL ESPINAL PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIAS
03.9.1.	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN EL CANAL ESPINAL
03.9.2.	OTRAS NEUROLISIS
03.9.3.	IMPLANTACIÓN DE NEUROESTIMULADORES ESPINALES
03.9.4.	RETIRO NEUROESTIMULADOR ESPINAL
03.9.5.	PARCHE HEMÁTICO EPIDURAL EN CANAL ESPINAL
03.9.6.	PROGRAMACION O REPROGRAMACION DE ESTIMULADORES ELÉCTRICOS NO CARDÍACOS
03.9.7.	REVISIÓN DE DERIVACIÓN ESPINAL
03.9.8.	RETIRO DE DERIVACIÓN ESPINAL
03.9.9.	REVISIÓN DE ELECTRODOS O RECEPTOR DE NEUROESTIMULACIÓN ESPINAL
04.0.0.	RESECCIÓN DE LESIÓN DE NERVIOS DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO
04.0.2.	SECCIÓN DE NERVIOS TRIGEMINO
04.0.3.	SECCIÓN DE OTROS NERVIOS CRANEALES
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (04.0.3.), salvo la Subcategoría	
04.0.3.02 Sección de otro nervio craneal	
04.0.5.	GANGLIONECTOMÍA DE GASER
04.0.6.	IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN O RETIRO DE OTRO NEUROESTIMULADOR
04.0.7.	ESCISIÓN O RESECCIÓN DE NERVIOS CRANEALES O PERIFÉRICOS
04.1.1.	BIOPSIAS (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE NERVIOS O GANGLIOS CRANEALES O PERIFÉRICOS
04.1.2.	BIOPSIA ABIERTA DE NERVIOS O GANGLIO CRANEAL O PERIFÉRICO
04.2.1.	RIZOTOMÍAS DE NERVIOS CRANEALES
04.2.2.	NEUROLISIS DE NERVIOS CRANEALES
04.2.3.	NEUROLISIS DE NERVIOS PERIFÉRICOS
04.3.0.	ANASTOMOSIS DE NERVIOS CRANEALES
04.3.1.	NEURORRAFIAS EN NERVIOS PERIFÉRICOS
04.4.1.	DESCOMPRESIONES DE RAÍZ DE NERVIOS TRIGEMINO
04.4.2.	DESCOMPRESIONES DE OTROS NERVIOS CRANEALES
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (04.4.2.), salvo la Subcategoría	
04.4.2.01 Descompresión intracanalicular de nervio óptico, por craneotomía	
04.4.3.	LIBERACIÓN DE TÚNEL CARPIANO
04.4.4.	LIBERACIÓN DE TÚNEL TARSAL
04.4.5.	DESCOMPRESIONES DE NERVIOS PERIFÉRICOS
04.5.1.	INJERTOS DE NERVIOS CRANEALES O PERIFÉRICOS
04.6.1.	TRANSPOSICIÓN DE NERVIOS PERIFÉRICOS
04.7.1.	REPARACIÓN DE NERVIOS FACIALES
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (04.7.1.), salvo las Subcategorías	
04.7.1.05 Reanimación facial con colgajo muscular con técnica microvascular	
04.7.1.07 Reanimación facial con técnica de suspensión vía endoscópica	
04.8.1.	INYECCIÓN DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIOS CRANEALES CON FINES ANALGÉSICOS
04.8.2.	INYECCIÓN DE AGENTE ANESTÉSICO PARA NERVIOS PERIFÉRICOS
04.8.3.	INYECCIÓN DE ANESTESIA EN NERVIOS DE FACETA ARTICULAR VERTEBRAL CON FINES ANALGÉSICOS
04.8.4.	OTRAS INYECCIONES DE ANESTESIA EN COLUMNA VERTEBRAL CON FINES ANALGÉSICOS
05.1.1.	BIOPSIA DE NERVIOS O GANGLIO SIMPÁTICO
05.2.0.	SIMPATECTOMÍA TORÁCICA
05.2.1.	GANGLIONECTOMÍAS
05.2.2.	SIMPATECTOMÍA CERVICAL
05.2.3.	SIMPATECTOMÍA LUMBAR
05.2.4.	SIMPATECTOMÍAS PRESACRAS
05.2.5.	SIMPATECTOMÍA PERIARTERIAL
05.2.6.	OTRAS SIMPATECTOMÍAS O GANGLIECTOMÍAS
05.3.1.	INYECCIÓN DE ANESTÉSICOS EN NERVIOS SIMPÁTICOS
05.3.2.	INYECCIÓN DE AGENTE NEUROLITICO EN NERVIOS SIMPÁTICOS
05.3.3.	LISIS DE GANGLIOS [GANGLIOLISIS]
05.4.1.	NEURORRAFIAS DE NERVIOS O GANGLIOS SIMPÁTICOS

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

05.4.2.	RECONSTRUCCIONES EN PLEJOS
05.5.1.	EXPLORACIÓN DE PLEJO O TRONCO
05.5.2.	DESCOMPRESIÓN DE PLEJO O TRONCO
06.0.1.	ASPIRACIÓN DEL ÁREA TIROIDEA
06.0.2.	REAPERTURA DE HERIDA DE ÁREA TIROIDEA
06.0.9.	OTRA INCISIÓN DEL ÁREA TIROIDEA
06.1.0.	BIOPSIA DE GLÁNDULA TIROIDES
06.1.3.	BIOPSIA DE GLÁNDULA PARATIROIDES
06.2.0.	TIROIDECTOMÍA PARCIAL (SUBTOTAL)
06.2.1.	ABLACIÓN PARCIAL DE TIROIDES
06.4.1.	TIROIDECTOMÍA TOTAL
06.5.1.	TIROIDECTOMÍA RETROESTERNAL PARCIAL
06.5.2.	TIROIDECTOMÍA RETROESTERNAL TOTAL
06.7.0.	RESECCIÓN DE QUISTE O CONDUCTO TIROGLOSO
06.7.2.	RESECCIÓN DE FISTULA TIROGLOSA
06.8.1.	PARATIROIDECTOMÍA TOTAL
06.8.2.	ABLACIÓN PARCIAL DE PARATIROIDES
06.8.9.	PARATIROIDECTOMÍA PARCIAL
06.9.1.	REEXPLORACIÓN DE CUELLO Y MEDIASTINO
06.9.3.	SUTURA DE GLÁNDULA TIROIDES
06.9.5.	REIMPLANTE DE TEJIDO PARATIROIDEO (AUTÓLOGO)
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (06.9.5.), salvo la Subcategoría	
06.9.5.02 Reimplante de tejido paratiroideo vía endoscópica	
07.0.0.	EXPLORACIÓN DE ÁREA SUPRARRENAL
07.1.0.	BIOPSIA DE GLÁNDULA SUPRARRENAL
07.1.3.	BIOPSIA DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSFRONTAL
07.1.4.	BIOPSIA DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSESEFENOIDAL
07.1.6.	BIOPSIA DE TIMO
07.1.7.	BIOPSIA DE GLÁNDULA PINEAL
07.2.0.	SUPRARRENALECTOMÍA PARCIAL UNILATERAL
07.2.4.	SUPRARRENALECTOMÍA PARCIAL BILATERAL
07.2.5.	SUPRARRENALECTOMÍA TOTAL UNILATERAL
07.2.6.	SUPRARRENALECTOMÍA TOTAL BILATERAL
07.2.7.	REIMPLANTE DE TEJIDO SUPRARRENAL
07.4.1.	DRENAJE DE GLÁNDULA SUPRARRENAL
07.5.3.	ESCISIÓN PARCIAL DE GLÁNDULA PINEAL
07.5.4.	ESCISIÓN TOTAL DE GLÁNDULA PINEAL [PINEALECTOMÍA]
07.6.1.	ESCISIÓN PARCIAL DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSFRONTAL
07.6.2.	ESCISIÓN PARCIAL DE HIPÓFISIS VÍA TRANSESEFENOIDAL
07.6.4.	ESCISIÓN TOTAL DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSFRONTAL
07.6.5.	ESCISIÓN TOTAL DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSESEFENOIDAL
07.8.2.	RESECCION DEL TIMO
08.0.1.	DRENAJE DE COLECCIONES POR BLEFAROTOMÍA
08.0.2.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PÁRPADO
08.1.1.	BIOPSIA DE PÁRPADO
08.2.1.	RESECCIÓN DE CHALAZIÓN
08.2.3.	ESCISIÓN DE LESIONES DE ESPESOR PARCIAL EN PÁRPADOS
08.2.4.	ESCISIÓN DE LESIONES DE ESPESOR COMPLETO EN PÁRPADOS
08.2.5.	ABLACIÓN DE LESIONES EN PÁRPADOS
08.2.6.	PLASTIAS EN TARSO
08.3.0.	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL
08.3.5.	CORRECCIÓN DE LAGOFTALMOS O RETRACCIÓN PALPEBRAL
08.3.6.	CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN
08.3.7.	CORRECCIÓN DE ECTROPIÓN
08.3.8.	OTRAS CORRECCIONES PALPEBRALES
08.6.0.	RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADOS
08.8.0.	REPARACIÓN DE HERIDA DE CEJA
08.8.2.	REPARACIÓN DE HERIDA INVOLUCRANDO BORDE PALPEBRAL DE ESPESOR PARCIAL
08.8.4.	REPARACIÓN DE HERIDA INVOLUCRANDO BORDE PALPEBRAL DE ESPESOR COMPLETO
08.9.1.	ABLACIÓN DE PESTAÑAS
08.9.2.	PLASTIAS O RECONSTRUCCIONES EN CEJAS
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (08.9.2.), salvo las Subcategorías	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

08.9.2.07	Corrección estética de ptosis de cejas por abordaje coronal
08.9.2.11	Plastia de cejas con colgajo
08.9.2.12	Plastia de cejas con injerto
08.9.2.13	Reconstrucción de cejas por resección
08.9.2.16	Reconstrucción de cejas con colgajo
08.9.2.17	Reconstrucción de cejas con injerto
09.0.0.	PEXIA EN LA GLÁNDULA LAGRIMAL
09.0.1.	DRENAJE EN GLÁNDULA LAGRIMAL
09.1.1.	BIOPSIA DE GLÁNDULA LAGRIMAL
09.1.2.	BIOPSIA DE VÍA LAGRIMAL
09.2.0.	DACRIOADENECTOMÍAS
09.4.1.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA VÍA LAGRIMAL
09.4.2.	SONDEO Y LAVADO DE VÍAS LAGRIMALES
09.4.4.	INTUBACIÓN DE VÍAS LAGRIMALES
09.5.0.	DRENAJE DEL SACO O CANALÍCULO LAGRIMAL
09.6.1.	DACRIOCISTECTOMIA (SACO LAGRIMAL)
09.7.1.	PLASTIA DE CANALÍCULOS LAGRIMALES
09.7.2.	PLASTIAS DE PUNTO LAGRIMAL
09.7.3.	PLASTIAS DE PUNTO LAGRIMAL MODIFICADAS (CON SUTURAS)
09.8.1.	DACRIOCISTORRINOSTOMÍAS
09.8.2.	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍAS
09.8.3.	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍAS CON INTUBACIÓN
09.9.0.	OBLITERACIÓN O CIERRE DE PUNTOS LAGRIMALES
10.0.1.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CONJUNTIVA, POR INCISIÓN
10.2.1.	BIOPSIA DE CONJUNTIVA
10.3.1.	ESCISIÓN DE LESIONES O TEJIDOS EN CONJUNTIVA
10.3.2.	ABLACIÓN DE LESIONES EN CONJUNTIVAS
10.4.0.	REPARACIÓN DE SIMBLEFARON
10.6.1.	SUTURA DE LA CONJUNTIVA
10.7.2.	RECONSTRUCCIÓN DE SUPERFICIE OCULAR O FONDOS DE SACO
10.7.3.	CORRECCIONES DE CONJUNTIVOCHALASIS
11.0.0.	EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS EN CórNEA
11.1.2.	DRENAJE DE COLECCIÓN EN CórNEA
11.2.1.	FROTIS DE LA CórNEA
11.2.2.	BIOPSIA DE LA CórNEA
11.4.1.	RESECCIÓN DE TUMOR DE CórNEA
11.4.2.	CAUTERIZACIÓN DE LA CórNEA
11.4.3.	LIMPIEZA DE ENTRECARA
11.5.2.	REPARACIÓN DE DEHISCENCIA DE HERIDAS CORNEALES
11.5.3.	REPARACIÓN DE LACERACIONES O HERIDAS EN CórNEAS
11.5.4.	RECUBRIMIENTO DE CórNEA
11.5.8.	RETIRO DE SUTURAS EN CórNEA
11.6.0.	QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL
11.6.1.	QUERATOPLASTIA LAMELAR
11.6.2.	QUERATOPLASTIA PENETRANTE
11.6.4.	ESCLEROQUERATOPLASTIAS
11.7.3.	IMPLANTE DE PRÓTESIS DE CórNEA [QUERATOPRÓTESIS]
11.7.4.	QUERATOTOMIA INCISIONAL
11.7.5.	QUERATECTOMIA FOTORREFRACTIVA MÁS QUERATOMILEUSIS
11.7.8.	TERMOQUERATOPLASTIA
11.8.1.	QUERATOPIGMENTACIÓN [TATUAJE DE LA CórNEA]
11.8.2.	IMPLANTE Y EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO EN CórNEA
11.8.3.	ENTRECruzAMIENTOS DE COLÁGENO CORNEAL
12.0.0.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR EN SEGMENTO ANTERIOR DE OJO
12.1.1.	IRIDOTOMÍAS
12.1.3.	REDUCCIÓN PROLAPSO DE IRIS [HERNIA DE IRIS]
12.1.4.	IRIDECTOMÍAS
12.2.1.	ASPIRACIÓN DIAGNÓSTICA DE CÁMARA ANTERIOR DEL OJO
12.2.2.	BIOPSIAS EN IRIS
12.2.3.	BIOPSIAS EN ESCLERA
12.2.4.	BIOPSIAS EN CUERPO CILIAR
12.3.0.	IRIDOPLASTIAS
12.3.2.	LISIS DE SINEQUIAS
12.3.4.	REPARACIÓN DE IRIDODIALISIS
12.3.5.	PLASTIAS EN PUPILA

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

12.4.1.	ABLACION DE LESIONES EN IRIS
12.4.2.	ESCISION DE LESION EN IRIS
12.4.3.	ABLACION DE LESIONES EN CUERPO CILIAR
12.4.4.	ESCISION DE LESIONES EN CUERPO CILIAR
12.5.1.	GONIOTOMIAS
12.5.4.	TRABECULOTOMIAS
12.5.5.	CICLODIÁLISIS
12.6.3.	CIRUGIA FILTRANTE NO PENETRANTE
12.6.4.	TRABECULECTOMIAS
12.6.6.	REVISION DE CIRUGIA FILTRANTE
12.6.7.	INSERCIÓN O REVISIÓN DE DISPOSITIVOS PARA GLAUCOMA
12.7.5.	TRABECULOPLASTIAS
12.8.1.	SUTURA DE LACERACION DE ESCLERA
12.8.4.	ESCISION O ABLACION DE LESIONES EN ESCLERA
12.8.8.	PLASTIAS EN ESCLERA
12.9.1.	EVACUACION TERAPÉUTICA DE CÁMARA ANTERIOR DEL OJO
12.9.3.	INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR FÁQUICO
12.9.4.	EXTRACCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR FÁQUICO
13.0.0.	EXTRACCIÓN INTRACAPSULAR O EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO
13.6.4.	RESECCION DE MEMBRANA SECUNDARIA
13.6.5.	CAPSULOTOMIAS
13.7.0.	INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR
13.8.1.	EXTRACCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR (PSEUDOCRISTALINO)
14.2.0.	ABLACION DE LESIONES CORIORETINALES
14.3.4.	REPARACION DE LESION RETINAL POR RETINOPEXIA
14.3.5.	REPARACION DE LESION RETINAL POR INDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACION
14.7.1.	VITRECTOMIAS VIA ANTERIOR
14.7.4.	VITRECTOMIAS VIA POSTERIOR
14.7.5.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN VITREO
15.0.1.	BIOPSIAS DE MUSCULOS O TENDONES EXTRAOCULARES
15.0.2.	EXPLORACIONES DE MUSCULOS EXTRAOCULARES
15.2.0.	ALARGAMIENTO O ACORTAMIENTO EN MUSCULO EXTRAOCULAR
15.4.0.	REPOSICIONAMIENTO DE MUSCULOS EXTRAOCULARES
15.7.1.	REPARACIONES DE LESIONES DE MUSCULO EXTRAOCULAR, TENDON O CAPSULA DE TENON
16.0.1.	ORBITOTOMIAS CON COLGAJO OSEO
16.0.2.	ORBITOTOMIAS CON INSERCIÓN DE IMPLANTE ORBITAL
16.1.1.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE ÓRBITA
16.2.2.	ASPIRACION DIAGNÓSTICA DE ÓRBITA
16.2.3.	BIOPSIA DE ÓRBITA
16.3.0.	EVISCERACION DEL GLOBO OCULAR
16.4.0.	ENUCLEACION DEL GLOBO OCULAR
16.5.0.	EXENTERACIONES DE ÓRBITA
16.6.1.	INSERCIÓN SECUNDARIA DE PRÓTESIS [IMPLANTE] ORBITARIO
16.6.3.	REVISIONES E INSERCIONES DE IMPLANTE ORBITARIO
16.7.1.	RETIROS DE IMPLANTE ORBITARIO U OCULAR
16.8.3.	RECONSTRUCCIÓN DE ÓRBITAS
16.8.4.	DESCOMPRESIONES DE ÓRBITAS
16.9.0.	INYECCIONES EN ÓRBITA O GLOBO O ANEXOS OCULARES
16.9.2.	ESCISION DE LESIONES EN ÓRBITAS
17.0.0.	RESECCION DE LESION DE HUESO TEMPORAL
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (17.0.0.), salvo las Subcategorías	
17.0.0.01 Apicectomía vía infracoclear	
17.0.0.02 Apicectomía vía transcoclear	
17.0.0.03 Apicectomía vía retrolaberíntica o translaberíntica	
17.0.0.04 Apicectomía fosa media	
18.0.1.	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PABELLÓN AURICULAR
18.0.2.	DRENAJE DE COLECCIÓN DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO
18.0.3.	EXTRACCIÓN DE CERUMEN O CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO
18.1.1.	BIOPSIAS EN OÍDO EXTERNO
18.2.1.	RESECCION DE FISTULA PREAURICULAR
18.2.2.	RESECCION DE APÉNDICE PREAURICULAR
18.2.3.	RESECCION DE QUISTE DE PABELLÓN AURICULAR
18.2.4.	ABLACION DE LESION EN OÍDO EXTERNO

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

18.2.5.	TOMA DE INJERTO CONDRAL DEL PABELLÓN AURICULAR
18.3.1.	ESCISION RADICAL DE LESIÓN DE OÍDO EXTERNO
18.4.1.	SUTURA DE LACERACIÓN DE PABELLÓN AURICULAR
18.5.1.	PLASTIA EN OREJA [OTOPLASTIA]
18.6.2.	MEATOPLASTIA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO
18.7.1.	RECONSTRUCCIÓN EN PABELLÓN AURICULAR
18.7.2.	REPOSICION DE AURÍCULA (PABELLÓN AURICULAR) AMPUTADA
19.3.0.	MOVILIZACIÓN DEL ESTRIBO [ESTAPEDIOLISIS]
19.3.1.	ESTAPEDECTOMIAS O ESTAPEDOTOMIAS CON COLOCACIÓN DE PRÓTESIS
19.3.2.	REVISIONES DE ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMIA
19.4.1.	TIMPANOPLASTIAS O MIRINGOPLASTIAS
19.4.2.	RECONSTRUCCIÓN DE CADENA ÓSEA [OSICULOPLASTIA]
19.9.1.	REPARACIÓN DE FISTULA PERILINFÁTICA DE OÍDO MEDIO
19.9.3.	MASTOIDOPLASTIA
20.0.1.	TIMPANOTOMÍA O TIMPANOSTOMÍA
20.2.1.	INCISIÓN DE MASTOIDES
20.2.3.	INCISIÓN DE OÍDO MEDIO
20.2.4.	ASPIRACIONES DE OÍDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA
20.2.5.	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA EN OÍDO MEDIO
20.3.1.	BIOPSIAS DE OÍDO MEDIO E INTERNO
20.4.0.	MASTOIDECTOMÍA CON PRESERVACIÓN DE LA PARED POSTERIOR
20.4.2.	MASTOIDECTOMIAS SIN PRESERVACIÓN DE LA PARED POSTERIOR
20.4.3.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN LA MASTOIDES
20.7.3.	DESCOMPRESIÓN DE LABERINTO
20.7.5.	LABERINTECTOMÍA
20.9.0.	CORRECCIÓN DE DEFECTOS DE CANALES SEMICIRCULARES
20.9.1.	REVISIÓN DE MASTOIDECTOMIAS O MASTOIDOPLASTIAS
20.9.6.	INSERCIÓN O SUSTITUCION DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS IMPLANTABLES
20.9.7.	REVISIÓN DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS IMPLANTABLES
20.9.8.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS IMPLANTABLES
21.0.0.	CONTROL DE EPISTAXIS POR ABLACION
21.0.1.	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR
21.0.2.	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO NASAL POSTERIOR Y ANTERIOR
21.0.4.	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES
21.0.5.	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA MAXILAR INTERNA
21.0.8.	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA ESFENOPALATINA
21.0.9.	CONTROL DE EPISTAXIS POR DERMOPLASTIA
21.1.2.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ CON INCISION
21.1.3.	DRENAJE DE COLECCIÓN EN NARIZ
21.2.0.	BIOPSIA DE NARIZ VIA TRANSNASAL
21.2.1.	BIOPSIA DE NARIZ VIA ABIERTA
21.2.2.	BIOPSIA DE NARIZ VIA ENDOSCÓPICA
21.8.0.	RESECCIÓN O ABLACION DE LA PIRÁMIDE NASAL
21.8.1.	SUTURA DE LACERACIÓN EN NARIZ
21.8.2.	CIERRE DE FISTULA NASAL
21.8.3.	RECONSTRUCCIÓN NASAL
21.8.4.	SEPTORRINOPLASTIAS
21.8.5.	RINOPLASTIA DE AUMENTO
21.8.6.	PLASTIA DE NARIZ [RINOPLASTIA]
21.8.9.	OTRAS REPARACIONES EN LA NARIZ
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (21.8.9.), salvo las Subcategorías	
21.8.9.12 Rinoplastia estética vía abierta	
21.8.9.13 Rinoplastia estética vía cerrada	
21.9.0.	RESECCIÓN O ABLACION DE LESIONES INTRANSALES
21.9.1.	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN CAVUM
21.9.2.	TURBINECTOMIAS
21.9.3.	TURBINOPLASTIAS
21.9.4.	SEPTECTOMIAS
21.9.5.	SEPTOPLASTIAS
21.9.6.	RECONSTRUCCIÓN ENDONASAL
22.1.1.	BIOPSIA DE SENO PARANASAL
22.1.4.	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA EN SENOS PARANASALES
22.2.1.	ANTROTOMÍA MAXILAR
22.3.1.	ANTROTOMÍA MAXILAR RADICAL

23 DIC 2021

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

22.3.9.	OTRA ANTROTOMIA MAXILAR EXTERNA
22.4.1.	SINUSOTOMÍAS FRONTALES
22.4.2.	SINUSECTOMÍAS FRONTALES O ETMOIDALES
22.5.0.	SINUSOTOMÍAS REVISIONALES
22.5.3.	INCISIÓN DE MÚLTIPLES SENOS PARANASALES
22.6.0.	SINUSECTOMÍA DE OTROS SENOS PARANASALES
22.6.1.	ESCISIÓN DE LESIÓN DE SENO MAXILAR
22.6.2.	ESCISIÓN DE LESIÓN DE SENO MAXILAR CON OTRO ABORDAJE
22.6.3.	ESCISIÓN DE CÉLULAS ETMOIDALES O RESECCIÓN HUESO ETMOIDES [ETMOIDECTOMÍA]
22.6.4.	ESFENOIDECTOMÍA
22.7.0.	CURACIÓN DE SENOS PARANASALES
22.7.1.	CIERRE DE FÍSTULA EN SENO MAXILAR
22.7.2.	PLASTIAS DE SENOS PARANASALES
22.8.0.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN TROMPA DE EUSTAQUIO
22.8.1.	CIERRE O DILATACIÓN DE TROMPA DE EUSTAQUIO
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (22.8.1.), salvo la Subcategoría	
22.8.1.04 Cierre de trompa de eustaquio con injerto o dispositivo transtimpánica vía endoscópica	
23.0.1.	EXODONCIAS DE DIENTES PERMANENTES
23.0.2.	EXODONCIAS DE DIENTES TEMPORALES
23.1.1.	EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR
23.1.2.	EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR
23.1.3.	EXODONCIAS DE DIENTES INCLUIDOS
23.1.4.	EXODONCIAS MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA
23.1.5.	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRÚRGICA)
23.2.1.	OBTURACIONES DENTALES
23.2.2.	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE
23.2.3.	COLOCACIÓN DE PIN MILIMÉTRICO
23.2.4.	RECONSTRUCCIONES DENTALES
23.3.1.	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN METALICA
23.3.2.	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN NO METALICA
23.4.1.	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA
23.4.2.	COLOCACIÓN O INSERCIÓN DE PRÓTESIS FIJA
23.4.3.	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL
23.4.4.	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL PRÓTESIS MUCOSOPOORTADA TOTAL
23.5.1.	REIMPLANTE DE DIENTE
23.6.1.	IMPLANTE ALOPLÁSTICO CERÁMICO
23.6.2.	IMPLANTE ALOPLÁSTICO METÁLICO
23.6.3.	IMPLANTE DENTAL ALOPLÁSTICO (OSEOINTEGRACIÓN)
23.7.1.	PULPOTOMÍAS
23.7.2.	APEXIFICACION
23.7.3.	TERAPIAS DE CONDUCTOS RADICULARES
23.7.4.	PROCEDIMIENTOS PERIRRADICULARES
23.7.5.	PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS
23.7.6.	FISTULIZACIONES ENDODÓNTICAS
23.7.7.	RADECTOMÍAS (AMPUTACIÓN RADICULAR)
23.7.8.	HEMISECCIÓN DEL DIENTE
23.7.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS DENTALES
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (23.7.9.), salvo la Subcategoría	
23.7.9.01 Blanqueamiento de diente (intrínseco) por causas endodónticas	
24.0.2.	DETARTRAJE SUBGINGIVAL
24.0.3.	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO
24.0.4.	DRENAJE DE COLECCION PERIODONTAL
24.1.1.	BIOPSIAS EN ENCIAS
24.1.2.	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR
24.2.1.	PLASTIAS MUCOGINGIVALES
24.2.2.	OTRAS REPARACIONES O PLASTIAS PERIODONTALES
24.2.3.	PLASTIAS PREPROTÉSICAS (AUMENTO DE CORONA CLÍNICA)
24.2.4.	REPARACIÓN O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS)
24.3.1.	ESCISIÓN DE LESIÓN DE ENCIA
24.3.2.	SUTURA DE LACERACION EN ENCIA
24.3.3.	ENUCLEACIÓN DE QUISTES EPIDERMÓIDES

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

24.3.4.	GINGIVECTOMIA
24.3.5.	OPERCULECTOMIAS
24.4.1.	ESCISIÓN DE LESIÓN ODONTOGENICA
24.5.1.	REGULARIZACIÓN DE REBORDES
24.5.2.	ALVEOLECTOMIA
24.7.1.	COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA FIJA PARA ORTODONCIA
24.7.2.	COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA REMOVIBLE PARA ORTODONCIA
24.7.3.	COLOCACIÓN DE APARATOS DE RETENCIÓN
24.7.4.	FERULIZACIONES
24.8.2.	AJUSTAMIENTO OCLUSAL
24.8.4.	REPARACIÓN DE APARATOLOGIA FIJA O REMOVIBLE
24.8.8.	MASCARA FACIAL TERAPEUTICA
24.9.1.	CONTROL DE HEMORRAGIA DE ORIGEN DENTAL POS QUIRURGICA
25.0.0.	BIOPSIA DE LENGUA
25.2.0.	GLOSECTOMÍA PARCIAL
25.2.5.	HEMIGLOSECTOMIA
25.3.4.	GLOSECTOMÍA TOTAL
25.4.0.	GLOSECTOMÍA RADICAL (ONCOLÓGICA)
25.5.0.	REPARACIONES Y PROCEDIMIENTOS EN LENGUA
25.5.1.	SUTURA DE LACERACIÓN DE LENGUA (GLOSORRAFIA)
26.0.1.	SIALOLITOTOMIA
26.0.2.	EXPLORACION DE GLANDULA SALIVAL
26.0.3.	DRENAJE DE GLÁNDULA SALIVAL
26.1.0.	BIOPSIA DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL
26.2.0.	RESECCIÓN DE LESIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL
26.3.1.	SIALOADENECTOMÍAS PARCIALES
26.3.2.	SIALOADENECTOMIAS TOTALES
26.4.0.	REPARACIÓN O CIERRE O PLASTIA DE GLANDULAS O CONDUCTOS SALIVALES O FÍSTULA
27.0.1.	INCISIONES Y DRENAJES EN CAVIDAD BUCAL
27.1.1.	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PALADAR
27.2.1.	BIOPSIA DE PALADAR BLANDO
27.2.3.	BIOPSIA EN LABIO
27.2.4.	BIOPSIA DE CAVIDAD ORAL
27.3.1.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN SUPERFICIAL EN PALADAR ÓSEO
27.3.2.	ESCISIÓN AMPLIA DE LESIÓN EN PALADAR ÓSEO
27.3.3.	ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN EN PALADAR BLANDO
27.3.4.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN PROFUNDA EN PALADAR BLANDO
27.4.1.	FRENILLECTOMIA LABIAL
27.4.2.	ESCISIÓN DE LESIÓN DE LABIO
27.4.3.	ESCISIÓN DE LESIÓN EN MUCOSA ORAL
27.4.4.	RESECCIÓN DE FOSETAS LABIALES
27.4.9.	OTRA ESCISIÓN DE BOCA
27.5.1.	SUTURA DE LACERACIÓN EN LABIO
27.5.2.	SUTURA DE LACERACIÓN EN OTRA PARTE DE LA BOCA
27.5.3.	CIERRE DE FISTULA DE BOCA
27.5.4.	REPARACIÓN EN LABIO FISURADO (QUEILOPLASTIA)
27.5.5.	INJERTO DE PIEL DE GROSOR TOTAL APLICADO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL
27.5.6.	OTRO INJERTO DE PIEL APLICADO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL
27.5.7.	UNIÓN DE PEDÍCULO O DE COLGAJO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL
27.5.8.	PROFUNDIZACIÓN EN PISO DE BOCA
27.5.9.	PROFUNDIZACIÓN EN SURCO VESTIBULAR
27.6.1.	SUTURA DE LACERACIÓN EN PALADAR
27.6.2.	CORRECCIÓN EN PALADAR
27.6.3.	REVISIÓN DE REPARACIÓN DE PALADAR FISURADO
27.7.1.	INCISIÓN DE ÚVULA
27.7.2.	RESECCIÓN DE ÚVULA
27.7.3.	REPARACIÓN DE ÚVULA
27.8.2.	INCISIÓN DE CAVIDAD BUCAL, ESTRUCTURA NO ESPECIFICADA
27.8.3.	OTRAS PLASTIAS EN CAVIDAD BUCAL
27.8.4.	CORRECCIÓN DE MACRO O MICROSTOMA
28.0.0.	DRENAJE EN AMÍGDALAS O ESTRUCTURAS PERIAMIGDALARES
28.2.1.	AMIGDALECTOMIA
28.4.1.	RESECCIONES DE RESTOS ADENOAMIGDALINOS

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

28.5.1.	RESECCIÓN DE AMIGDALA LINGUAL, BANDAS FARINGEAS LATERALES Y MEMBRANA CONGÉNITA
28.6.1.	ADENOIDECTOMÍA
28.7.1.	REVISIÓN Y CONTROL POR HEMORRAGIA POS ADENOAMIGDALECTOMÍA
28.9.1.	BIOPSIA DE AMIGDALA O ADENOIDE
29.0.0.	EXPLORACIÓN DE ÁREA FARINGEA E HIPOFARINGEA
29.0.2.	FARINGOSTOMÍA
29.0.3.	EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRANOS ENCLAVADOS EN FARINGE
29.0.4.	DRENAJE DE FARINGE
29.1.1.	FARINGOSCOPIA
29.1.2.	BIOPSIAS EN FARINGE
29.3.1.	MIOTOMÍA CRICOFARINGEA
29.3.3.	RESECCIÓN PARCIAL DE FARINGE [FARINGECTOMIA]
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (29.3.3.), salvo la Subcategoría	
29.3.3.11 Divercutilopexia faringea vía endoscópica	
29.3.4.	RESECCIÓN TOTAL DE FARINGE
29.3.5.	RESECCIÓN RADICAL DE OROFARINGE (MONOBLOQUE)
29.4.0.	DILATACIÓN DE FARINGE
29.4.1.	CORRECCIÓN DE ATRESIA NASOFARINGEA
29.4.2.	CORRECCIÓN DE ESTENOSIS NASOFARINGEA
29.4.3.	CIERRE DE OTRA FÍSTULA FARINGEA
29.4.4.	LISIS DE ADHERENCIAS FARINGEAS
29.5.1.	SUTURA DE LACERACIÓN EN FARINGE
29.5.2.	RESECCIONES DE LESIONES DE HENDIDURA BRANQUIAL
29.5.6.	OTRAS PLASTIAS EN FARINGE
29.5.7.	RECONSTRUCCIÓN DE FARINGE
29.6.4.	IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE NEUROESTIMULADOR DE NERVIPO HIPOGLOSO
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (29.6.4.), salvo las Subcategorías	
29.6.4.02 Implantación o sustitución de circuito de nervio hipogloso	
29.6.4.03 Implantación o sustitución de estimulador de nervio hipogloso	
29.6.5.	EXTRACCIÓN DE NEUROESTIMULADOR DE NERVIPO HIPOGLOSO
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (29.6.5.), salvo la Subcategoría	
29.6.5.02 Extracción de circuito de nervio hipogloso	
29.6.5.03 Extracción de estimulador de nervio hipogloso	
30.0.1.	RESECCIÓN DE QUISTE LARINGEO
30.0.2.	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN EN LARINGE
30.0.4.	RESECCIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS EN LARINGE
30.1.0.	LARINGECTOMÍA SUPRACRICOIDEA
30.1.1.	LARINGECTOMÍA PARCIAL O HEMILARINGECTOMÍA
30.1.2.	EPIGLOTIDECTOMÍA
30.1.3.	RESECCIÓN DE ARITENOIDEOS [ARITENOIDECTOMÍA]
30.1.4.	CORDECTOMÍA VOCAL
30.2.0.	SUTURA DE LACERACIÓN DE LARINGE
30.2.1.	CIERRE DE FÍSTULA DE LARINGE
30.2.3.	REPARACIÓN DE FRACTURA O LUXACIÓN LARINGEA
30.2.4.	RECONSTRUCCIÓN LARINGEA O PEXIAS EN LARINGE
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (30.2.4.), salvo la Subcategoría	
30.2.4.13 Glotoplastia vía abierta	
30.2.5.	REINERVAÇÃO DE LARINGE CON PEDICULO NEUROMUSCULAR
30.3.1.	EXTIRPACIÓN DE LARINGE Y FARINGE [LARINGOFARINGECTOMIA]
30.3.2.	LARINGECTOMÍA TOTAL
30.4.1.	LARINGECTOMÍA RADICAL
30.5.1.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRANO DE LARINGE
30.6.0.	EXPLORACIÓN DE LARINGE VÍA ENDOSCÓPICA [LARINGOSCOPIA]
30.6.1.	BIOPSIA DE LARINGE
30.6.2.	DILATACIÓN DE LA LARINGE
30.6.3.	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO LARINGEO
30.6.4.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO LARINGEO
30.6.5.	INYECCIÓN EN LARINGE
31.1.1.	CRICOTIROTOMÍA
31.1.3.	TRAQUEOSTOMÍA
31.1.4.	PUNCIÓN (ASPIRACION) TRANSTRAQUEAL

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (31.1.4.), salvo la Subcategoría

31.1.4.02 Punción (aspiración) transtráqueal vía endoscópica

31.3.1.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE TRÁQUEA
31.3.3.	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVOS EN TRÁQUEA
31.3.4.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS EN TRÁQUEA
31.4.1.	TRAQUEOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL
31.4.6.	BIOPSIA DE TRÁQUEA
31.5.0.	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN EN TRÁQUEA VIA ABIERTA
31.5.1.	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIONES EN TRÁQUEA VIA ENDOSCÓPICA
31.7.1.	SUTURA DE LACERACIÓN DE TRÁQUEA
31.7.2.	CIERRE DE FÍSTULA EXTERNA EN TRÁQUEA
31.7.3.	CIERRE DE FÍSTULAS TRAQUEOESOFÁGICAS
31.7.4.	REVISIÓN DE TRAQUEOSTOMÍA
31.7.5.	RECONSTRUCCIÓN TRAQUEAL O LARINGOTRAQUEAL
31.9.0.	TRAQUEOPEXIAS
31.9.2.	DILATACIÓN DE TRÁQUEA
31.9.5.	FISTULIZACIÓN TRAQUEOESOFÁGICA
31.9.6.	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN TRÁQUEA

Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (31.9.6.), salvo la Subcategoría

31.9.6.02 Inyección intratráqueal de sustancia terapéutica vía percutánea

32.0.0.	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN BRONQUIO CON BRONCOPLASTIA
32.0.2.	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO BRONQUIAL VIA ENDOSCÓPICA
32.1.0.	CIERRE DE FÍSTULA BRONQUIAL
32.1.2.	RECONSTRUCCIÓN DE BRONQUIO [BRONCOPLASTIA]
32.1.3.	CIERRE DE LACERACION DE BRONQUIO Y PULMON
32.1.4.	DILATACIÓN BRONQUIAL
32.1.5.	INSERCIÓN DE DISPOSITIVOS EN BRONQUIO
32.1.6.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS EN BRONQUIO
32.1.7.	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN BRONQUIO O PULMÓN
32.2.1.	RESECCIÓN DE BULAS
32.2.2.	REDUCCIÓN DE VOLUMEN PULMONAR
32.2.8.	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO PULMONAR
32.4.1.	LOBECTOMÍA SEGMENTARIA O RESECCIÓN EN CUÑA
32.4.2.	LOBECTOMÍA TOTAL PULMONAR

Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (32.4.2.), salvo las Subcategorías

32.4.2.05 Lobectomía total pulmonar (donante vivo) vía abierta

32.4.2.06 Lobectomía total pulmonar (donante vivo) por toracoscopia

32.5.1.	NEUMONECTOMÍA SIMPLE
32.5.2.	NEUMONECTOMÍA RADICAL
32.5.3.	NEUMONECTOMÍA CON DECORTICACIÓN CONCOMITANTE [PLEURONEUMONECTOMÍA]
32.5.4.	OBTENCIÓN DE PULMÓN PARA TRASPLANTE
32.6.1.	DISECCIÓN EN BLOQUE DE ESTRUCTURAS TORÁCICAS
32.7.0.	TRASPLANTE UNILATERAL DE PULMÓN
32.7.1.	TRASPLANTE BILATERAL DE PULMÓN
32.8.0.	TRASPLANTE DE PULMÓN CORAZÓN
33.2.1.	BRONCOSCOPÍAS A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL
33.2.2.	BRONCOSCOPÍAS

Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (33.2.2.), salvo las Subcategorías

33.2.2.08 Broncoscopia con autofluorescencia

33.2.2.09 Broncoscopia con tomografía de coherencia óptica

33.2.4.	BIOPSIA BRONQUIAL VIA ENDOSCÓPICA
33.2.5.	BIOPSIA BRONQUIAL VIA ABIERTA
33.2.6.	BIOPSIAS CERRADAS DE PULMÓN VIA PERCUTÁNEA
33.2.7.	BIOPSIAS DE PULMÓN VIA ENDOSCÓPICA
33.2.8.	BIOPSIAS DE PULMÓN VIA ABIERTA
33.2.9.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN BRONQUIO O PULMON
34.0.2.	TORACOTOMÍAS
34.0.3.	TORACOSTOMÍA ABIERTA CON RESECCIÓN COSTAL
34.0.4.	TORACOSTOMÍA CERRADA
34.0.5.	BIOPSIA DE PARED TORÁCICA
34.0.6.	ESCISION O ABLACIÓN DE LESIÓN DE PARED TORÁCICA
34.0.7.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O DISPOSITIVO EN PARED TORÁCICA

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

34.0.8.	SUTURA DE LACERACIONES DE PARED TORÁCICA
34.0.9.	RECONSTRUCCIÓN DE LA PARED TORÁCICA
34.1.0.	MEDIASTINOSCOPIA
34.1.1.	EXPLORACIÓN Y DRENAJE EN MEDIASTINO
34.1.2.	BIOPSIA DE MEDIASTINO
34.1.3.	RESECCIÓN DE QUISTE O TUMOR BENIGNO EN MEDIASTINO
34.1.4.	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO EN MEDIASTINO
34.1.5.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE MEDIASTINO
34.2.1.	TORACOSCOPIA
34.5.0.	TORAGENTESIS
34.5.1.	PLEURECTOMIA PARIETAL
34.5.2.	PLEUROESCLEROSIS
34.5.3.	DECORTICACION PULMONAR
34.5.4.	BIOPSIAS DE PLEURA
34.5.5.	RESECCIONES DE LESIONES EN PLEURA
34.5.6.	INSERCIÓN DE CATÉTER PLEURAL PERMANENTE
34.8.0.	BIOPSIA DE DIAFRAGMA
34.8.1.	ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE DIAFRAGMA
34.8.2.	SUTURA DE LACERACIÓN DIAFRAGMÁTICA
34.8.3.	CIERRE DE FISTULA DE DIAFRAGMA
34.8.5.	IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS DIAFRAGMÁTICO
34.8.6.	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACION
34.9.4.	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUÉS DE INTERVENCIONES INTRATORÁCICAS
35.1.1.	VALVULOPLASTIA AÓRTICA
35.1.2.	VALVULOPLASTIA MITRAL
35.1.3.	VALVULOPLASTIA PULMONAR
35.1.4.	VALVULOPLASTIA TRICUSPÍDEA
35.1.5.	PERFORACIÓN DE VÁLVULA PULMONAR
35.1.6.	PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULO PAPILAR
35.1.7.	PROCEDIMIENTOS EN CUERDAS TENDINOSAS
35.1.8.	ANULOPLASTIA
35.2.0.	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA PULMONAR
35.2.1.	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA AÓRTICA
35.2.2.	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA MITRAL
35.2.3.	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA TRICUSPÍDEA
35.2.4.	OTROS REEMPLAZOS VALVULARES
35.2.5.	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA
35.2.8.	EXCLUSIONES DE VÁLVULAS CARDÍACAS
35.2.9.	ESCISIÓN DE LAS VÁLVULAS CARDÍACAS
35.3.0.	CORRECCIÓN DE PARAFUGAS
35.3.5.	PROCEDIMIENTOS EN TRABÉCULAS DEL CORAZÓN
35.3.9.	PROCEDIMIENTOS EN OTRAS ESTRUCTURAS ADYACENTES A LAS VÁLVULAS CARDÍACAS
35.4.1.	ATRIOSEPTOSTOMIA (CREACIÓN O AMPLIACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR)
35.4.2.	ATRIOSEPTOSTOMIA CON BALÓN
35.4.3.	VENTRICULOSEPTOSTOMIA
35.5.1.	REPARACIÓN DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR [CIA]
35.5.2.	REPARACIÓN DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR [CIV]
35.6.1.	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR CON INJERTO DE TEJIDO
35.6.2.	REPARACIÓN DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR CON INJERTO DE TEJIDO
35.8.0.	REPARACIÓN DE CANAL ATRIO-VENTRICULAR
35.8.1.	REPARACIÓN DE LA TETRALOGÍA DE FALLOT
35.8.2.	REPARACIÓN COMPLETA DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO
35.8.3.	REPARACIÓN TOTAL DE TRONCO ARTERIOSO
35.8.4.	REPARACIÓN DOBLE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO
35.8.5.	REPARACIÓN DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO
35.8.6.	REPARACIÓN DE HIPOPLASIA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO
35.8.7.	REPARACIÓN COARTACIÓN AÓRTICA
35.8.8.	CORRECCIÓN TOTAL TRANSPOSICIÓN DE GRANDES VASOS
35.8.9.	REPARACION DE DUCTUS ARTERIOSO
35.9.2.	CREACIÓN DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRÍCULO DERECHO Y LA ARTERIA PULMONAR
35.9.3.	CREACIÓN DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y LA AORTA

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)." 702

35.9.4.	DERIVACIONES SISTÉMICO-PULMONAR (EXCLUSIÓN FUNCIONAL DEL VENTRÍCULO PULMONAR)
35.9.5.	REVISIÓN DE PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN EL CORAZÓN
35.9.7.	CERCLAJE DE ARTERIA PULMONAR
35.9.8.	REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE ARTERIA PULMONAR O RAMAS
36.0.1.	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) SIN USO DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA
36.0.2.	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) CON USO DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA
36.0.3.	ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CORONARIA CON TÓRAX ABIERTO
36.0.4.	INFUSIÓN ARTERIAL INTRACORONARIA DE TROMBOLÍTICOS [TROMBOLISIS INTRACORONARIA]
36.0.5.	ANGIOPLASTIA CORONARIA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) (ATERECTOMÍA CORONARIA) REALIZADA DURANTE LA MISMA INTERVENCIÓN
36.0.6.	INSERCIÓN O IMPLANTE DE PRÓTESIS INTRACORONARIA (STENT)
36.1.6.	ANASTOMOSIS CORONARIA DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR
36.1.8.	ANASTOMOSIS CORONARIA DE ARTERIA CIRCUNFLEJA
36.1.9.	ANASTOMOSIS DE ARTERIA CORONARIA DERECHA
36.3.2.	REINTERVENCIÓN DE REVASCULARIZACIÓN CARDÍACA (DERIVACIÓN O PUENTES CORONARIOS)
36.9.1.	REPARACIÓN DE ANEURISMA DE VASO CORONARIO
36.9.2.	REPARACIÓN DE FISTULA CORONARIA
36.9.3.	OTRA REPARACIÓN DE FISTULA A CAVIDAD CARDÍACA
36.9.4.	OTRA REPARACION DE FISTULA EXTRA CARDÍACA
36.9.5.	CORRECCIÓN DE ORIGEN ANÓMALO DE CORONARIA IZQUIERDA
37.0.1.	PUNCIÓN O ASPIRACIÓN EN PERICARDIO [PERICARDIOCENTESIS]
37.1.2.	EXTIRPACIÓN DE PERICARDIO [PERICARDIOTOMÍA]
37.2.1.	CATETERISMO O ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO DEL LADO DERECHO DEL CORAZÓN
37.2.2.	CATETERISMO O ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZÓN
37.2.3.	CATETERISMO O ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZÓN
37.2.4.	CATETERISMO O ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO CON PUNCIÓN TRANSEPTAL EN CORAZÓN
37.2.5.	ESTIMULACIÓN ELECTROFISIOLÓGICA CARDÍACA Y ESTUDIOS DE REGISTRO
37.2.6.	BIOPSIA DE PERICARDIO
37.2.7.	BIOPSIA DE CORAZÓN
37.2.8.	MAPEO ELÉCTRICO Y ANATÓMICO DEL CORAZÓN Y ESTRUCTURAS VASCULARES
37.3.1.	INCISIÓN DE PERICARDIO [PERICARDIECTOMÍA]
37.3.2.	ESCISIÓN DE ANEURISMA DE CORAZÓN
37.3.3.	ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DEL CORAZÓN
37.3.4.	ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO CARDÍACO
37.3.6.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRACARDÍACO
37.3.7.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERICÁRDICO
37.4.1.	CARDIORRAFIA
37.4.2.	REPARACIÓN DE CORAZÓN POR RUPTURA POSTINFARTO
37.4.3.	PERICARDIORRAFIA
37.5.1.	TRASPLANTE CARDÍACO
37.5.2.	OBTENCIÓN DE CORAZÓN PARA TRASPLANTE
37.6.1.	IMPLANTACIÓN DE BALÓN CONTRAPULSACIÓN
37.6.4.	EXTRACCIÓN O RETIRO DE SISTEMA DE ASISTENCIA CARDÍACA
37.6.7.	IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDÍACA EXTERNO O INTERNO
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (37.6.7.), salvo la Subcategoría	
37.6.7.04 Implante de un sistema de asistencia cardiaca definitivo (dispositivo conectado directamente al corazón e implantado dentro del cuerpo) biventricular	
37.8.0.	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MONITORES DE EVENTOS
37.8.1.	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASO TEMPORAL (TRANSITORIO)
37.8.2.	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASOS UNICAMERALES
37.8.3.	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASOS BICAMERALES
37.8.4.	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE RESINCRONIZADORES CARDÍACOS
37.8.5.	SUSTITUCIÓN, REVISIÓN (PROGRAMACIÓN) DE DISPOSITIVOS DE ESTIMULACIÓN CARDÍACA
37.8.6.	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DEFIBRILADOR)
37.8.7.	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE ELECTRODO EPICÁRDICO

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

37.8.9.	EXPLANTE O ELIMINACION DE DISPOSITIVO DE ESTIMULACIÓN CARDÍACA O EXTRACCIÓN INSTRUMENTADA DE ELECTRODOS
37.9.0.	CIERRE U OCLUSIÓN DE AURICULILLA
37.9.1.	MASAJE CARDÍACO A TÓRAX ABIERTO
37.9.2.	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN CORAZÓN
37.9.3.	DILATACIÓN DE TRACTO DE SALIDA VENTRICULAR DERECHO
38.0.0.	TROMBECTOMÍA DE VASOS VÍA PERCUTÁNEA (ENDOSVASCULAR)
38.0.1.	TROMBECTOMÍA MECÁNICA Y TROMBOLISIS FARMACOLÓGICA DE VASOS INTRACRANEALES
38.0.2.	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO
38.0.3.	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES
38.0.4.	TROMBOEMBOLECTOMIA EN VASOS TORÁCICOS
38.0.5.	TROMBOEMBOLECTOMIA EN VASOS ESPINALES
38.0.6.	TROMBOEMBOLECTOMIA EN ARTERIAS ABDOMINALES
38.0.7.	TROMBOEMBOLECTOMIA EN VENAS ABDOMINALES
38.0.8.	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES
38.0.9.	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES
38.1.1.	ENDARTERECTOMIA EN VASOS INTRACRANEALES
38.1.2.	ENDARTERECTOMIA DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO
38.1.3.	ENDARTERECTOMIA DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES
38.1.4.	ENDARTERECTOMIA DE AORTA
38.1.5.	ENDARTERECTOMIA EN VASOS TORÁCICOS
38.1.6.	ENDARTERECTOMIA EN ARTERIAS ABDOMINALES
38.1.8.	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES
38.2.1.	BIOPSIA DE VASO SANGUÍNEO
38.2.3.	PRUEBAS FUNCIONALES EN VASOS SANGUÍNEOS
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (38.2.3.), salvo la subcategoría	
38.2.3.02 Prueba funcional en vasos espinales	
38.3.1.	RESECCIÓN O EMBOLIZACIÓN DE MALFORMACIONES VASCULARES DE VASOS INTRACRANEALES
38.3.2.	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO
38.3.3.	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES
38.3.4.	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN AORTA
38.3.5.	RESECCIÓN CON O SIN ANASTOMOSIS EN VASOS ESPINALES
38.3.6.	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN ARTERIAS ABDOMINALES
38.3.7.	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN VENAS ABDOMINALES
38.3.8.	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES
38.3.9.	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES
38.4.2.	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO
38.4.3.	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES
38.4.4.	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE AORTA ABDOMINAL
38.4.5.	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VASOS TORÁCICOS
38.4.6.	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE ARTERIAS ABDOMINALES
38.4.7.	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VENAS ABDOMINALES
38.4.8.	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES
38.4.9.	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES
38.5.1.	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS INTRACRANEALES
38.5.2.	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO, LIGADURA O EMBOLIZACIÓN DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO
38.5.3.	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES
38.5.4.	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS ESPINALES
38.5.5.	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS TORÁCICOS
38.5.6.	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES
38.5.7.	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES
38.5.8.	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES
38.5.9.	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURAS DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES
38.6.1.	TOMA DE INJERTO ARTERIAL
38.6.2.	TOMA DE INJERTO VENOSO
38.6.3.	ESCLEROSIS DE LESIÓN EN VASOS SANGUÍNEOS
38.6.4.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO)
38.7.2.	LIGADURA DE VENA CAVA (INFERIOR) (SUPERIOR)
38.7.3.	INSERCIÓN DE IMPLANTE O FILTRO EN VENA CAVA
38.8.7.	LIGADURA Y ESCISIÓN DE VENAS VARICOSAS ABDOMINALES
38.8.8.	LIGADURA O ESCISIÓN DE VENAS VARICOSAS PÉLVICAS

23 DIC 2021

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

38.8.9.	LIGADURA Y ESCISIÓN DE VENAS VARICOSAS EN MIEMBROS INFERIORES
38.9.0.	IMPLANTACIÓN DE CATÉTER ARTERIAL
38.9.1.	IMPLANTACIÓN DE CATÉTER VENOSO
38.9.2.	CATETERISMO DE VENA UMBILICAL
38.9.3.	CATETERISMO O CANALIZACIÓN DE VENA
38.9.4.	DISECCIÓN VENOSA
38.9.5.	CATETERIZACIÓN VENOSA PARA DIÁLISIS RENAL
38.9.9.	OTRA PUNCIÓN DE VENA
39.0.1.	ANASTOMOSIS (INJERTO) AORTA ASCENDENTE-ARTERIA PULMONAR
39.0.2.	ANASTOMOSIS (INJERTO) SUBCLAVIA-PULMONAR
39.1.2.	DERIVACIÓN VENOSA EN CUELLO
39.1.7.	DERIVACIÓN VENOSA INTRAABDOMINAL
39.2.0.	DERIVACIÓN O PUENTE VASCULAR EXTRACRANEAL-INTRACRANEANO
39.2.2.	DERIVACIÓN AORTA-SUBCLAVIA-CAROTÍDEA
39.2.4.	DERIVACIÓN AORTA-RENAL
39.2.5.	DERIVACIÓN AORTA-ILIACA-FEMORAL
39.2.6.	OTRAS DERIVACIONES VASCULARES INTRABDOMINALES O EXTRA-ANATÓMICAS
39.2.7.	ARTERIOVENOSTOMÍA PARA DIÁLISIS RENAL
39.2.8.	DERIVACIÓN O PUENTES EN VASOS PERIFÉRICOS
39.3.2.	SUTURA DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO
39.3.3.	SUTURA DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES
39.3.6.	SUTURA DE ARTERIAS ABDOMINALES
39.3.7.	SUTURA DE VENAS ABDOMINALES
39.3.8.	SUTURA DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES
39.3.9.	SUTURA DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES
39.4.1.	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUÉS DE CIRUGÍA VASCULAR
39.4.2.	REVISIÓN DE DERIVACIÓN (FÍSTULA) ARTERIOVENOSA PARA DIÁLISIS RENAL
39.4.3.	EXTRACCIÓN DE DERIVACIÓN ARTERIOVENOSA PARA DIÁLISIS RENAL
39.5.0.	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA EN VASOS NO CORONARIOS CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S)
39.5.1.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN VASOS
39.5.2.	OTRA REPARACIÓN DE ANEURISMA
39.5.3.	CIERRE DE FÍSTULAS VASCULARES
39.5.4.	OPERACIÓN DE RE-ENTRADA (AORTA)
39.5.6.	REPARACIÓN DE VASO SANGUÍNEO CON INJERTO DE PARCHE DE TEJIDO
39.5.7.	REPARACIÓN DE VASO SANGUÍNEO CON INJERTO DE PARCHE SINTÉTICO
39.5.8.	REPARACIÓN DE VASO SANGUÍNEO CON INJERTO DE PARCHE NO ESPECIFICADO
39.6.1.	CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA AUXILIAR PARA CIRUGÍA CARDIACA ABIERTA
39.6.2.	HIPOTERMIA (SISTÉMICA) ACCESORIA DE CIRUGÍA CARDIACA ABIERTA
39.6.5.	OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA DE LA MEMBRANA [ECMO]
39.7.2.	EXPLORACIÓN DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO
39.7.3.	EXPLORACIÓN DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES
39.7.4.	EXPLORACIÓN DE AORTA ABDOMINAL
39.7.5.	EXPLORACIÓN DE VASOS TORÁCICOS
39.7.6.	EXPLORACIÓN EN ARTERIAS ABDOMINALES
39.7.7.	EXPLORACIÓN DE VENAS ABDOMINALES
39.7.8.	EXPLORACIÓN DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES
39.7.9.	EXPLORACIÓN DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES
39.8.0.	RESECCIÓN DE LESIÓN EN CUERPO CAROTÍDEO
39.8.1.	IMPLANTACIÓN EN CUERPO CAROTÍDEO DE MARCAPASOS O ESTIMULADOR ELECTRÓNICO
39.9.0.	COLOCACIÓN DE OTROS DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES
39.9.1.	LIBERACIÓN DE VASO SANGUÍNEO (ADHERENCIAS DE HAZ VASCULAR)
39.9.2.	INYECCIÓN DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA (ESCLEROTERAPIA)
39.9.4.	SUSTITUCIÓN O REVISIÓN DE CÁNULA VASO A VASO
39.9.5.	TERAPIAS DIALÍTICAS INTERMITENTES
39.9.6.	PERFUSIÓN DE CUERPO ENTERO (SISTÉMICA)
39.9.7.	PERFUSIÓN LOCAL (REGIONAL)
39.9.8.	TERAPIAS DIALÍTICAS CONTINUAS
39.9.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE VASOS
40.1.0.	BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO CENTINELA
40.1.1.	BIOPSIA DE ESTRUCTURA LINFÁTICA
40.1.2.	BÚSQUEDA DE LESIÓN OCULTA
40.2.1.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DEL GANGLIO LINFÁTICO CERVICAL PROFUNDO
40.2.2.	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO MAMARIO

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

40.2.3.	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO AXILAR
40.2.4.	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO INGUINAL
40.2.5.	ESCISIÓN DE HIGROMA QUÍSTICO DE CUELLO
40.2.6.	ESCISIÓN DE LINFANGIOMA DE CUELLO
40.3.0.	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO REGIONAL EXTENDIDA AL ÁREA DE DRENAJE LINFÁTICO, INCLUSO PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO
40.4.0.	VACIAMIENTO LINFÁTICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO
40.4.4.	VACIAMIENTO LINFÁTICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE CUELLO
40.5.1.	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO AXILAR
40.5.2.	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO (LINFADENECTOMÍA) TORACICO O MEDIASTINAL
40.5.3.	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO INGUINO ILIACO
40.5.4.	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO ABDOMINO PÉLVICO
40.5.5.	ESCISIÓN RADICAL DE GANGLIOS LINFÁTICOS RETROPERITONEALES
40.5.6.	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO DE MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES
40.6.3.	CIERRE DE FISTULA DEL CONDUCTO TORÁCICO
40.6.4.	LIGADURA DEL CONDUCTO TORÁCICO
40.6.5.	DERIVACIÓN LINFOVENOSA
40.6.6.	LIGADURA (OBLITERACIÓN) EN EL AREA ILÍACA
40.7.1.	ANASTOMOSIS DE VASOS LINFÁTICOS
40.7.2.	LINFANGIORRAFIA
40.7.3.	LINFANGIOPLASTIA
40.7.4.	TRASPLANTE DE LINFÁTICOS AUTÓGENOS
41.0.5.	TRASPLANTE AUTÓLOGO
41.0.6.	TRASPLANTE ALOGÉNICO
41.3.1.	BIOPSIA DE MÉDULA OSEA
41.3.2.	BIOPSIAS DE BAZO
41.4.1.	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ESPLÉNICO
41.4.2.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE BAZO
41.4.3.	ESPLENECTOMÍA PARCIAL
41.4.4.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL BAZO
41.4.5.	ESCISIÓN DE BAZO ACCESORIO
41.5.1.	ESPLENECTOMÍA TOTAL
41.6.1.	ESPLENORRAFIA
41.9.1.	ASPIRACIÓN DE MÉDULA OSEA DE DONANTE
41.9.2.	INYECCIÓN DE MÉDULA OSEA
42.0.1.	DRENAJE DE COLECCIÓN DE ESÓFAGO POR ESOFAGOTOMÍA
42.1.1.	ESOFAGOSTOMÍA CON MIOTOMÍA CERVICAL
42.2.0.	ESOFAGOSCOPIA
42.2.6.	BIOPSIA DE ESÓFAGO
42.3.0.	DIVERTICULOSTOMÍA DE ESÓFAGO
42.3.1.	DIVERTICULECTOMÍA DE ESÓFAGO
42.3.2.	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE ESÓFAGO
42.3.3.	ESCISIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO DE ESÓFAGO
42.4.1.	ESOFAGECTOMÍA PARCIAL
42.4.2.	ESOFAGECTOMÍA TOTAL
42.5.1.	ESOFAGOESOFAGOSTOMÍA VÍA INTRATORÁCICA O CERVICAL
42.5.2.	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON ESTOMAGO
42.5.3.	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DEL INTESTINO DELGADO
42.5.5.	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICION DE COLON
42.5.8.	REPARACIÓN DE PERFORACIÓN O FISTULA ESOFÁGICA
42.7.1.	ESOFAGOTOMÍA CERVICAL
42.7.2.	ESOFAGOTOMÍA TRANSTORÁCICA CON MIOTOMÍA
42.7.3.	ESOFAGOTOMÍA CON MIOTOMÍA EN ESPIRAL
42.7.4.	ESOFAGOCARDIOMIOTOMÍA ABDOMINAL O TORÁCICA [HELLER]
42.8.1.	INSERCIÓN DE TUBO O PRÓTESIS (STENT) PERMANENTE EN ESÓFAGO
42.8.2.	SUTURA POR LACERACIÓN DE ESÓFAGO
42.8.3.	CIERRE DE ESOFAGOSTOMÍA
42.8.5.	REPARACIÓN DE ESTENOSIS ESOFÁGICA
42.8.7.	REPARACIÓN DE ATRESIA ESOFÁGICA
42.9.1.	LIGADURA DE VÁRICES ESOFÁGICAS
42.9.2.	DILATACIÓN DE ESÓFAGO
42.9.3.	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DISPOSITIVO EN ESÓFAGO
42.9.4.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O LESIÓN LOCALIZADA EN ESÓFAGO CON REPARO PRIMARIO

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

42.9.5.	INSERCIÓN DE OTROS DISPOSITIVOS ESOFAGOGÁSTRICOS
42.9.6.	REPOSICIONAMIENTO O EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO EN ESÓFAGO
43.0.1.	GASTROTOMÍA
43.1.0.	GASTROSTOMÍAS
43.3.1.	PILOROMIOTOMÍAS
43.4.0.	ESCISIÓN ENDOSCÓPICA DE PÓLIPOS GÁSTRICOS
43.4.1.	ABORDAJE ENDOSCÓPICO DE VÁRICES GÁSTRICAS
43.4.2.	RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TUMOR SUBMUCOSO GÁSTRICO
43.4.5.	MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA GÁSTRICA
43.6.1.	GASTRODUODENOSTOMÍA
43.7.1.	GASTROYEYUNOSTOMÍA
43.8.1.	GASTRECTOMÍA SUBTOTAL RADICAL
43.8.2.	GASTRECTOMÍA PARCIAL, CON RECONSTRUCCIÓN CON O SIN VAGOTOMÍA
43.8.3.	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSIÓN PILÓRICA
43.8.4.	GASTRECTOMÍA VERTICAL
43.8.5.	REINTERVENCIÓN GASTRECTOMÍA VERTICAL
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (43.8.5.), salvo la subcategoría	
43.8.5.01 Reintervención o revisión de gastrectomía vertical [manga gástrica] vía abierta	
43.9.0.	GASTRECTOMÍA TOTAL O TOTAL RADICAL
43.9.1.	RECONSTRUCCIÓN GÁSTRICA CON INTERPOSICIÓN INTESTINAL
43.9.2.	RECONSTRUCCIÓN GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX
43.9.3.	ESOFAGOGASTRECTOMÍA
44.0.1.	VAGOTOMÍA TRONCAL CON O SIN PILOROPLASTIA
44.0.2.	VAGOTOMÍA SELECTIVA O SUPRASELECTIVA
44.1.1.	GASTROSCOPIA TRANSABDOMINAL
44.1.2.	GASTROSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL
44.1.3.	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA
44.1.5.	BIOPSIA ABIERTA DEL ESTÓMAGO
44.2.1.	DILATACION DE PÍLORO MEDIANTE INCISIÓN
44.2.2.	DILATACION ENDOSCÓPICA DE PÍLORO O ANASTOMOSIS GASTROENTÉRICA
44.2.4.	PILOROPLASTIAS
44.4.0.	SUTURA DE ÚLCERA PERFORADA CON O SIN VAGOTOMIA CON EPIPLOPLASTIA
44.4.1.	SUTURA DE ÚLCERA GÁSTRICA
44.4.2.	SUTURA DE ÚLCERA DUODENAL
44.4.3.	CONTROL DE HEMORRAGIA GÁSTRICA O DUODENAL (ENDOSCÓPICA)
44.5.1.	REANASTOMOSIS DEL ESTÓMAGO POR DEHISCENCIA DE LA SUTURA
44.6.1.	SUTURA DE DESGARRO O HERIDA DE ESTÓMAGO [GASTRORRAFIA]
44.6.2.	CIERRE DE GASTROSTOMIA
44.6.3.	CIERRE DE OTRA FISTULA GÁSTRICA
44.6.4.	GASTROPEXIA
44.6.5.	ESOFAGOGASTROPLASTIA
44.6.6.	OTROS PROCEDIMIENTOS PARA CREACIÓN DE COMPETENCIA ESFINTERIANA ESOFÁGICO-GÁSTRICA
44.9.0.	ABLACIÓN DE LESIÓN GÁSTRICA
44.9.1.	LIGADURA DE VÁRICES GÁSTRICAS
44.9.2.	MANIPULACIÓN INTRAOPERATORIA DE ESTÓMAGO (REDUCCIÓN DE VÓLVULO)
44.9.3.	INSERCIÓN O REVISIÓN DE DISPOSITIVO GÁSTRICO
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (44.9.3.), salvo las subcategorías	
44.9.3.03 Inserción de dispositivo perigástrico restrictivo (fijo o ajustable) por laparoscopia	
44.9.3.04 Revisión de dispositivo perigástrico restrictivo (fijo o ajustable) vía abierta	
44.9.3.05 Revisión de dispositivo perigástrico restrictivo (fijo o ajustable) por laparoscopia	
44.9.3.06 Conversión de cirugía con dispositivo perigástrico restrictivo (fijo o ajustable) a otra cirugía vía abierta	
44.9.4.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO GÁSTRICO
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (44.9.4.), salvo la subcategoría	
44.9.4.02 Extracción de dispositivo perigástrico restrictivo (fijo o ajustable) vía abierta	
44.9.5.	BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE DUODENAL PARA REFLUJO DUODENOGÁSTRICO
44.9.6.	BAIPÁS O DERIVACION O PUENTE GÁSTRICO
44.9.7.	DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA
44.9.8.	REINTERVENCIÓN O REVISIÓN DE CIRUGÍA TIPO BAIPÁS O DERIVACION O PUENTE GÁSTRICO
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (44.9.8.), salvo las subcategorías	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC)"

44.9.8.03 Conversión de cirugía tipo baipás o derivación o puente gástrico a otra cirugía vía abierta	
44.9.8.05 Reversión de baipás o derivación o puente gástrico vía abierta	
45.0.0.	ENTEROTOMÍA
45.0.6.	DRENAJE DE COLECCIÓN DE DIVERTÍCULO
45.1.1.	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO DELGADO
45.1.2.	ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL
45.1.3.	OTRAS ENDOSCOPIAS DE INTESTINO DELGADO
45.1.5.	BIOPSIA ABIERTA DE INTESTINO DELGADO
45.2.1.	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO GRUESO
45.2.2.	ENDOSCOPIA DE INTESTINO GRUESO A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL
45.2.3.	COLONOSCOPIA
45.2.4.	SIGMOIDOSCOPIA
45.2.5.	BIOPSIAS DE INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA
45.2.6.	BIOPSIA ABIERTA DE INTESTINO GRUESO
45.3.0.	RESECCIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN DE DUODENO
45.3.1.	OTRA ELIMINACIÓN O ESCISIÓN DE LESIÓN DE DUODENO
45.3.3.	ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO
45.4.1.	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO
45.4.2.	RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO
45.4.3.	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN INTESTINO GRUESO
45.5.1.	AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO DELGADO
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (45.5.1.), salvo la subcategoría	
45.5.1.02 Aislamiento de segmento de intestino delgado vía laparoscópica	
45.5.2.	AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO GRUESO
45.6.0.	RESECCIÓN SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO
45.6.1.	RESECCIÓN SEGMENTARIA MÚLTIPLE DE INTESTINO DELGADO
45.6.2.	OTRA RESECCIÓN PARCIAL DE INTESTINO DELGADO
45.6.3.	RESECCIÓN TOTAL DE INTESTINO DELGADO
45.6.4.	RESECCIÓN INTESTINAL CONDUCTO ONFALOMESENTERICO
45.6.5.	RESECCIÓN INTESTINAL (OBTENCIÓN DE ÓRGANO)
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (45.6.5.), salvo la subcategoría	
45.6.5.01 Resección intestinal total (obtención de órgano)	
45.7.0.	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMÍA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN]
45.7.1.	RESECCIÓN SEGMENTARIA MÚLTIPLE DE INTESTINO GRUESO
45.7.2.	CECECTOMÍA
45.7.3.	HEMICOLECTOMÍA DERECHA
45.7.4.	RESECCIÓN DE COLON TRANSVERSO
45.7.5.	HEMICOLECTOMÍA IZQUIERDA
45.7.6.	SIGMOIDECTOMÍA
45.8.1.	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y PROCTECTOMÍA
45.8.3.	COLECTOMÍA TOTAL
45.8.4.	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN]
45.9.1.	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO
45.9.2.	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑÓN RECTAL
45.9.3.	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO
45.9.4.	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO
45.9.5.	ANASTOMOSIS AL AÑO
46.0.1.	EXTERIORIZACIÓN DE INTESTINO DELGADO
46.1.3.	COLOSTOMÍA
46.3.2.	YEYUNOSTOMÍA PERCUTÁNEA (ENDOSCÓPICA)
46.4.0.	REMODELACIÓN O REUBICACIÓN DE ESTOMA INTESTINAL
46.5.1.	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO DELGADO
46.5.2.	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO GRUESO
46.6.1.	FIJACIÓN DE INTESTINO DELGADO A PARED ABDOMINAL
46.6.2.	PLICATURA INTESTINAL [OPERACIÓN DE NOBLE]
46.6.3.	FIJACIÓN DE INTESTINO GRUESO A PARED ABDOMINAL
46.7.0.	SUTURA DE HERIDA DE INTESTINO
46.7.2.	CIERRE DE FÍSTULA DE DUODENO
46.7.4.	CIERRE DE FÍSTULA DE INTESTINO DELGADO, SALVO DUODENO
46.7.6.	CIERRE DE FÍSTULA DE INTESTINO GRUESO
46.7.7.	CIERRE DE FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA
46.7.8.	CORRECCIÓN DE ATRESIA DE INTESTINO
46.7.9.	OTRA REPARACIÓN O PLASTIA DE INTESTINO

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

46.8.0.	MANIPULACIÓN INTRABDOMINAL DE INTESTINO
46.8.1.	DESPLAZAMIENTO DE CONTENIDO INTESTINAL
46.8.5.	DILATACIÓN DEL INTESTINO
46.9.1.	MIOTOMÍA DEL COLON SIGMOIDEO
46.9.2.	MIOTOMÍA DE OTRAS PARTES DEL COLON
46.9.4.	REINTERVENCIÓN DE ANASTOMOSIS INTESTINAL
46.9.5.	PERFUSIÓN LOCAL DE INTESTINO DELGADO
46.9.6.	PERFUSIÓN LOCAL DE INTESTINO GRUESO
46.9.7.	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINOS
47.1.1.	APENDICECTOMÍA
47.2.0.	APENDICOSTOMÍA
48.0.1.	PROCTOTOMÍA, VÍA ABDOMINAL O PERINEAL
48.2.1.	PROCTOSIGMOIDOSCOPIAS TRANSABDOMINALES
48.2.2.	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL
48.2.3.	PROCTOSIGMOIDOSCOPIAS
48.2.4.	BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DE RECTO O SIGMOIDE
48.2.5.	BIOPSIA ABIERTA DE RECTO O SIGMOIDE
48.2.6.	BIOPSIA DE TEJIDO PERIRRECTAL
48.2.7.	MANOMETRIAS RECTALES
48.3.1.	ABLACIONES DE LESIÓN O TEJIDO RECTAL O ANAL
48.3.8.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO
48.5.0.	PROCTECTOMIA ABORDAJE PERINEAL O TRANS-SACRO
48.5.4.	PROCTECTOMIA CON DESCENSO ABDOMINO-PERINEAL
48.6.2.	RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO CON COLOSTOMÍA SIMULTÁNEA
48.6.5.	RESECCIÓN DE MÚNÓN RECTAL POST-DUHAMEL
48.6.7.	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR RECTAL VÍA TRANS-ANAL
48.6.8.	RESECCIÓN RECTO CON RECONSTRUCCIÓN
48.7.1.	SUTURA DE LACERACIÓN DE RECTO [PROCTORRAFIA]
48.7.3.	FISTULECTOMÍA RECTAL CON COLOSTOMIA
48.7.5.	PROCTOPEXIA ABDOMINAL
48.7.6.	OTRA PROCTOPEXIA
48.7.7.	DESCENSO RECTAL
48.7.9.	OTRA REPARACIÓN DE RECTO
48.8.1.	INCISIÓN DE TEJIDO PERIRRECTAL
48.8.2.	ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO PERIRRECTAL
48.9.0.	PLASTIAS EN PERINÉ
48.9.1.	INCISIÓN DE ESTENOSIS RECTAL
48.9.2.	MIOMECTOMIA ANO-RECTAL
48.9.3.	REPARACIONES DE FISTULA PERIRRECTAL
48.9.4.	DILATACIÓN INSTRUMENTAL ENDOSCÓPICA DE RECTO
48.9.5.	CORRECCIÓN DE LA EXTROFIA DE CLOACA
48.9.6.	CORRECCIÓN DE LA CLOACA
49.0.1.	DRENAJE DE COLECCIÓN ISQUIORRECTAL
49.0.2.	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIANAL
49.0.4.	ESCISIÓN DE TEJIDO PERIANAL
49.2.1.	ANOSCOPIA
49.2.2.	BIOPSIA DE TEJIDO PERIANAL
49.2.3.	BIOPSIA DE ANO
49.2.4.	ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA EN PERINÉ
49.2.5.	EVALUACIÓN ANATÓMICA O FUNCIONAL DE LA CLOACA
49.4.0.	HEMORROIDECTOMÍAS O HEMORROIDOPEXIA
49.4.2.	INYECCIONES (ESCLEROSIS) EN HEMORROIDES
49.4.3.	CAUTERIZACIÓN DE HEMORROIDES
49.4.4.	ABLACIÓN DE HEMORROIDES POR CRIOTERAPIA
49.4.7.	EVACUACION DE HEMORROIDES TROMBOSADAS
49.5.0.	ESFINTEROTOMÍA ANAL
49.7.1.	SUTURA DE LESIONES EN ANO
49.7.2.	IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVO EN ANO
49.7.3.	CIERRE DE FISTULA ANAL
49.7.4.	TRANSPOSICIÓN MUSCULAR RECTO INTERNO
49.7.5.	PLASTIA DE ANO
49.7.6.	REVISIÓN O RETIRO DE DISPOSITIVO EN ANO
49.9.1.	INCISIÓN DE TABIQUE ANAL
49.9.2.	INSERCIÓN SUBCUTÁNEA DE ESTIMULADOR ANAL ELÉCTRICO
49.9.3.	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN ESFINTER ANAL

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

49.9.4.	REDUCCIÓN DE PROLAPSO ANAL
49.9.5.	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSOPERATORIA) DE AÑO
49.9.6.	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE
50.0.1.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAHEPÁTICO POR INCISIÓN
50.1.0.	BIOPSIA DE HÍGADO
50.2.0.	RESECCIÓN DEL DOMO DE QUISTE HEPÁTICO
50.2.1.	DRENAJE DE LESIÓN DE HÍGADO
50.2.2.	HEPATECTOMIA PARCIAL
50.2.4.	OTRA ESCISIÓN O RESECCIÓN DE LESIÓN DE HÍGADO
50.4.0.	HEPATECTOMÍA TOTAL (OBTENCIÓN DE ÓRGANO) SIN CIRUGÍA DE BANCO
50.4.1.	HEPATECTOMÍA TOTAL (OBTENCIÓN DE ÓRGANO) CON CIRUGÍA DE BANCO
50.5.1.	TRASPLANTE AUXILIAR DE HÍGADO SIN CIRUGÍA DE BANCO
50.5.2.	TRASPLANTE AUXILIAR DE HÍGADO CON CIRUGÍA DE BANCO
50.5.3.	TRASPLANTE ORTOTÓPICO DE HÍGADO SIN CIRUGÍA DE BANCO
50.5.4.	TRASPLANTE ORTOTÓPICO DE HÍGADO CON CIRUGÍA DE BANCO
50.6.1.	SUTURA DE LESIÓN HEPÁTICA
50.9.1.	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE HÍGADO
50.9.2.	ASISTENCIA HEPÁTICA EXTRACORPÓREA
50.9.3.	PERFUSIÓN LOCALIZADA DE HÍGADO
50.9.4.	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN HÍGADO
51.0.0.	COLECISTOSTOMIA
51.0.1.	HEPATICOTOMIA O HEPATICOSTOMIA CON DRENAJE O EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS
51.0.3.	DRENAJE BILIAR PERCUTÁNEO (ENDOSCÓPICO) Y COLOCACIÓN DE PRÓTESIS
51.1.0.	COLANGIO-PANCREATOGRFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA [CPRE]
51.1.1.	COLANGIOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA [CRE]
51.1.5.	MEDICIÓN DE LA PRESIÓN DEL ESFINTER DE ODDI
51.1.6.	COLANGIOGRAFÍA INTRAOPERATORIA
51.1.7.	BIOPSIAS DE VESÍCULA Y VÍAS BILIARES
51.2.1.	COLECISTECTOMIA
51.2.2.	FULGURACIÓN DE LESIONES POR COLANGIOPANCREATOGRFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA
51.2.3.	LITOTRIPSIA BILIAR
51.2.5.	RESECCIÓN DE QUISTES DEL COLÉDOCO
51.2.6.	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA O MALIGNA DE VÍAS BILIARES
51.3.2.	ANASTOMOSIS DE VESÍCULA BILIAR A INTESTINO
51.3.6.	COLEDOCODUODENOSTOMIA
51.3.7.	HEPATICOEYUNOSTOMIA
51.4.0.	EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES
51.4.3.	RE EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES
51.4.4.	INSERCIÓN DE TUBO COLEDOCOHEPÁTICO
51.6.1.	ESCISIÓN DE CONDUCTO CÍSTICO REMANENTE (MUÑÓN CÍSTICO)
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (51.6.1.), salvo la subcategoría	
51.6.1.01 Escisión de conducto cístico remanente (muñón cístico) vía abierta	
51.6.2.	ESCISIÓN DE LA AMPOLLA DE VATER (AMPULECTOMÍA) CON REIMPLANTACIÓN DE COLÉDOCO
51.6.4.	ESCISIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN EN LAS VÍAS BILIARES
51.7.1.	SUTURA SIMPLE DE COLÉDOCO
51.7.2.	COLEDOCOPLASTIA
51.7.3.	RECONSTRUCCIÓN DE VÍAS BILIARES
51.8.1.	DILATACION DEL ESFINTER DE ODDI
51.8.3.	ESFINTEROPLASTIA
51.8.4.	DILATACION DE AMPOLLA Y CONDUCTO BILIAR
51.8.5.	ESFINTERECTOMIA Y PAPILOTOMIA ENDOSCÓPICA
51.8.6.	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO DE DRENAJE NASOBILIAR
51.8.8.	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS DE LA VÍA BILIAR
51.8.9.	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN VÍA BILIAR
51.9.1.	REPARACIÓN DE LESIÓN DE VESÍCULA BILIAR
51.9.3.	CIERRE DE FÍSTULA BILIAR
51.9.4.	REVISIÓN DE ANASTOMOSIS DE LAS VÍAS BILIARES
51.9.5.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE VÍA BILIAR
51.9.6.	EXTRACCIÓN PERCUTÁNEA DE CÁLCULOS EN VÍAS BILIARES
51.9.7.	INSERCIÓN DE CATÉTER BILIAR
52.0.1.	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PÁNCREAS
52.0.2.	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE DEL PÁNCREAS
52.1.0.	BIOPSIAS DE PÁNCREAS

23 DIC 2021

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

52.1.4.	BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DE DUCTO PANCREÁTICO
52.2.2.	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁNCREAS
52.3.1.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE PÁNCREAS
52.3.2.	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE DISPOSITIVO O CUERPO EXTRAÑO DEL CONDUCTO PANCREÁTICO
52.4.0.	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREÁTICO
52.4.1.	DRENAJE ENDOSCÓPICO DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREÁTICO
52.4.4.	DRENAJE INTERNO DE QUISTE PANCREÁTICO POR CISTOENTEROSTOMIA
52.5.0.	PANCREATECTOMÍA CENTRAL
52.5.1.	PANCREATECTOMÍA PROXIMAL
52.5.2.	PANCREATECTOMÍA DISTAL
52.5.3.	PANCREATECTOMÍA SUBTOTAL
52.6.1.	PANCREATECTOMÍA TOTAL
52.6.2.	PANCREATECTOMÍA TOTAL (OBTENCIÓN DEL ÓRGANO)
52.7.1.	PANCREATICODUODENECTOMÍA TOTAL
52.7.2.	PANCREATICODUODENECTOMÍA PROXIMAL
52.8.0.	TRASPLANTE PANCREÁTICO
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (52.8.0.), salvo la subcategoría	
52.8.0.02 Trasplante parcial de páncreas	
52.9.3.	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO TUTOR (PROTESIS, STENT) EN EL CONDUCTO PANCREÁTICO
52.9.4.	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CALCULOS DEL CONDUCTO PANCREÁTICO
52.9.5.	REPARACIÓN DE PÁNCREAS
52.9.6.	ANASTOMOSIS DEL PÁNCREAS
52.9.8.	DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE DUCTO PANCREÁTICO
53.0.0.	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL
53.0.3.	HERNIORRAFIA INGUINAL ENCARCELADA
53.0.4.	HERNIORRAFIA INGUINAL REPRODUCIDA
53.0.6.	HERNIORRAFIA UNILATERAL INGUINO ESCROTAL
53.1.0.	HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL
53.1.5.	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL REPRODUCIDA
53.1.6.	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL ENCARCELADA
53.1.7.	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINO ESCROTAL
53.4.0.	HERNIORRAFIA UMBILICAL
53.4.1.	HERNIORRAFIA UMBILICAL REPRODUCIDA
53.4.3.	HERNIORRAFIA UMBILICAL ENCARCELADA
53.5.0.	REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACIÓN) ENCARCELADA
53.5.1.	REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACIÓN)
53.5.2.	REPARACIÓN DE HERNIA EPIGÁSTRICA
53.5.3.	REPARACIÓN DE HERNIA EPIGÁSTRICA ENCARCELADA
53.6.0.	HERNIORRAFIA LUMBAR
53.6.1.	HERNIORRAFIA OBTURADORA
53.6.2.	HERNIORRAFIA ISQUIÁTICA
53.6.3.	HERNIORRAFIA PERINEAL
53.6.5.	HERNIORRAFIA LUMBAR ENCARCELADA
53.6.6.	HERNIORRAFIA OBTURADORA ENCARCELADA
53.6.7.	HERNIORRAFIA PERINEAL ENCARCELADA
53.6.8.	HERNIORRAFIA PARAESTOMAL O SEMILUNAR [SPIEGEL]
53.6.9.	OTRAS HERNIORRAFIAS PARAESTOMAL ENCARCELADA O SEMILUNAR [SPIEGEL] ENCARCELADA
53.7.0.	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA
53.7.3.	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA ENCARCELADA O REPRODUCIDA
53.7.4.	REPARACIÓN DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI]
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (53.7.4.), salvo las subcategorías	
53.7.4.01 Reparación de hernia paraesternal [morgagni] vía abierta	
53.7.4.02 Reparación de hernia paraesternal [morgagni] vía toracoscópica	
54.0.0.	DRENAJE DE COLECCIÓN EN ABDOMEN
54.0.1.	LIBERACIÓN DE PLASTRÓN EN ABDOMEN
54.1.1.	LAPAROTOMIA DE PRECISIÓN O EXPLORATORIA
54.1.5.	PROCEDIMIENTOS EN LA REGIÓN RETROPERITONEAL
54.1.6.	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO
54.1.7.	LAVADO PERITONEAL
54.1.8.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN PERITONEO
54.1.9.	CITORREDUCCIÓN

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC)"

54.2.0.	EXPLORACIÓN INGUINAL
54.2.1.	LAPAROSCOPIA DE PRECISIÓN O EXPLORATORIA
54.2.2.	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL
54.2.3.	BIOPSIA DE PERITONEO
54.2.4.	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL
54.2.8.	PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA
54.2.9.	BIOPSIAS POR PUNCIÓN Y ASPIRACIÓN GUIADA POR ECOENDOSCOPIA
54.3.1.	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL
54.3.2.	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE LA PARED ABDOMINAL
54.3.3.	ESCISIÓN DE LESIÓN AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL
54.4.1.	EXTIRPACIÓN DE EPIPLON MAYOR [OMENTECTOMIA]
54.4.2.	ONFALECTOMÍA
54.5.0.	LISIS DE ADHERENCIAS EN PERITONEO VÍA ABIERTA
54.5.1.	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES POR LAPAROSCOPIA
54.6.1.	NUEVO CIERRE DE DISRUPCIÓN POSTOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL (EVISCERACIÓN)
54.6.2.	CIERRE RETARDADO DE HERIDA ABDOMINAL EN FASE DE GRANULACION
54.7.0.	CORRECCIÓN PARCIAL DE EVISCERACIÓN PRENATAL (GASTROSQUISIS)
54.7.1.	CORRECCIÓN TOTAL DE EVISCERACIÓN PRENATAL (GASTROSQUISIS)
54.7.2.	CORRECCIÓN DE ONFALOCELE
54.7.4.	REPARACIÓN DE EVENTRACIÓN [EVENTRORRAFIA]
54.7.5.	PLASTIA DE PARED ABDOMINAL
54.7.6.	RESECCIÓN DE QUISTE VITELINO O SENO UMBILICAL
54.7.7.	CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL CON O SIN DISPOSITIVO
54.9.0.	INSERCIÓN Y RETIRO DE CATÉTER PERITONEAL
54.9.2.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA CAVIDAD PERITONEAL
54.9.3.	CREACIÓN DE FISTULA CUTANOPERITONEAL
54.9.5.	INCISIÓN DE PERITONEO
54.9.6.	INYECCIÓN DE AIRE EN CAVIDAD PERITONEAL
54.9.7.	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DE ACCIÓN LOCAL EN CAVIDAD PERITONEAL
54.9.8.	DÍALISIS PERITONEAL
55.0.1.	NEFROTOMÍA
55.0.2.	NEFROSTOMÍAS
55.1.1.	PIELOTOMÍA
55.1.2.	PIELOSTOMÍA
55.2.1.	NEFROSCOPIA
55.2.2.	PIELOSCOPIA
55.2.6.	BIOPSIA DE RIÑÓN O TEJIDOS PERIRRENALES
55.3.1.	ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN RENAL
55.4.0.	NEFRECTOMIA PARCIAL
55.4.1.	HEMINEFRECTOMÍA
55.5.1.	NEFROURETERECTOMÍA
55.5.2.	NEFRECTOMÍA DE RIÑÓN RESIDUAL O ÚNICO
55.5.3.	REMOCIÓN DE RIÑÓN TRASPLANTADO O RECHAZADO
55.5.6.	NEFRECTOMÍA SIMPLE (UNILATERAL TOTAL)
55.5.7.	NEFRECTOMÍA RADICAL
55.6.1.	AUTOTRASPLANTE DE RIÑÓN
55.6.2.	TRASPLANTE DE RIÑÓN DE DONANTE
55.7.0.	NEFROPEXIA, FIJACIÓN O SUSPENSIÓN DE RIÑÓN ECTÓPICO (FLOTANTE)
55.8.1.	NEFRORRAFIA
55.8.2.	CIERRE DE FISTULA NEFROCUTÁNEA
55.8.3.	CIERRE DE OTRA FISTULA DE RIÑÓN Y PELVIS RENAL
55.8.5.	SINFISIOTOMÍA DE RIÑÓN EN HERRADURA
55.8.6.	ANASTOMOSIS DE RIÑÓN
55.8.7.	CORRECCIÓN DE UNIÓN URETEROPÉLVICA (PIELOPLASTIA) (REANASTOMOSIS URETEROPÉLVICA)
55.8.8.	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS PIÉLICAS
55.9.1.	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO EN RIÑÓN
55.9.2.	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE RIÑÓN Y PELVIS RENAL
55.9.3.	REEMPLAZO DE CATÉTER DE NEFROSTOMÍA
55.9.4.	REEMPLAZO DE CATÉTER DE PIELOSTOMÍA
55.9.5.	PERFUSIÓN LOCAL DE RIÑÓN
55.9.6.	OTRAS INYECCIONES DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN RIÑÓN
56.1.1.	MEATOTOMÍA URETERAL

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

56.2.1.	EXPLORACIÓN DE URÉTER
56.3.1.	URETEROSCOPIA O URETERORRENOSCOPIA
56.3.3.	BIOPSIA CERRADA ENDOSCÓPICA O LAPAROSCÓPICA DE URÉTER
56.3.4.	BIOPSIA ABIERTA DE URÉTER
56.3.5.	ENDOSCOPIA DE CONDUCTO DE DERIVACIÓN URINARIA
56.4.1.	URETERECTOMIA PARCIAL
56.4.2.	URETERECTOMIA TOTAL
56.5.1.	FORMACION DE CONDUCTO ILEAL SIN TUNELIZACION DE URÉTER
56.5.2.	FORMACIÓN DE CONDUCTO COLÓNICO CON TUNELIZACIÓN DE URÉTER
56.5.3.	APENDICOVESICOSTOMÍA CUTÁNEA
56.5.4.	OTRO REEMPLAZO DE URÉTER POR INTESTINO
56.5.6.	URETEROENTEROSTOMIAS CUTÁNEAS
56.5.7.	OTRAS DERIVACIONES URINARIAS
56.5.9.	REVISIÓN DE ANASTOMOSIS URETERO INTESTINAL
56.6.0.	URETEROSTOMIA CUTÁNEA
56.6.2.	REVISIÓN DE URETEROSTOMIA CUTÁNEA
56.7.4.	URETERONEOCISTOSTOMIA
56.7.5.	TRANSURETERO-URETEROSTOMIA
56.8.2.	SUTURA DE LACERACIÓN DE URÉTER O URETERORRAFIA
56.8.3.	CIERRE DE URETEROSTOMIA (FISTULA URETEROCUTÁNEA)
56.8.4.	CIERRE DE OTRAS FÍSTULAS DE URÉTER
56.8.7.	URETEROPLASTIA
56.8.9.	OTRAS REPARACIONES DE URÉTER
56.9.0.	DILATACIÓN URETERAL
56.9.1.	LIGADURA DE URÉTER
56.9.8.	INFILTRACIÓN O INYECCIÓN PARAURETERAL
57.0.1.	DRENAJE DE VEJIGA SIN INCISIÓN
57.0.5.	HEMOSTASIA VESICAL O CONTROL DE HEMORRAGIA
57.1.1.	CISTOTOMIA
57.1.2.	CISTOSTOMÍA
57.2.1.	OTRA VESICOSTOMIA
57.2.2.	REVISIÓN DE VESICOSTOMIA
57.3.1.	CISTOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA (CISTOSTOMIA)
57.3.2.	OTRA CISTOSCOPIA
57.3.3.	BIOPSIA DE VEJIGA
57.3.4.	BIOPSIA DE VEJIGA VIA ABIERTA
57.3.5.	BIOPSIA DE TEJIDO PERIVESICAL
57.4.1.	ABLACIÓN TRANSURETRAL DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES VESICALES
57.4.2.	OTRA ESCISIÓN O ABLACIÓN TRANSURETRAL DE TEJIDO O LESIÓN VESICAL
57.5.1.	RESECCIÓN DE URACO
57.5.2.	ESCISIÓN O ABLACIÓN ABIERTA DE OTRA LESIÓN O TEJIDO VESICAL
57.6.0.	CISTECTOMIA PARCIAL
57.7.3.	CISTECTOMIA TOTAL O RADICAL
57.8.1.	SUTURA DE LACERACIÓN VESICAL [CISTORRAFIA]
57.8.2.	CIERRE DE CISTOSTOMIA O VESICOSTOMIA
57.8.3.	REPARACIÓN DE FÍSTULA VESICO-INTESTINAL
57.8.4.	REPARACIÓN DE OTRA FÍSTULA DE VEJIGA
57.8.5.	CISTOURETROPLASTIA O PLASTIA DE CUELLO VESICAL
57.8.6.	REPARACIÓN DE EXTROFIA VESICAL
57.8.7.	RECONSTRUCCIÓN DE VEJIGA
57.8.8.	OTRA ANASTOMOSIS DE VEJIGA
57.8.9.	OTRA REPARACIÓN EN VEJIGA
57.9.1.	ESFINTEROTOMIA VESICAL
57.9.2.	DILATACIÓN DE CUELLO VESICAL
57.9.4.	INSERCIÓN DE DISPOSITIVOS URINARIOS (VESICAL)
57.9.5.	REEMPLAZO DE DISPOSITIVOS URINARIOS (VESICAL)
57.9.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN VEJIGA NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO
58.0.0.	URETROTOMIA
58.0.1.	URETROSTOMIAS
58.1.0.	MEATOTOMIA URETRAL
58.2.1.	URETROSCOPIAS PERINEALES
58.2.3.	BIOPSIA DE URETRA
58.2.4.	BIOPSIA DE TEJIDO PERIURETRAL
58.3.1.	ESCISIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO URETRAL
58.3.2.	ESCISIÓN O ABLACIÓN ABIERTA DE LESIÓN O TEJIDO URETRAL

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

58.4.1.	URETRORRAFIA
58.4.2.	CIERRE DE URETOSTOMÍA
58.4.3.	CIERRE DE OTRA FÍSTULA DE URETRA
58.4.4.	REANASTOMOSIS DE URETRA
58.4.5.	REPARACIÓN DE EPISPADIAS O HIPOSPADIAS
58.4.6.	OTRA RECONSTRUCCIÓN EN URETRA
58.4.7.	MEATOPLASTIA URETRAL
58.4.9.	OTRA CORRECCIÓN EN URETRA
58.5.0.	URETROLISIS
58.6.1.	DILATACIÓN DE URETRA POR URETROTOMÍA
58.6.2.	DILATACIÓN DE UNIÓN URETROVESICAL
58.6.3.	DILATACIÓN DE URETRA POR SONDEO
58.8.2.	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO MÉDICO EN URETRA
58.9.1.	INCISIÓN DE TEJIDO PERIURETRAL
58.9.2.	ESCISIÓN DE TEJIDO PERIURETRAL
58.9.3.	IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVO PARA CONTINENCIA URINARIA
58.9.4.	RETIRO DE DISPOSITIVO PARA CONTINENCIA URINARIA
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (58.9.4.), salvo la subcategoría	
58.9.4.05	Retiro de aparato de esfínter urinario inflable vía laparoscópica
58.9.5.	REVISIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO PARA CONTINENCIA URINARIA.
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (58.9.5.), salvo la subcategoría	
58.9.5.01	Revisión o sustitución quirúrgica de dispositivo de esfínter urinario artificial vía abdominal
59.0.1.	EXPLORACIÓN RETROPERITONEAL
59.0.2.	URETEROLISIS CON LIBERACIÓN O REPOSICIONAMIENTO DE URÉTER
59.0.3.	OTRAS LISIS DE ADHERENCIAS PERIRRENALES O PERIURETERALES
59.0.4.	OTRA INCISIÓN DE TEJIDO PERIRRENAL O PERIURETERAL
59.0.5.	DRENAJE PERCUTÁNEO EN ÁREA PERIRRENAL
59.1.1.	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS PERIVESICALES
59.1.9.	OTRA INCISIÓN DE TEJIDO PERIVESICAL
59.2.0.	LITOTOMIA O EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RINÓN
59.2.1.	LITOTOMÍAS O EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN URÉTER
59.2.2.	LITOTOMÍAS O EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN VEJIGA
59.2.3.	LITOTOMÍAS O EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN URETRA
59.2.4.	LITOTRICIAS URINARIAS
59.3.1.	PLICATURA DE UNIÓN URETROVESICAL
59.5.1.	SUSPENSIÓN URETRAL RETROPÚBLICA
59.6.1.	SUSPENSIÓN PARAURETRAL O PERIURETRAL
59.7.1.	PROCEDIMIENTOS PARA SUSPENSIÓN URETROVESICAL
59.7.2.	INYECCIONES EN VEJIGA, CUELLO VESICAL O INTRAURETRAL
59.7.9.	OTRAS URETROPEXIAS
59.8.0.	CATETERISMO URETERAL NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO
59.9.1.	ESCISIÓN DE TEJIDO PERIRRENAL O PERIVESICAL
59.9.3.	REEMPLAZO DE DISPOSITIVOS DE URETEROSTOMÍA
59.9.4.	REEMPLAZO DE DISPOSITIVOS DE CISTOSTOMÍA
60.0.1.	DRENAJE DE COLECCIÓN PROSTÁTICA
60.0.2.	PROSTATOLITOTOMÍA
60.1.1.	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE PRÓSTATA
60.1.2.	BIOPSIAS DE PRÓSTATA VÍA ABIERTA
60.1.3.	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE VESÍCULAS SEMINALES POR LAPAROSCOPIA
60.1.4.	BIOPSIA ABIERTA DE VESÍCULAS SEMINALES
60.1.5.	BIOPSIA DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO
60.2.0.	ADENOMECTOMÍAS O PROSTATECTOMÍAS TRANSURETRALES
60.2.2.	RESECCIÓN TRANSURETRAL DE CONDUCTOS EYACULADORES
60.5.1.	PROSTATECTOMIA RADICAL [PROSTATOVESICULECTOMIA]
60.7.1.	ASPIRACIÓN (PERCUTÁNEA) CON (AGUJA) DE VESÍCULAS SEMINALES
60.7.2.	VESICULOTOMIA SEMINAL
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (60.7.2.), salvo la subcategoría	
60.7.2.12	Vesiculotomía seminal bilateral por laparoscopia
60.7.3.	ESCISIÓN DE VESÍCULAS SEMINALES
60.8.1.	INCISIÓN DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO
60.8.2.	ESCISIÓN DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO
60.9.0.	OTROS PROCEDIMIENTOS PERIPROSTÁTICOS

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

60.9.1.	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE PRÓSTATA
60.9.3.	REPARACIÓN O PLASTIA EN PRÓSTATA
60.9.4.	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSQUIRÚRGICA) DE PRÓSTATA
60.9.5.	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO TRANSURETRAL EN URETRA PROSTÁTICA
61.0.1.	INCISIÓN DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO
61.1.1.	BIOPSIA DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS
61.2.1.	ESCISIÓN DE HIDROCELE DE (TÚNICA VAGINALIS)
61.3.1.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN EN ESCROTO
61.3.4.	ESCROTECTOMÍA
61.4.1.	SUTURA DE LACERACIÓN DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS
61.4.2.	FISTULECTOMÍA DEL ESCROTO
61.4.9.	OTRAS CORRECCIONES EN ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS
61.9.1.	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE TÚNICA VAGINAL
61.9.2.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE TÚNICA VAGINALIS DISTINTAS A HIDROCELE
62.0.1.	DRENAJE POR INCISIÓN EN TESTÍCULO
62.1.1.	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE TESTÍCULO
62.1.2.	BIOPSIA ABIERTA DE TESTÍCULO
62.1.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS SOBRE TESTÍCULO
62.2.1.	RESECCIÓN DE LESIÓN TESTICULAR
62.3.0.	ORQUIECTOMÍA
62.5.1.	ORQUIDOPEXIAS SIMPLES
62.5.2.	OTRAS ORQUIDOPEXIAS
62.6.1.	ORQUIDORRAFIA O SUTURA DE TESTÍCULO
62.7.1.	IMPLANTE DE PRÓTESIS TESTICULAR NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO
62.9.1.	ASPIRACIÓN DE TESTÍCULO
62.9.3.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL TESTÍCULO
63.0.1.	BIOPSIA DE EPIDÍDIMO
63.0.2.	BIOPSIA DE CORDÓN ESPERMÁTICO
63.0.3.	BIOPSIA DE CONDUCTO DEFERENTE
63.1.0.	LIGADURA DE VENA ESPERMÁTICA
63.1.2.	OCLUSIÓN O CLIPAJE DE ARTERIA ESPERMÁTICA
63.1.3.	HIDROCELECTOMÍA DE CORDÓN ESPERMÁTICO
63.2.1.	ESPERMATOCELECTOMÍA O RESECCIÓN QUISTE DEL EPIDÍDIMO
63.3.2.	RESECCIÓN DE HEMATOCELE DE CORDÓN ESPERMÁTICO
63.4.0.	EPIDÍDIMECTOMÍA SIN ORQUIDECTOMÍA
63.5.1.	SUTURA DE LACERACIÓN EN CORDÓN ESPERMÁTICO Y EPIDÍDIMO
63.5.2.	REDUCCIÓN DE TORSIÓN TESTICULAR O CORDÓN ESPERMÁTICO
63.6.1.	VASOSTOMÍA
63.7.1.	LIGADURA O SECCIÓN DE CONDUCTO DEFERENTE
63.7.2.	LIGADURA DE CORDÓN ESPERMÁTICO
63.7.3.	VASECTOMÍA
63.8.1.	SUTURA DE LACERACIÓN DE CONDUCTO DEFERENTE Y EPIDÍDIMO
63.8.2.	RECONSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO DEFERENTE SECCIONADO (VASO-VASOSTOMÍA)
63.8.3.	EPIDÍDIMOVASOSTOMÍA
63.9.0.	ASPIRACIÓN DE EPIDÍDIMO
63.9.1.	ASPIRACIÓN DE ESPERMATOCELE
63.9.2.	INCISIÓN DEL EPIDÍDIMO [EPIDÍDIMOTOMÍA] Y DRENAJE
63.9.3.	INCISIÓN Y DRENAJE DE CORDÓN ESPERMÁTICO
63.9.6.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CORDÓN ESPERMÁTICO Y EPIDÍDIMO
64.0.0.	CIRCUNCISIÓN NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
64.1.1.	BIOPSIA DE PENE
64.1.2.	ENDOSCOPIAS DE URETRA PENEANA
64.2.1.	FULGURACIÓN RESECCIÓN DE LESIÓN EN PENE
64.3.1.	AMPUTACIÓN PARCIAL DEL PENE [PENECTOMÍA PARCIAL]
64.3.2.	AMPUTACIÓN TOTAL DEL PENE [PENECTOMÍA TOTAL]
64.4.1.	SUTURA DE LACERACIÓN O HERIDA EN PENE
64.4.2.	LIBERACIÓN DE CORDEE
64.4.3.	CONSTRUCCIÓN DE PENE
64.4.4.	RECONSTRUCCIÓN PENEANA
64.4.5.	REIMPLANTE DE PENE
64.4.6.	TRASPLANTE DEL PENE
64.4.9.	OTRAS CORRECCIONES Y PLASTIAS EN PENE
64.5.0.	PROCEDIMIENTOS DE TRANSFORMACIÓN SEXUAL
64.6.0.	CIRUGÍA DE LOS GENITALES AMBIGUOS
64.6.1.	BIOPSIAS EN GENITALES AMBIGUOS

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

64.9.1.	CORTE DORSAL O LATERAL EN PREPUCIO
64.9.3.	SECCIÓN O CORTE DE ADHERENCIAS PENEANAS
64.9.5.	INSERCIÓN O REEMPLAZO DE PRÓTESIS INTERNA DE PENE NO INFLABLE (RÍGIDA Y SEMIRÍGIDA)
64.9.6.	RETIRO DE PRÓTESIS PENEANA
64.9.7.	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE PRÓTESIS DE PENE INFLABLE
64.9.8.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN PENE
65.1.2.	BIOPSIA EN OVARIO
65.2.1.	CISTECTOMÍA O RESECCIÓN DE QUISTE EN OVARIO
65.2.2.	RESECCIÓN PARCIAL DE OVARIO
65.2.3.	RESECCIÓN DE TUMOR EN OVARIO
65.2.4.	PUNCIÓN Y DRENAJE DE LESIÓN EN OVARIO
65.2.7.	FULGURACIÓN EN OVARIO
65.2.8.	RESECCIÓN LOCAL O PARCIAL O ABLACIÓN DE LESIÓN DE TEJIDO PARAOVARICO
65.2.9.	ABLACIÓN DE LESIÓN OVÁRICA O DE TEJIDO OVÁRICO O PARAOVARICO
65.3.1.	OOFORRECTOMÍA UNILATERAL
65.5.1.	OOFORRECTOMÍA BILATERAL
65.7.0.	OFOROPLASTIA
65.7.8.	OOFOROPEXIA
65.9.1.	ASPIRACIÓN DE OVARIO
65.9.3.	ESCISIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO OVÁRICO SIN OOFORRECTOMÍA
65.9.5.	LIBERACIÓN DE TORSIÓN DE OVARIO
66.0.2.	SALPINGOSTOMÍA
66.1.1.	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO
66.2.1.	ABLACIÓN U OCLUSIÓN DE TROMPA DE FALOPIO ÚNICA
66.2.2.	ABLACIÓN U OCLUSIÓN BILATERAL DE TROMPA DE FALOPIO
66.4.0.	SALPINGECTOMÍA UNILATERAL TOTAL
66.5.0.	SALPINGECTOMÍA BILATERAL TOTAL
66.6.1.	ESCISIÓN DE LESIÓN EN TROMPA DE FALOPIO
66.6.2.	RESECCIÓN DE LESIÓN EN MESOSALPINX
66.7.1.	SALPINGORRAFIA O SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO
66.7.3.	SALPINGO-SALPINGOSTOMÍA (SALPINGONEOSTOMÍA) (RECONSTRUCCIÓN TUBÁRICA)
66.7.4.	SALPINGOHISTEROTOMÍA (SALPINGO-UTEROSTOMÍA) (REIMPLANTACIÓN TUBÁRICA)
66.7.6.	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS DE TROMPAS DE FALOPIO
66.7.9.	SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA)
66.9.1.	SALPINGO-OOFORRECTOMÍA UNILATERAL
66.9.2.	SALPINGO-OOFORRECTOMÍA BILATERAL
66.9.4.	PLASTIAS O REPARACIONES EN OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO
66.9.7.	ESCISIÓN Y DRENAJE POR ABORTO TUBÁRICO
66.9.9.	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO
67.0.1.	DILATACIÓN Y CURETAJE DE MUÑÓN CERVICAL
67.1.2.	BIOPSIA DE CUELLO UTERINO
67.2.0.	CONIZACIÓN
67.3.1.	RESECCIÓN DE LESIÓN EN CUELLO UTERINO
67.3.2.	ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN CUELLO UTERINO
67.4.0.	AMPUTACIÓN DEL CUELLO UTERINO
67.4.1.	ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL VÍA VAGINAL O ABDOMINAL
67.4.5.	TRAQUELECTOMÍA RADICAL
67.5.1.	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO
67.6.1.	SUTURA DE LACERACIÓN O DESGARRO DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX]
67.6.2.	CORRECCIÓN DE FISTULA EN CUELLO UTERINO [CÉRVIX]
67.6.9.	OTRAS CORRECCIONES O PLASTIAS DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX]
68.0.1.	HISTEROTOMÍAS
68.1.1.	BIOPSIAS DE ÚTERO
68.1.2.	HISTEROSCOPIAS
68.2.1.	SECCIÓN DE SINEQUIAS ENDOMETRIALES
68.2.2.	INCISIÓN O ESCISIÓN DE TABIQUE CONGÉNITO UTERINO
68.2.3.	RESECCIÓN DE PÓLIPO ENDOMETRIAL
68.2.4.	MIOMECTOMÍA UTERINA
68.2.5.	ABLACIÓN ENDOMETRIAL O ENDOMETRECTOMÍA
68.3.1.	HISTERECTOMÍA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL
68.4.0.	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL
68.4.1.	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA
68.5.1.	HISTERECTOMÍA VAGINAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
68.6.0.	HISTERECTOMÍA RADICAL

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

68.6.1.	HISTERECTOMÍA RADICAL MODIFICADA
68.7.0.	HISTERECTOMÍA RADICAL VAGINAL
68.8.1.	EXENTERACIÓN O EVISCERACIÓN PÉLVICA TOTAL
68.8.2.	EXENTERACIÓN PÉLVICA ANTERIOR
68.8.3.	EXENTERACIÓN PÉLVICA POSTERIOR
69.0.1.	LEGRADO UTERINO GINECOLÓGICO DIAGNÓSTICO O TERAPEÚTICO
69.1.1.	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN ESTRUCTURAS DE SOPORTE
69.1.2.	RESECCIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO EN ESTRUCTURAS DE SOPORTE
69.1.3.	SECCIÓN O LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL
69.1.9.	OTRA ESCISIÓN Y ABLACIÓN DE LESIÓN EN TEJIDO DE ÚTERO Y ESTRUCTURAS DE SOPORTE
69.2.1.	PROCEDIMIENTOS DE INTERPOSICIÓN
69.2.2.	OTRAS SUSPENSIONES UTERINAS
69.4.1.	SUTURA DE DESGARRO Y LACERACIÓN DE ÚTERO
69.4.2.	CIERRE DE FÍSTULA DE ÚTERO
69.4.3.	REPARACIÓN DE ÚTERO BICORNE
69.4.9.	OTRAS PLASTIAS DE ÚTERO
69.7.1.	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO
69.8.0.	EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS INTRAUTERINOS
69.9.1.	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO TERAPEÚTICO NO ANTICONCEPTIVO EN ÚTERO O CÉRVIX O VAGINA
69.9.6.	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO
69.9.7.	RETIRO DE DISPOSITIVO O CUERPO EXTRAÑO EN CUELLO UTERINO
70.0.1.	COLPOCENTESIS O CULDOCENTESIS
70.1.2.	CULDOTOMÍA O COLPOTOMÍA
70.1.3.	LIBERACIÓN-LISIS DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES EN VAGINA
70.1.4.	OTRAS VAGINOTOMÍAS
70.2.1.	VAGINOSCOPIAS
70.2.2.	COLPOSCOPIAS
70.2.4.	BIOPSIAS DE VAGINA
70.3.1.	HIMENECTOMÍA O HIMENOTOMÍA
70.3.3.	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN VAGINA
70.4.0.	OBLITERACIÓN O ESCISIÓN DE VAGINA
70.4.2.	VAGINECTOMÍA RADICAL
70.5.1.	CORRECCIÓN DE CISTOCELE
70.5.2.	CORRECCIÓN DE RECTOCELE
70.5.3.	CORRECCIÓN SIMULTÁNEA DE CISTORECTOCELE
70.6.0.	RECONSTRUCCIONES DE VAGINA
70.6.1.	CONSTRUCCIÓN DE VAGINA (NEOVAGINA) POR ATRESIA O VAGINOPLASTIA
70.7.1.	SUTURA DE LACERACIÓN Y DESGARRO DE VAGINA
70.7.2.	CORRECCIÓN DE FÍSTULA COLOVAGINAL (CECOVAGINAL)
70.7.3.	CORRECCIÓN DE FÍSTULA RECTO-VAGINAL
70.7.4.	CORRECCIÓN DE OTRAS FÍSTULAS VAGINOINTESTINALES
70.7.5.	CORRECCIÓN DE OTRAS FÍSTULAS VAGINALES
70.7.6.	HIMENORRAFIA O HIMENOPLASTIA
70.7.7.	SUSPENSIÓN Y FIJACIÓN DE CÚPULA VAGINAL (COLPOPEXIA)
70.7.9.	OTRAS CORRECCIONES DE LA VAGINA
70.9.1.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO O CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA
70.9.2.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN VAGINA
71.0.1.	LISIS DE ADHERENCIAS EN VULVA
71.0.9.	OTRAS INCISIONES EN VULVA Y PERINE
71.1.0.	VULVOSCOPIAS
71.1.1.	BIOPSIA EN VULVA
71.1.3.	BIOPSIA DE PERINE
71.2.0.	DRENAJE DE LAS GLÁNDULAS DE BARTHOLIN
71.2.4.	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN
71.3.1.	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LA GLÁNDULA DE SKENE
71.3.4.	RESECCIÓN DE ENDOMETRIOMA PERINEAL
71.3.5.	RESECCIÓN DE LESIONES VULVO-PERINEALES
71.4.0.	RESECCIÓN DE CLÍTORIS
71.5.0.	VULVECTOMÍAS
71.7.2.	CORRECCIÓN DE FÍSTULA DE VULVA O PERINE
71.7.3.	DRENAJE DE COLECCIONES VULVOPERINEAL
71.7.9.	OTRAS CORRECCIONES Y PLASTIAS EN VULVA Y PERINE

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC)"

71.8.1.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINE
71.8.2.	REPARACIONES DE VULVA O PERINE
72.1.0.	PARTOS INSTRUMENTADOS
73.2.2.	PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRA DE VERSIÓN
73.5.3.	ASISTENCIA DEL PARTO NORMAL CON EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA
73.5.9.	OTRAS ASISTENCIAS MANUALES DEL PARTO
74.0.0.	CESÁREAS
74.3.1.	REMOCIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO ABDOMINAL
74.3.2.	REMOCIÓN DE FETO EN CAVIDAD PERITONEAL SUBSIGUIENTE A RUPTURA UTERINA O TUBÁRICA
75.0.1.	LEGRADO UTERINO OBSTÉTRICO POSPARTO O POSABORTO
75.0.3.	EVACUACIÓN UTERINA PARA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO
75.1.1.	AMNIOCENTESIS DIAGNÓSTICAS
75.1.2.	AMNIOCENTESIS TERAPEÚTICA
75.2.1.	TRANSFUSIÓN EN ÚTERO
75.3.1.	AMNIOSCOPIAS
75.3.5.	BIOPSIA DE VELLOCIDAD CORIAL
75.3.6.	CORDOCENTESIS
75.3.7.	PROCEDIMIENTOS INTRAUTERINOS EN FETO
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (75.3.7.), salvo las subcategorías	
75.3.7.06 Ventriculocentesis vía percutánea	
75.3.7.07 Ventriculocentesis por fetoscopia	
75.3.7.08 Derivación ventriculoamniótica vía percutánea	
75.3.7.09 Derivación ventriculoamniótica vía endoscópica (fetoscopia)	
75.3.7.12 Resección de lesión o tumor cervical en feto por laparotomía	
75.3.7.16 Resección de lesión o tumor torácico en feto por laparotomía	
75.3.7.21 Atrioseptostomía cardíaca en feto	
75.3.7.27 Cistoscopia fetal	
75.3.7.28 Resección o ablación de valvas uretrales posteriores por cistoscopia fetal	
75.3.7.29 Ligadura de cordón umbilical intrauterino vía percutánea	
75.3.7.31 Resección de lesión o tumor abdominal o pélvico en feto por laparotomía	
75.3.8.	PROCEDIMIENTOS EN PLACENTA
75.3.9.	PROCEDIMIENTOS EN MEMBRANA
75.4.1.	REMOCIÓN MANUAL DE PLACENTA RETENIDA O REVISIÓN UTERINA
75.5.0.	REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ACTUAL DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX]
75.6.1.	REPARACIÓN DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTÉTRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA
75.6.2.	REPARACIÓN DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTÉTRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN RECTO Y ESFÍNTER ANAL
75.6.9.	REPARACIÓN DE OTRAS LACERACIONES OBSTÉTRICAS
75.8.0.	COMPRESIÓN HEMOSTÁTICA
75.9.1.	DRENAJE DE COLECCIÓN OBSTÉTRICA EN PERINE POR INCISIÓN
75.9.4.	CORRECCIÓN O REPOSICIÓN MANUAL DE ÚTERO INVERTIDO
76.0.1.	SECUESTRECTOMÍA DE HUESO FACIAL
76.0.9.	OTRA INCISIÓN DE HUESO FACIAL
76.1.1.	BIOPSIA DE HUESO FACIAL
76.1.2.	ARTROCENTESIS DIAGNÓSTICA FACIAL
76.1.3.	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA EN ARTICULACIÓN FACIAL
76.2.1.	RESECCIÓN DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILARES
76.2.2.	RESECCIÓN DE LESIONES MALIGNAS EN MAXILARES
76.3.1.	MANDIBULECTOMIA PARCIAL
76.3.9.	OSTECTOMÍA, EXERESIS O ESCISIÓN PARCIAL DE OTRO HUESO FACIAL
76.4.1.	MANDIBULECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA
76.4.2.	OTRA MANDIBULECTOMÍA TOTAL
76.4.3.	OTRA RECONSTRUCCIÓN DE MANDÍBULA
76.4.4.	OSTECTOMÍA TOTAL DE OTRO HUESO FACIAL CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA
76.4.6.	OTRA RECONSTRUCCIÓN DE OTRO HUESO FACIAL
76.5.1.	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR
76.5.2.	MENISECTOMÍA TEMPOROMANDIBULAR
76.5.3.	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR
76.5.4.	REMODELACION DEL CARTÍLAGO ARTICULAR TEMPOROMANDIBULAR
76.6.1.	OSTEOPLASTIA CERRADA (OSTEOTOMÍA) DE RAMA MANDIBULAR
76.6.2.	OSTEOPLASTIA ABIERTA (OSTEOTOMÍA) DE RAMA MANDIBULAR
76.6.3.	OSTEOPLASTIA (OSTEOTOMÍA) DE CUERPO DE MANDÍBULA
76.6.4.	OTRA CIRUGÍA ORTOGNÁTICA EN MANDÍBULA
76.6.5.	OSTEOPLASTIA (OSTEOTOMÍA) SEGMENTARIA DE MAXILAR
76.6.6.	OSTEOPLASTIA TOTAL (OSTEOTOMÍA) DE MAXILAR

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)." 718

76.6.7.	GENIOPLASTIA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
76.6.9.	OTRA REPARACIÓN DE HUESO FACIAL
76.7.2.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MALAR Y CIGOMÁTICA
76.7.3.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA MAXILAR
76.7.4.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MAXILAR
76.7.5.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA MANDIBULAR
76.7.6.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MANDIBULAR
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (76.7.6.), salvo la subcategoría	
76.7.6.05 Reducción de fractura condilar con fijación interna vía endoscópica	
76.7.7.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA ALVEOLAR
76.7.8.	OTRA REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA FACIAL
76.7.9.	OTRA REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA FACIAL
76.8.0.	FIJACIÓN INTERMAXILAR [CERCLAJE] INTER O INTRA MAXILAR
76.8.1.	INJERTOS ÓSEOS EN HUESO FACIAL
76.8.2.	INSERCIÓN DE IMPLANTE SINTÉTICO EN HUESO FACIAL
76.8.3.	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR
76.8.4.	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR
76.8.5.	INSERCIÓN DE EXPANSOR DE PERIOSTO EN HUESO O ARTICULACIÓN FACIAL
76.8.6.	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR
76.8.7.	EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE FIJACIÓN INTERNA DE HUESO FACIAL
76.8.8.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR
76.8.9.	RETIRO DE DISPOSITIVO EN MANDÍBULA
77.0.1.	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO O CURETAJE DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
77.0.2.	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE HÚMERO
77.0.3.	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE O DESBRIDAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO
77.0.4.	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE CARPIANOS Y METACARPIANOS
77.0.5.	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FÉMUR
77.0.6.	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RÓTULA
77.0.7.	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA - PERONÉ
77.0.8.	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS
77.0.9.	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE O DESBRIDAMIENTO DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
77.2.1.	OSTEOTOMÍA EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
77.2.2.	OSTEOTOMÍA EN HÚMERO
77.2.3.	OSTEOTOMÍA EN RADIO Y CÚBITO
77.2.4.	OSTEOTOMÍA EN CARPIANOS Y METACARPIANOS
77.2.5.	OSTEOTOMÍA EN FÉMUR
77.2.6.	OSTEOTOMÍA EN RÓTULA
77.2.7.	OSTEOTOMÍA EN TIBIA Y PERONÉ
77.2.8.	OSTEOTOMÍA EN TARSIANOS Y METATARSIANOS
77.2.9.	OSTEOTOMÍA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
77.3.0.	OSTEOCONDROPLASTIAS DE OTROS HUESOS
77.3.1.	OSTEOTOMÍAS PERIARTICULARES O INTRAARTICULAR
77.4.0.	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO
77.4.9.	BIOPSIA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
77.5.1.	CORRECCIÓN HALLUX VALGUS CON MODIFICACIÓN DE TEJIDO BLANDO, OSTEOTOMÍA DEL PRIMER METATARSIANO O SUPERFICIE ARTICULAR
77.5.4.	REPARACIÓN DE DEDO DE PIE EN MARTILLO O EN GARRA
77.6.0.	ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN SITIO INESPECIFICADO
77.6.1.	ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
77.6.2.	ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN HÚMERO
77.6.3.	ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN RADIO Y CÚBITO
77.6.4.	ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN CARPIANOS Y METACARPIANOS
77.6.5.	ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN FÉMUR
77.6.6.	ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN RÓTULA
77.6.7.	ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN TIBIA Y PERONÉ
77.6.8.	ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA O LESIÓN EN TARSIANOS Y METATARSIANOS
77.6.9.	ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
77.7.0.	OBTENCIÓN O TOMA DE TEJIDO O INJERTO ÓSEO DE SITIO NO ESPECIFICADO
77.7.1.	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLA Y ESTERNÓN)
77.7.3.	TOMA DE INJERTO ÓSEO EN RADIO O CÚBITO

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

77.7.5.	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE FÉMUR
77.7.7.	TOMA DE INJERTO DE TIBIA O PERONÉ
77.7.8.	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE TARSO O METATARSO
77.7.9.	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
77.8.1.	RESECCIÓN PARCIAL DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
77.8.2.	RESECCIÓN PARCIAL DE HÚMERO
77.8.3.	RESECCIÓN PARCIAL DE RADIO Y CÚBITO
77.8.4.	RESECCIÓN PARCIAL DE CARPIANOS O METACARPIANOS
77.8.5.	RESECCIÓN PARCIAL DE FÉMUR
77.8.6.	RESECCIÓN PARCIAL DE RÓTULA O HEMIPATELECTOMÍA
77.8.7.	RESECCIÓN PARCIAL DE TIBIA Y PERONÉ
77.8.8.	RESECCIÓN PARCIAL DE TARSIANOS Y METATARSIANOS
77.8.9.	RESECCIÓN PARCIAL DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (77.8.9.), salvo las subcategorías	
77.8.9.32 Resección de apófisis odontoides por abordaje translateral	
77.8.9.33 Resección de apófisis odontoides, por craneotomía suboccipital	
77.9.1.	RESECCIÓN TOTAL DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
77.9.2.	RESECCIÓN TOTAL DE HÚMERO
77.9.3.	RESECCIÓN TOTAL DE RADIO Y CÚBITO
77.9.4.	RESECCIÓN TOTAL DE CARPIANOS Y METACARPIANOS
77.9.5.	RESECCIÓN TOTAL DE FÉMUR
77.9.6.	RESECCIÓN TOTAL DE RÓTULA O PATELECTOMÍA
77.9.7.	RESECCIÓN TOTAL DE TIBIA Y PERONÉ
77.9.8.	RESECCIÓN TOTAL DE TARSIANOS Y METATARSIANOS
77.9.9.	RESECCIÓN TOTAL DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
78.0.1.	INJERTO ÓSEO EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
78.0.2.	INJERTOS ÓSEOS EN HÚMERO
78.0.3.	INJERTO ÓSEO EN RADIO Y CÚBITO
78.0.4.	INJERTO ÓSEO EN CARPIANOS Y METACARPIANOS
78.0.5.	INJERTOS ÓSEOS EN FÉMUR
78.0.6.	INJERTO ÓSEO EN RÓTULA
78.0.7.	INJERTO ÓSEO EN TIBIA Y PERONÉ
78.0.8.	INJERTO ÓSEO EN TARSIANOS Y METATARSIANOS
78.0.9.	INJERTO O TRASPLANTE ÓSEO EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
78.1.2.	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE HÚMERO
78.1.3.	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE RADIO O CÚBITO
78.1.4.	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE CARPIANOS O METACARPIANOS
78.1.5.	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE FÉMUR
78.1.6.	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN EN RODILLA O RÓTULA
78.1.7.	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE TIBIA O PERONÉ
78.1.8.	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE TARSIANOS O METATARSIANOS
78.1.9.	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
78.2.1.	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE HÚMERO
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (78.2.1.), salvo la subcategoría	
78.2.1.02 Epifisiodesis percutánea de húmero	
78.2.2.	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO
78.2.3.	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE CARPIANOS Y METACARPIANOS
78.2.4.	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE FÉMUR
78.2.5.	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE TIBIA O PERONÉ
78.2.6.	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE TARSIANOS O METATARSIANOS
78.2.7.	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE FALANGES (DE PIE) (DE MANO)
78.3.0.	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE EXTREMIDADES SITIO NO ESPECIFICADO
78.3.2.	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE HÚMERO
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (78.3.2.), salvo la subcategoría	
78.3.2.03 Alargamiento de húmero por técnica de distracción sin (corticotomía, osteotomía)	
78.3.3.	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (78.3.3.), salvo las subcategorías	
78.3.3.05 Alargamiento de cúbito o radio progresivo con dispositivo de fijación externa	
78.3.3.06 Alargamiento de cúbito y radio progresivo con dispositivo de fijación externa	

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

78.3.3.07	Alargamiento de radio o cúbito por técnica de distracción sin (corticotomía, osteotomía)
78.3.3.08	Alargamiento de radio y cúbito por técnica de distracción con (corticotomía, osteotomía)
78.3.4.	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE CARPIANOS Y METACARPIANOS
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (78.3.4.), salvo las subcategorías	
78.3.4.03	Alargamiento de metacarpianos (uno o más) por técnica de distracción sin (corticotomía, osteotomía)
78.3.4.04	Alargamiento de metacarpianos (uno o más) por técnica de distracción con (corticotomía, osteotomía)
78.3.5.	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE FÉMUR
78.3.7.	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE TIBIA Y PERONÉ
78.3.8.	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS
78.3.9.	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE FALANGES (DE MANO) (DE PIE)
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (78.3.9.), salvo la subcategoría	
78.3.9.02	Alargamiento de falanges de mano por técnica de distracción sin (corticotomía, osteotomía)
78.4.1.	REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS
78.5.1.	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
78.5.2.	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE HÚMERO
78.5.3.	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE RADIO Y CÚBITO
78.5.4.	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS
78.5.5.	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE FÉMUR
78.5.6.	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE RÓTULA
78.5.8.	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS
78.5.9.	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
78.6.0.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN HUESO NO ESPECIFICADO
78.6.1.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
78.6.2.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN HÚMERO
78.6.3.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN RADIO O CÚBITO
78.6.4.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN CARPIANOS O METACARPIANOS
78.6.5.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN FÉMUR
78.6.6.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN RÓTULA
78.6.7.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN TIBIA O PERONÉ
78.6.8.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN TARSIANOS O METATARSIANOS
78.6.9.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
78.7.1.	OSTEOCLASTIA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
78.7.2.	OSTEOCLASTIA DE HÚMERO
78.7.3.	OSTEOCLASTIA DE RADIO O CÚBITO
78.7.4.	OSTEOCLASTIA DE CARPIANOS O METACARPIANOS
78.7.5.	OSTEOCLASTIA DE FÉMUR
78.7.7.	OSTEOCLASTIA DE TIBIA O PERONÉ
78.7.8.	OSTEOCLASTIA DE TARSIANOS O METATARSIANOS
78.7.9.	OSTEOCLASTIA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
79.0.1.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
79.0.2.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO
79.0.3.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURAS SIN FIJACIÓN INTERNA DE CÚBITO O RADIO
79.0.4.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE CARPIANOS O METACARPIANOS
79.0.5.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FÉMUR
79.0.6.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA
79.0.7.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TIBIA O PERONÉ
79.0.8.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS
79.0.9.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECÍFICOS
79.1.1.	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
79.1.2.	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO
79.1.3.	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE RADIO Y CÚBITO
79.1.4.	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS

Continuación de la resolución: *Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*

79.1.5.	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE FÉMUR
79.1.6.	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURAS CON FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA
79.1.7.	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ CON FIJACIÓN INTERNA
79.1.9.	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECÍFICOS
79.2.1.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
79.2.2.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO
79.2.3.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS SIN FIJACIÓN INTERNA DE RADIO O CÚBITO
79.2.4.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS
79.2.5.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FÉMUR
79.2.6.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA
79.2.8.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TARSIANOS O METATARSIANOS
79.2.9.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECÍFICOS
79.3.1.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
79.3.2.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN HÚMERO
79.3.3.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN RADIO O CÚBITO
79.3.4.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN CARPIANOS Y METACARPIANOS
79.3.5.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN FÉMUR
79.3.6.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN RÓTULA
79.3.7.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN TIBIA Y PERONÉ
79.3.8.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN TARSIANOS Y METATARSIANOS
79.3.9.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
79.4.1.	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN HÚMERO
79.4.2.	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN RADIO O CÚBITO
79.4.5.	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN FÉMUR
79.4.6.	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN TIBIA O PERONÉ
79.5.1.	REDUCCIÓN ABIERTA CON O SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA EN HÚMERO
79.5.2.	REDUCCIÓN ABIERTA CON O SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA EN RADIO O CÚBITO
79.5.5.	REDUCCIÓN ABIERTA CON O SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA EN FÉMUR
79.5.6.	REDUCCIÓN ABIERTA CON O SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA EN TIBIA O PERONÉ
79.6.1.	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HÚMERO
79.6.2.	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE RADIO O CÚBITO
79.6.3.	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS
79.6.4.	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FALANGES EN MANO
79.6.5.	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FÉMUR
79.6.6.	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TIBIA Y PERONÉ
79.6.7.	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS
79.6.8.	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE DEDOS DE PIE
79.6.9.	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
79.7.1.	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN HOMBRO
79.7.2.	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN CODO
79.7.3.	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN MUÑECA
79.7.4.	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN MANO Y DEDOS
79.7.5.	REDUCCIÓN CERRADA DE DISPLASIA O DE LUXACIÓN DE CADERA
79.7.6.	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN RODILLA
79.7.7.	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN TOBILLO
79.7.8.	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN PIE Y DEDOS
79.7.9.	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
79.8.1.	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE HOMBRO
79.8.2.	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE CODO
79.8.3.	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE MUÑECA

Continuación de la resolución: *Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*

79.8.4.	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE MANO Y DEDOS
79.8.5.	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE CADERA
79.8.6.	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE RODILLA
79.8.7.	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN EN TOBILLO
79.8.8.	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE PIE Y DEDOS
79.8.9.	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS
79.9.1.	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN HOMBRO
79.9.2.	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN CODO
79.9.3.	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN MUÑECA
79.9.4.	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN MANOS Y DEDOS
79.9.5.	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN CADERA
79.9.6.	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN RODILLA
79.9.7.	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN TOBILLO
79.9.8.	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN PIE Y DEDOS DE PIE
80.0.1.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN HOMBRO POR ARTROTOMÍA
80.0.2.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN CODO POR ARTROTOMÍA
80.0.3.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN MUÑECA POR ARTROTOMÍA
80.0.4.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN MANO Y DEDO POR ARTROTOMÍA
80.0.5.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN CADERA POR ARTROTOMÍA
80.0.6.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN RODILLA POR ARTROTOMÍA
80.0.7.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN TOBILLO POR ARTROTOMÍA
80.0.8.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN PIE Y ARTEJOS POR ARTROTOMÍA
80.1.1.	OTRA ARTROTOMÍA DE HOMBRO
80.1.2.	OTRA ARTROTOMÍA DE CODO
80.1.3.	OTRA ARTROTOMÍA DE MUÑECA
80.1.4.	OTRA ARTROTOMÍA DE MANO Y DEDO
80.1.5.	OTRA ARTROTOMÍA DE PELVIS
80.1.6.	OTRA ARTROTOMÍA DE RODILLA
80.1.7.	OTRA ARTROTOMÍA DE TOBILLO
80.1.8.	OTRA ARTROTOMÍA EN PIE Y ARTEJOS
80.2.1.	ARTROSCOPIA DE HOMBRO
80.2.2.	ARTROSCOPIA DE CODO
80.2.3.	ARTROSCOPIA DE MUÑECA
80.2.4.	ARTROSCOPIA DE MANO Y DEDO
80.2.5.	ARTROSCOPIAS DE PELVIS O CADERA
80.2.6.	ARTROSCOPIA DE RODILLA
80.2.7.	ARTROSCOPIAS DE TOBILLO
80.2.8.	ARTROSCOPIA EN PIE Y ARTEJOS
80.3.1.	BIOPSIA ARTICULAR DE HOMBRO
80.3.2.	BIOPSIA ARTICULAR DE CODO
80.3.3.	BIOPSIA ARTICULAR DE MUÑECA
80.3.4.	BIOPSIA ABIERTA ARTICULAR EN MANO Y DEDO
80.3.5.	BIOPSIA ARTICULAR DE CADERA
80.3.6.	BIOPSIA ARTICULAR DE RODILLA
80.3.7.	BIOPSIA ARTICULAR DE TOBILLO
80.3.8.	BIOPSIA ARTICULAR EN PIE Y ARTEJOS
80.4.0.	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO
80.4.1.	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE HOMBRO
80.4.2.	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE CODO
80.4.3.	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE MUÑECA Y MANO
80.4.4.	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE MANO Y DEDO
80.4.5.	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE CADERA
80.4.6.	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE RODILLA
80.4.7.	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE TOBILLO
80.4.8.	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE PIE Y ARTEJOS

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

80.5.1.	DISCECTOMÍA O ESCISIÓN QUIRÚRGICA DE DISCO INTERVERTEBRAL
80.5.2.	QUIMIONUCLEOLISIS O DISCOLISIS INTERVERTEBRAL
80.5.9.	OTRA ABLACIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL
80.6.1.	ESCISIÓN DE MENISCOS DE RODILLA
80.7.0.	SINOVECTOMÍA DE SITIO INESPECIFICADO
80.7.1.	SINOVECTOMÍA DE HOMBRO
80.7.2.	SINOVECTOMÍA DE CODO
80.7.3.	SINOVECTOMÍA DE MUÑECA
80.7.4.	SINOVECTOMÍA DE MANO Y DEDO
80.7.5.	SINOVECTOMÍA DE CADERA
80.7.6.	SINOVECTOMÍA DE RODILLA
80.7.7.	SINOVECTOMÍA DE TOBILLO
80.7.8.	SINOVECTOMÍA DE PIE Y ARTEJOS
80.8.0.	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN
80.8.1.	OTRA ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE HOMBRO
80.8.2.	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE CODO
80.8.3.	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE MUÑECA
80.8.4.	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE MANO Y DEDO
80.8.5.	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE CADERA
80.8.6.	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE RODILLA
80.8.7.	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE TOBILLO
80.8.8.	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE PIE Y ARTEJOS
81.0.0.	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD EN COLUMNA VERTEBRAL
81.0.1.	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL COLUMNA CERVICAL AXIAL
81.0.2.	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL CERVICAL SUBAXIAL TÉCNICA ANTERIOR
81.0.3.	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL CERVICAL SUBAXIAL TÉCNICA POSTERIOR
81.0.4.	ARTRODESIS O FUSIÓN TORÁCICA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL
81.0.5.	ARTRODESIS O FUSIÓN TORÁCICA TÉCNICA POSTERIOR
81.0.6.	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA ANTERIOR
81.0.8.	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA POSTERIOR
81.0.9.	REFUSION DE COLUMNA VERTEBRAL
81.1.1.	ARTRODESIS DE TOBILLO
81.1.2.	ARTRODESIS RETROPIE O MEDIOPIE O ANTEPIE
81.2.0.	ARTRODESIS DE ARTICULACIONES
81.2.1.	ARTRODESIS DE CADERA
81.2.2.	ARTRODESIS DE RODILLA
81.2.3.	ARTRODESIS DE HOMBRO
81.2.4.	ARTRODESIS EN CODO
81.2.5.	ARTRODESIS CARPORADIAL
81.2.6.	ARTRODESIS CARPOMETACARPIANA
81.2.7.	ARTRODESIS METACARPO-FALÁNGICA
81.2.8.	ARTRODESIS INTERFALANGEAL EN MANO
81.2.9.	ARTRODESIS DE OTRA ARTICULACIÓN ESPECÍFICADA
81.3.1.	OTRAS ARTROPLASTIAS DE PIE Y ARTEJOS
81.4.1.	ARTROPLASTIA DE CADERA
81.4.2.	ARTROPLASTIAS O REPARACIONES EN RODILLA
81.4.4.	ESTABILIZACIÓN PATELAR
81.4.5.	OTRA REPARACIÓN DE LIGAMENTOS CRUZADOS
81.4.6.	OTRA REPARACIÓN DE LIGAMENTOS COLATERALES
81.4.7.	OTRA REPARACIÓN DE RODILLA
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (81.4.7.), salvo la subcategoría	
81.4.7.29 Trasplante meniscal medial o lateral vía abierta	
81.4.9.	OTRA REPARACIÓN DE TOBILLO
81.5.1.	REEMPLAZO TOTAL DE CADERA
81.5.2.	REEMPLAZOS PARCIALES DE CADERA
81.5.3.	REVISIÓN DE REEMPLAZO DE CADERA
81.5.4.	REEMPLAZO DE RODILLA
81.5.5.	REVISIÓN DE REEMPLAZO DE RODILLA
81.5.6.	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE TOBILLO
81.5.7.	REEMPLAZO ARTICULAR METATARSO-FALÁNGICO
81.5.8.	REVISIÓN DE REEMPLAZO ARTICULAR TOBILLO
81.7.1.	ARTROPLASTIA DE MANO Y DEDOS CON IMPLANTE O PRÓTESIS SINTÉTICA
81.7.2.	ARTROPLASTIA DE MANO Y DEDOS SIN PRÓTESIS SINTÉTICA O IMPLANTE
81.7.3.	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE MUÑECA

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (81.7.3.), salvo la subcategoría

81.7.3.02 Revisión de reemplazo total de muñeca

81.7.9.	OTRA REPARACIÓN DE MANO, MUÑECA Y DEDOS
81.8.0.	REEMPLAZO TOTAL DE HOMBRO
81.8.1.	REEMPLAZO PROTÉSICO PARCIAL DE HOMBRO
81.8.2.	REPARACIÓN O REVISIÓN DE LUXACIÓN RECURRENTE DE HOMBRO
81.8.3.	OTRA REPARACIÓN DE HOMBRO
81.8.4.	REEMPLAZO TOTAL PROTÉSICO DE CODO
81.8.5.	REEMPLAZO PARCIAL PROTÉSICO DE CODO
81.8.6.	OTRAS REPARACIONES DEL HOMBRO O CODO
81.8.7.	REVISIONES DE REEMPLAZOS PROTÉSICOS DE HOMBRO O CODO
81.9.0.	OTROS REEMPLAZOS ARTICULARES

Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (81.9.0.), salvo las subcategorías

81.9.0.03 Reemplazo de articulación facetaria

81.9.0.06 Artroplastia cervical un nivel

81.9.0.07 Artroplastia cervical más de un nivel

81.9.0.08 Artroplastia lumbar o lumbosacra un nivel

81.9.0.09 Artroplastia lumbar o lumbosacra más de un nivel

81.9.1.	ARTROCENESIS
81.9.2.	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE SISTEMA OSTEOMUSCULAR
81.9.3.	SUTURA DE CÁPSULA O LIGAMENTO O CARTILAGO DE EXTREMIDAD SUPERIOR
81.9.4.	RECONSTRUCCIÓN DE TENDONES EN TOBILLO Y PIE
81.9.5.	OTRA SUTURA DE CÁPSULA O LIGAMENTO DE EXTREMIDAD INFERIOR
81.9.6.	ARTRODIASTASIS O CONDRODIASTASIS
81.9.7.	REVISIÓN DE REEMPLAZO ARTICULAR DE EXTREMIDAD SUPERIOR
81.9.8.	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN ARTICULACIONES

Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (81.9.8.), salvo la subcategoría

81.9.8.10 Endoscopia diagnóstica de columna vertebral

82.0.1.	INCISIÓN DE VAINA DE TENDÓN DE MANO
82.0.2.	MIOTOMÍA DE MANO
82.0.3.	BURSOTOMÍA DE MANO
82.0.4.	INCISIÓN Y DRENAJE DE ESPACIO PALMAR O TENAR
82.0.9.	OTRA INCISIÓN DE TEJIDO FLEXIBLE DE MANO
82.1.1.	TENOTOMÍA DE MANO
82.1.2.	FASCIOTOMÍA DE MANO
82.1.9.	OTRA DIVISIÓN O INCISIÓN DE TEJIDO BLANDO DE MANO
82.2.1.	ESCISIÓN DE LESIÓN DE ENVOLTURA O VAINA DE TENDÓN DE MANO
82.2.2.	ESCISIÓN DE LESIÓN DE MÚSCULO DE MANO
82.3.1.	BURSECTOMÍA DE MANO
82.3.2.	ESCISIÓN DE TENDÓN DE MANO PARA INJERTO (DIFERENTE REGIÓN OPERATORIA)
82.3.3.	OTRA TENDONECTOMÍA DE MANO
82.3.4.	ESCISIÓN DE MÚSCULO O FASCIA DE MANO PARA INJERTO
82.3.5.	OTRA FASCIECTOMÍA DE MANO
82.3.6.	OTRA MIECTOMÍA DE MANO
82.4.1.	SUTURA DE ENVOLTURA O VAINA DE TENDÓN DE MANO
82.4.2.	SUTURA DE TENDÓN FLEXOR DE DEDOS EN MANO
82.4.3.	SUTURA DE OTRO TENDÓN DE DEDOS EN MANO
82.4.6.	SUTURA DE MÚSCULO O FASCIA DE MANO
82.5.1.	AVANZAMIENTO DE TENDÓN DE MANO
82.5.2.	RETROCESO DE TENDÓN DE MANO
82.5.3.	REFIJACIÓN O REINSERCIÓN DE TENDÓN DE MANO
82.5.4.	REFIJACIÓN DE MÚSCULO DE MANO
82.5.5.	ALARGAMIENTO DE TENDÓN EN MANO
82.5.6.	OTRO TRASPLANTE O TRANSFERENCIA DE TENDÓN DE MANO
82.6.1.	PROCEDIMIENTOS DE PULGARIZACIÓN O POLICITACIÓN CON SUMINISTRO NEUROVASCULAR
82.6.9.	OTRA RECONSTRUCCIÓN DEL PULGAR
82.7.1.	RECONSTRUCCIÓN DE POLEA DE TENDÓN
82.7.2.	PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MANO CON INJERTO DE MÚSCULO O FASCIA
82.7.9.	PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MANO CON OTRO INJERTO O IMPLANTE
82.8.1.	TRANSFERENCIA DE DEDO, EXCEPTO PULGAR
82.8.2.	REPARACIÓN DE DEFORMIDADES CONGÉNITAS DE LA MANO
82.8.3.	REPARACIÓN DE MACRODACTILIA, CAMPTODACTILIA, SINDACTILIA, CLINODACTILIA

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC)"

82.8.4.	REPARACIÓN DE DEDOS DE MANO
82.8.5.	OTRAS TENODESIS DE MANO
82.8.6.	OTRAS TENOPLASTIAS DE MANO
82.8.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MANOS
82.9.1.	LISIS DE ADHERENCIAS DE MANO
82.9.2.	ASPIRACIÓN DE BURSA DE MANO
82.9.4.	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA DE MANO
82.9.5.	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE TENDÓN DE MANO
82.9.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA EN MANO
83.0.1.	INCISIÓN DE ENVOLTURA DE TENDÓN
83.0.2.	MIOTOMIA
83.0.3.	BURSOTOMIA
83.1.1.	TENOTOMÍAS EN PIE Y TOBILLO
83.1.2.	TENOTOMIA EN CADERA
83.1.3.	OTRAS TENOTOMIAS
83.1.4.	FASCIOTOMIA
83.1.9.	OTRA INCISIÓN DE TEJIDO BLANDO
83.2.1.	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO
83.3.0.	RESECCIÓN DE TUMOR DE MÚSCULO, TENDÓN, FASCIA Y BOLSA SINOVIAL
83.3.1.	ESCISIÓN DE LESIÓN DE ENVOLTURA DE TENDÓN
83.3.2.	ESCISIÓN DE LESIÓN DE MÚSCULO
83.3.9.	ESCISIÓN DE LESIÓN DE OTRO TEJIDO BLANDO
83.4.1.	ESCISIÓN DE TENDÓN PARA INJERTO (DIFERENTE REGIÓN OPERATORIA)
83.4.2.	OTRA TENDONECTOMIA
83.4.3.	ESCISIÓN DE MÚSCULO O FASCIA PARA INJERTO
83.4.4.	OTRA FASCIECTOMIA
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (83.4.4.), salvo la subcategoría	
83.4.4.02 Otra fasciectomía vía endoscópica	
83.4.5.	OTRA MIECTOMIA
83.4.6.	RESECCIÓN DE VAINA TENDINOSA, FASCIA, MÚSCULO O TENDÓN EXCEPTO MANO Y PIE
83.4.9.	OTRA ESCISIÓN DE TEJIDO BLANDO NO ARTICULAR
83.5.1.	BURSECTOMIA ABIERTA
83.5.5.	BURSECTOMIA POR ARTROSCOPIA
83.6.0.	SUTURA DE MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA
83.6.1.	SUTURA DE ENVOLTURA DE TENDÓN
83.6.2.	SUTURA DIFERIDA DE TENDÓN
83.6.3.	REPARACIÓN O REVISIÓN DEL MANGUITO ROTADOR
83.6.4.	OTRA SUTURA DE TENDÓN
83.7.1.	AVANZAMIENTO DE TENDÓN
83.7.2.	RETROCESO DE TENDÓN
83.7.3.	REFIJACIÓN DE TENDÓN
83.7.4.	REFIJACIÓN DE MÚSCULO
83.7.5.	TRANSFERENCIA O TRASPLANTE DE TENDÓN
83.7.6.	TRANSPOSICIÓN MIOTENDINOSA
83.7.7.	TRANSFERENCIA O TRASPLANTE DE MÚSCULO
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (83.7.7.), salvo la subcategoría	
83.7.7.01 Trasplante de músculo	
83.7.9.	OTRA TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULO
83.8.1.	INJERTO DE TENDÓN
83.8.2.	INJERTO DE MÚSCULO O FASCIA
83.8.4.	LIBERACIÓN DE PIE TALO
83.8.5.	OTRO CAMBIO DE LONGITUD EN MÚSCULO O TENDÓN
83.8.6.	CUADRICEPSPLASTIA
83.8.7.	OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MÚSCULO
83.8.8.	OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN TENDÓN
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (83.8.8.), salvo la subcategoría	
83.8.8.20 Fijación de tendón	
83.8.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN FASCIA
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (83.8.9.), salvo la subcategoría	
83.8.9.10 Alargamiento de fascia	
83.9.1.	LISIS DE ADHERENCIAS DE MUSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

83.9.4.	ASPIRACIÓN DE BURSA
83.9.5.	ASPIRACIÓN DE OTRO TEJIDO BLANDO
83.9.6.	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA
83.9.7.	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE TENDÓN
83.9.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA
84.0.0.	AMPUTACIÓN DE MIEMBRO SUPERIOR NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO
84.0.1.	AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE DEDOS DE LA MANO
84.0.2.	AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE PULGAR
84.0.3.	AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE HUESOS DEL CARPO (MANO)
84.0.4.	DESARTICULACIÓN DE MUÑECA
84.0.5.	AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE ANTEBRAZO
84.0.6.	DESARTICULACIÓN DE CODO
84.0.7.	AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE HÚMERO
84.0.8.	DESARTICULACIÓN DE HOMBRO
84.0.9.	AMPUTACIÓN INTERTORACO ESCAPULAR
84.1.0.	AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
84.1.1.	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE DEDO DE PIE
84.1.2.	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE PIE
84.1.3.	DESARTICULACIÓN DE TOBILLO
84.1.4.	AMPUTACIÓN DE TOBILLO A TRAVÉS DEL MALEOLO DE TIBIA Y PERONÉ
84.1.5.	OTRA AMPUTACIÓN POR DEBAJO DE LA RODILLA
84.1.6.	DESARTICULACIÓN DE RODILLA
84.1.7.	AMPUTACIÓN POR ENCIMA DE RODILLA
84.1.8.	DESARTICULACIÓN DE CADERA
84.2.1.	REIMPLANTE DE PULGAR
84.2.2.	REIMPLANTE DE DEDOS EN MANO
84.2.3.	REIMPLANTE DE ANTEBRAZO, MUÑECA O MANO
84.2.4.	REIMPLANTE DE MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DEL BRAZO
84.2.5.	REIMPLANTE DE ARTEJOS
84.2.6.	REIMPLANTE DE PIE
84.2.7.	REIMPLANTE DE PIERNA O TOBILLO
84.2.8.	REIMPLANTE DE MUSLO
84.3.1.	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE HOMBRO
84.3.2.	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE ANTEBRAZO
84.3.3.	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE BRAZO
84.3.4.	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE MANO
84.3.5.	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE DEDOS DE MANO
84.3.6.	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE MUSLO
84.3.7.	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE LA PIERNA
84.3.8.	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DEL PIE O ARTEJOS
84.3.9.	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE CADERA
84.4.1.	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE BRAZO Y HOMBRO
84.4.3.	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS POR ENCIMA DE RODILLA
84.4.4.	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS POR DEBAJO DE RODILLA
84.4.5.	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE PIERNA
84.9.0.	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE
84.9.1.	OTRAS AMPUTACIONES
84.9.4.	CORRECCIÓN DE SINOSTOSIS RADIOCUBITAL
84.9.5.	PROCEDIMIENTOS MÚLTIPLES EN MIEMBROS INFERIORES
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (84.9.5.), salvo la subcategoría	
84.9.5.02	Infusión aislada de extremidad
84.9.6.	LITOTRIZIA ORTOPÉDICA
84.9.7.	PROCEDIMIENTOS MÚLTIPLES EN MIEMBROS SUPERIORES
85.0.1.	DRENAJE EN MAMA POR MASTOTOMÍA O MAMOTOMÍA
85.0.2.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE MAMA
85.1.1.	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE MAMA

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

85.1.2.	BIOPSIA ABIERTA DE MAMA
85.1.3.	LOCALIZACIÓN DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA
85.2.0.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE TEJIDO DE MAMA
85.2.1.	ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN DE MAMA
85.2.2.	RESECCIÓN DE CUADRANTES DE MAMA
85.2.3.	MASTECTOMÍA SUBTOTAL
85.2.4.	ESCISIÓN DE TEJIDO MAMARIO ECTÓPICO
85.2.6.	ESCISIÓN DE AREOLA O PEZÓN
85.3.0.	LEVANTAMIENTO DE MAMA [MAMOPEXIA]
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (85.3.0.), salvo la subcategoría	
85.3.0.02 Pexia mamaria [mamopexia] bilateral	
85.3.1.	REDUCCIÓN DE MAMA [MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN]
85.3.2.	PLASTIA DE AUMENTO DE MAMA [MAMOPLASTIA DE AUMENTO]
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (85.3.2.), salvo las subcategorías	
85.3.2.02 Mamoplastia de aumento bilateral con dispositivo	
85.3.2.03 Mamoplastia estética de aumento unilateral con tejido autólogo	
85.3.2.04 Mamoplastia estética de aumento bilateral con tejido autólogo	
85.3.4.	PLASTIA ONCOLÓGICA DE MAMA [MAMOPLASTIA ONCOLÓGICA]
85.4.0.	MASTECTOMÍA SUBCUTÁNEA
85.4.1.	MASTECTOMÍAS SIMPLES UNILATERALES
85.4.2.	MASTECTOMÍAS SIMPLES BILATERALES
85.4.3.	MASTECTOMÍA SIMPLE AMPLIADA UNILATERAL
85.4.4.	MASTECTOMÍA SIMPLE AMPLIADA BILATERAL
85.4.5.	MASTECTOMÍA RADICAL UNILATERAL
85.4.6.	MASTECTOMÍA RADICAL BILATERAL
85.4.7.	MASTECTOMÍA RADICAL AMPLIADA UNILATERAL
85.4.8.	MASTECTOMÍA RADICAL AMPLIADA BILATERAL
85.7.1.	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON DISPOSITIVO
85.7.2.	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON TEJIDO AUTÓLOGO
85.8.1.	SUTURA DE HERIDA DE LA MAMA
85.8.2.	INJERTO DE GROSOR PARCIAL EN LA PIEL DE LA MAMA
85.8.3.	INJERTO DE GROSOR TOTAL EN LA PIEL DE LA MAMA
85.8.4.	COLGAJO EN LA MAMA
85.8.7.	PLASTIA O RECONSTRUCCION DE PEZÓN
85.9.0.	INCISIÓN O EXTRACCIÓN DE CÁPSULA DE DISPOSITIVO EN MAMA
85.9.4.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO EN MAMA
86.0.1.	BIOPSIA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO
86.0.2.	PRUEBAS DE SENSIBILIZACIÓN EN PIEL
86.1.0.	RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE MATERIALES EXÓGENOS POR ALOGENOSIS
86.1.1.	DRENAJE DE TEJIDOS BLANDOS
86.1.2.	INCISIÓN CON EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO
86.1.4.	INYECCIÓN, INFILTRACIÓN DE MATERIAL DE RELLENO O TATUAJE DE LESIÓN O DEFECTO DE PIEL
86.1.8.	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO TERAPEUTICO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO
86.1.9.	REVISIÓN O REPROGRAMACIÓN O RETIRO DE DISPOSITIVOS DE INFUSIÓN
86.2.0.	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL
86.2.1.	ESCISIÓN DE QUISTE O SENO PILONIDAL
86.2.3.	ESCISIÓN DE ÚLCERAS Y ESCARECTOMÍAS
86.2.4.	DERMOEXFOLIACIÓN (QUIMIOCIRUGÍA DE PIEL)
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (86.2.4.), salvo las subcategorías	
86.2.4.02 Dermoexfoliación media	
86.2.4.03 Dermoexfoliación profunda	
86.2.5.	ABRASIÓN DERMICA
86.2.6.	OTROS DESBRIDAMIENTOS
86.2.7.	EXTRACCIÓN DE UÑA, LECHO O PLIEGUE
86.2.8.	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO
86.2.9.	FISTULECTOMÍA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO
86.3.1.	ABLACIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA
86.3.5.	ESCISIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR RADIOFRECUENCIA
86.3.6.	OTRA ESCISIÓN O ABLACIÓN LOCAL DE LESIONES CUTÁNEAS
86.4.1.	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

86.4.2.	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO
86.4.3.	CIRUGÍA MICROGRÁFICA [DE MOHS] POR CORTES
86.5.1.	SUTURA DE HERIDA EN ÁREA GENERAL
86.5.2.	SUTURA DE HERIDA EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUERO CABELLUDO, CUELLO, MANOS, PIES PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES)
86.6.1.	INJERTO DE PIEL PARCIAL
86.6.2.	INJERTO DE PIEL TOTAL LIBRE
86.6.3.	INJERTO CONDRROCUTANEO
86.6.4.	INJERTO EN REGIÓN PILOSA (CEJA, BARBA O CUERO CABELLUDO)
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (86.6.4.), salvo la subcategoría	
86.6.4.02 Microinjerto de cuero cabelludo	
86.6.5.	HETEROINJERTO DE PIEL
86.6.6.	HOMOINJERTO O AUTOINJERTO DE PIEL
86.6.7.	INJERTO GRASO [LIPOINJERTO]
86.7.0.	COLGAJO LOCAL
86.7.1.	COLGAJOS COMPUESTOS
86.7.2.	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD (MUSCULARES, FASCIOCUTÁNEOS, MÚSCULO-CUTÁNEOS, OSTEOMÚSCULO-CUTÁNEOS)
86.7.3.	DIFERIMIENTO DE CUALQUIER COLGAJO
86.7.5.	REVISIÓN DE INJERTO O COLGAJO
86.8.1.	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE CICATRICES
86.8.3.	PLASTIAS DE REDUCCIÓN DE TAMAÑO
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (86.8.3.), salvo la subcategoría	
86.8.3.08 Reducción de tejido adiposo en área submandibular, por liposucción	
86.8.4.	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA GENERAL
86.8.5.	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, ZONAS DE FLEXIÓN, MANOS, PIES Y GENITALES)
86.8.6.	ONICOPLASTIA
86.9.1.	RESECCIÓN DE GLÁNDULAS SUDORIPARAS
86.9.2.	MANEJO QUIRÚRGICO DE LINFEDEMA
86.9.4.	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO
86.9.5.	CURACIÓN DE LESIONES EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO
86.9.6.	INSERCIÓN DE EXPANSOR TISULAR
86.9.7.	RETIRO DE EXPANSOR TISULAR
87.0.0.	RADIOLOGÍA GENERAL DE CRáneo
87.0.1.	RADIOLOGÍA GENERAL DE CARA O HUESOS FACIALES Y TEJIDOS DENTARIOS
87.0.4.	RADIOGRAFIAS INTRAORALES
87.0.6.	RADIOLOGÍA GENERAL DE CUELLO
87.1.0.	RADIOLOGÍA GENERAL DE COLUMNA VERTEBRAL
87.1.1.	RADIOLOGÍA GENERAL DE TÓRAX
87.1.2.	RADIOLOGÍA GENERAL DE CORAZÓN Y GRANDES VASOS
87.1.3.	RADIOLOGÍA GENERAL DE MEDIASTINO Y ÓRGANOS RELACIONADOS
87.2.0.	RADIOLOGÍA GENERAL DE ABDOMEN
87.2.1.	RADIOLOGÍA GENERAL DE VÍA DIGESTIVA
87.2.2.	RADIOLOGÍA GENERAL DE VASOS INTRABDOMINALES
87.2.5.	RADIOLOGÍA GENERAL DE VÍAS BILIARES
87.3.0.	RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES
87.3.1.	RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES SUPERIORES
87.3.2.	RADIOLOGÍA GENERAL DE ARTICULACIONES EN MIEMBRO SUPERIOR
87.3.3.	RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES INFERIORES
87.3.4.	RADIOLOGÍA GENERAL DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR
87.3.5.	FLUOROSCOPIA COMO GUÍA
87.4.1.	ARTERIOGRAFIAS DE VASOS DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO
87.4.2.	RADIOGRAFIAS DE CONTRASTE EN CEREBRO Y CRáneo
87.4.3.	FLEBOGRAFÍA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (87.4.3.), salvo las subcategorías	
87.4.3.11 Flebografía epidural	
87.4.3.12 Flebografía orbitaria	
87.4.5.	ARTROGRAFÍA EN CABEZA, CARA Y CUELLO
87.4.6.	DACRIOCISTOGRAFÍA
87.4.7.	SIALOGRAFÍA
87.4.8.	RADIOLOGÍA ESPECIAL EN CUELLO, FARINGE, LARINGE

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

87.4.9.	OTROS ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE CABEZA, CARA Y CUELLO
87.5.1.	ANGIOGRAFÍA DE VASOS ESPINALES
87.5.4.	DISCOGRAFÍA
87.5.5.	MIELOGRAFÍAS
87.5.6.	ARTROGRAFÍAS EN COLUMNA
87.6.1.	ARTERIOGRAFÍAS EN VASOS DEL TÓRAX
87.6.2.	ANGIOCARDIOGRAFÍAS
87.6.3.	FLEBOGRAFÍAS DE VASOS DEL TÓRAX
87.6.4.	LINFANGIOGRAFÍA INTRATORÁCICA
87.6.5.	FISTULOGRAFÍA DE PARED TORÁCICA
87.6.6.	BRONCOGRAFÍA DE CONTRASTE
87.6.8.	MAMOGRAFÍA
87.6.9.	GALACTOGRAFÍA DE CONTRASTE
87.7.1.	ARTERIOGRAFÍAS DE VASOS ABDOMINALES Y PÉLVICOS
87.7.2.	FLEBOGRAFÍAS DE VASOS ABDOMINALES Y PÉLVICOS
87.7.3.	LINFANGIOGRAFÍAS DE VASOS ABDOMINALES Y PÉLVICOS
87.7.4.	FISTULOGRAFÍAS DE ABDOMEN Y PELVIS
87.7.6.	RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA EN VÍAS BILIARES
87.7.8.	RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE SISTEMA URINARIO
87.7.9.	RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE SISTEMA GENITAL
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (87.7.9.), salvo las subcategorías	
87.7.9.51 Vesiculografía	
87.7.9.71 Epididimografía de contraste	
87.7.9.81 Deferentografía o vasografía	
87.8.1.	ARTERIOGRAFÍA EN VASOS DE EXTREMIDADES SUPERIORES
87.8.2.	ARTERIOGRAFÍA EN VASOS DE EXTREMIDADES INFERIORES
87.8.3.	FLEBOGRAFÍA EN VASOS DE EXTREMIDADES SUPERIORES
87.8.4.	FLEBOGRAFÍA EN VASOS DE EXTREMIDADES INFERIORES
87.8.5.	LINFANGIOGRAFÍA DE EXTREMIDADES SUPERIORES
87.8.6.	LINFANGIOGRAFÍA DE EXTREMIDADES INFERIORES
87.8.7.	ARTROGRAFÍA O NEUMOARTROGRAFÍA DE EXTREMIDADES SUPERIORES
87.8.8.	ARTROGRAFÍA O NEUMOARTROGRAFÍA DE EXTREMIDADES INFERIORES
87.8.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA
87.9.1.	TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC) DE CABEZA, CARA Y CUELLO
87.9.2.	TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC) DE COLUMNA
87.9.3.	TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC) DE TÓRAX
87.9.4.	TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC) DE ABDOMEN Y PELVIS
87.9.5.	TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC) DE EXTREMIDADES
87.9.6.	TOMOGRAFÍAS POR EMISIÓN DE POSITRONES
87.9.9.	OTROS ESTUDIOS CON TOMOGRAFÍA COMPUTADA
88.1.1.	ECOGRAFÍA DE CABEZA, CARA O CUELLO
88.1.2.	ECOGRAFÍA DEL TÓRAX Y ÓRGANOS TORÁCICOS
88.1.3.	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN, PELVIS Y ÓRGANOS O ESTRUCTURAS CONEXAS
88.1.4.	ECOGRAFÍA DE PELVIS Y DE GENITALES FEMENINOS
88.1.5.	ECOGRAFÍA PÉLVICA Y DE GENITALES MASCULINOS
88.1.6.	ECOGRAFÍA DE LAS EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES
88.1.7.	OTRAS ECOGRAFÍAS
88.2.1.	ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO
88.2.2.	ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DEL ABDOMEN Y PELVIS
88.2.3.	ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DE EXTREMIDADES
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (88.2.3.), salvo la subcategoría	
88.2.3.70 Flebografía de impedancia	
88.2.6.	ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DE TRASPLANTES (ÓRGANOS TRASPLANTADOS)
88.2.8.	OTROS ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS NO ESPECIFICADOS EN OTRO CONCEPTO
88.3.1.	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CABEZA, CARA Y CUELLO
88.3.2.	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA VERTEBRAL Y CANAL ESPINAL
88.3.3.	RESONANCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX
88.3.4.	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN Y PELVIS
88.3.5.	RESONANCIA MAGNÉTICA DE EXTREMIDADES
88.3.7.	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MÚDULA ÓSEA
88.3.9.	ESTUDIOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO
88.6.0.	ESTUDIOS DE DENSIDAD MINERAL ÓSEA

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

88.6.1.	ESTUDIOS DE ELASTICIDAD TISULAR
88.7.0.	CINERADIOGRAFIAS
88.7.1.	NAVEGACIÓN ÓPTICA O ELECTROMAGNÉTICA
88.7.2.	DEFECOGRAFIAS
89.0.1.	ENTREVISTA, CONSULTA Y EVALUACIÓN (VISITA) DOMICILIARIA O AL SITIO DE TRABAJO.
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (89.0.1.), salvo las subcategorías	
89.0.1.20 Atención (visita) al sitio de trabajo, por terapia (ocupacional o física)	
89.0.1.25 Atención (visita) al sitio de trabajo, por equipo interdisciplinario	
89.0.2.	CONSULTA DESCRITA COMO GLOBAL O DE PRIMERA VEZ
89.0.3.	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO
89.0.4.	INTERCONSULTA
89.0.5.	JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
89.0.6.	CUIDADO (MANEJO) Y ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA
89.0.7.	CONSULTA DE URGENCIAS
89.1.0.	PRUEBA DEL AMOBARBITAL INTRACAROTÍDEO
89.1.1.	TONOMETRIA
89.1.2.	RINOMANOMETRIA O RINOMETRIA
89.1.3.	PRUEBA DE PROVOCACIÓN NASAL CON ALERGENO
89.1.4.	ELECTROENCEFALOGRAMA
89.1.5.	OTRAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO NEUROLÓGICO
89.1.7.	POLISOMNOGRAMA
89.1.8.	OTRAS PRUEBAS FUNCIONALES DEL TRASTORNO DEL SUEÑO
89.1.9.	MONITORIZACIONES ELECTROENCEFALOGRAFICAS O INTRAOPERATORIAS
89.2.0.	URODINAMIA
89.2.1.	MANOMETRIA URINARIA
89.2.2.	CISTOMETROGRAMA
89.2.3.	ELECTROMIOGRAFIA ESFINTER
89.2.4.	UROFLUJOMETRIA
89.2.5.	PERFIL DE PRESIÓN URETRAL
89.2.6.	ESFINTEROMANOMETRIA
89.2.8.	CISTOMETRIA
89.2.9.	OTRAS MEDICIONES O EXAMENES DEL APARATO GENITOURINARIO NO OPERATORIAS
89.3.1.	EXAMEN Y MEDICIÓN ANATOMICA-FISIOLOGICA DENTAL
89.3.2.	MANOMETRIAS ESOFAGICAS
89.3.3.	EXAMEN DIGITAL DE ESTOMA DE ENTEROSTOMIA
89.3.4.	EXAMEN DIGITAL DE RECTO
89.3.6.	ELECTROMIOGRAFIA DE ESFINTER ANAL
89.3.7.	DETERMINACION DE LA CAPACIDAD VITAL
89.3.8.	OTRAS MEDICIONES RESPIRATORIAS NO QUIRURGICAS
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (89.3.8.), salvo la subcategoría	
89.3.8.14 Presión transdiafragmática con balones	
89.3.9.	OTRAS MEDICIONES Y EXAMENES NO QUIRURGICOS
89.4.1.	PRUEBA ERGOMETRICA (DE ESFUERZO) CARDIOVASCULAR
89.4.4.	OTRAS PRUEBAS DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR
89.4.5.	COMPROBACION DE RITMO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL
89.5.0.	MONITORIZACION CARDIACA AMBULATORIA
89.5.1.	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO
89.5.2.	ELECTROCARDIOGRAMA
89.5.3.	VECTOCARDIOGRAMA (CON ECG)
89.5.4.	MONITORIZACION ELECTROCARDIOGRAFICA
89.5.5.	FONOCARDIOGRAMA Y PULSOS
89.5.7.	APICOGRAMA (CON ELECTRODO DE ECG)
89.5.8.	ULTRASONIDO INTRAVASCULAR
89.5.9.	OTRAS MEDICIONES CARDIACAS Y VASCULARES NO OPERATORIAS
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (89.5.9.), salvo las subcategorías	
89.5.9.11 Estudio hemodinámico no invasivo para mediciones volumétricas intratorácicas (cardioimpedancia)	
89.5.9.12 Estudio hemodinámico no invasivo para mediciones de presiones centrales	
89.5.9.13 Medición no invasiva de rigidez vascular	
89.6.0.	MONITORIZACION DE FRACCION DE EYECCION VENTRICULO DERECHO
89.6.1.	MONITOREO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA
89.6.2.	MONITORIZACION DE PRESION VENOSA CENTRAL
89.6.3.	MONITORIZACION DE PRESION DE ARTERIA PULMONAR
89.6.4.	MONITORIZACION DE PRESION CAPILAR DE ARTERIA PULMONAR

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

89.6.7.	MONITORIZACION DE GASTO CARDIACO POR TECNICAS DE CONSUMO DE OXIGENO
89.6.8.	MONITORIZACION DE GASTO CARDIACO POR OTRA TECNICA
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (89.6.8.), salvo las subcategorías	
89.6.8.01 Monitorización de gasto cardíaco con sonda esofágica	
89.6.8.02 Monitorización de gasto cardíaco con impedancia torácica	
89.6.9.	MONITORIZACION DE FLUJO SANGUINEO CORONARIO
89.7.0.	MONITORIA FETAL
89.8.0.	PROCEDIMIENTOS (ESTUDIOS) ANATOMOPATOLÓGICOS EN CITOLOGÍA
89.8.1.	PROCEDIMIENTOS (ESTUDIOS) ANATOMOPATOLÓGICOS, EN BIOPSIA
89.8.2.	PROCEDIMIENTOS (ESTUDIOS) ANATOMOPATOLÓGICOS EN ESPÉCIMEN
89.8.3.	PROCEDIMIENTOS (ESTUDIOS) ANATOMOPATOLÓGICOS POST MÓRTEM
89.8.8.	OTROS PROCEDIMIENTOS ANATOMOPATOLÓGICOS EN CITOLOGÍA, BIOPSIA, ESPÉCIMEN O POST MORTEM
91.1.0.	INMUNOHEMATOLOGÍA
91.1.1.	SEPARACIÓN DE COMPONENTES
91.1.2.	AFÉRESIS DE DONANTE
91.1.3.	AFÉRESIS TERAPÉUTICA
91.1.4.	BIOLOGÍA MOLECULAR EN BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL
91.2.0.	APLICACIÓN DE SANGRE O SUS DERIVADOS
92.0.1.	GAMAGRAFIA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA NERVIOSO
92.0.2.	GAMAGRAFIA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA ENDOCRINO
92.0.3.	GAMAGRAFIA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA RESPIRATORIO
92.0.4.	GAMAGRAFIA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR
92.0.5.	GAMAGRAFIA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA HEMÁTICO LINFÁTICO
92.0.6.	GAMAGRAFIA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA GASTROINTESTINAL
92.0.7.	GAMAGRAFIA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA HEPATOBILIAR
92.0.8.	GAMAGRAFIA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA GENITOURINARIO
92.0.9.	GAMAGRAFIA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA OSTEOARTICULAR
92.1.1.	DACRIOCISTOGAMAGRAFIA [GAMAGRAFIA DE VÍAS LAGRIMALES]
92.1.2.	GAMAGRAFIA CON GALIO 67
92.1.3.	GAMAGRAFIA DE VIABILIDAD TUMORAL (RASTREO GAMAGRAFICO)
92.1.6.	GAMAGRAFIA DE ANTICUERPOS MONOCLONALES
92.1.7.	GAMAGRAFIA CON DMSA PENTAVALENTE
92.1.8.	GAMAGRAFIA DE PÁNCREAS
92.2.2.	TELETERAPIA ORTOVOLTAJE
92.2.3.	TELETERAPIA CON RADIOISÓTOPOS
92.2.4.	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL CON FOTONES
92.2.5.	TELETERAPIA CON ELECTRONES
92.2.6.	BRAQUITERAPIA
92.2.8.	TERAPIAS CON RADIOISÓTOPOS
92.3.1.	RADIOCIRUGÍA DE FUENTE ÚNICA DE FOTONES
92.3.2.	RADIOCIRUGÍA DE MÚLTIPLES FUENTES DE FOTONES
93.0.1.	EVALUACIÓN FUNCIONAL
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (93.0.1.), salvo la subcategoría	
93.0.1.05 Evaluación del desempeño ocupacional funcional	
93.0.2.	EVALUACIÓN ORTESICA
93.0.3.	EVALUACIÓN PROTÉSICA EN EXTREMIDADES
93.0.4.	EVALUACIÓN DE FUNCIÓN OSTEOMUSCULAR
93.0.8.	ELECTRODIAGNÓSTICO
93.0.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACIÓN
93.1.0.	TERAPIA FÍSICA
93.1.1.	EJERCICIO ASISTIDO
93.1.5.	MODALIDADES ELÉCTRICAS Y ELECTROMAGNÉTICAS DE TERAPIA
93.1.6.	MODALIDADES MECÁNICAS DE TERAPIA
93.1.7.	MODALIDADES NEUMÁTICAS DE TERAPIA

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

93.2.4.	DISEÑO, ADECUACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN USO TECNOLOGÍA DE REHABILITACIÓN
93.3.3.	TERAPIA MODALIDADES HIDRÁULICAS E HÍDRICAS
93.3.5.	REHABILITACIÓN PULMONAR
93.3.6.	REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR
93.3.7.	ENTRENAMIENTO PRE, PERI Y POST PARTO
93.3.9.	TERAPIAS DE INTEGRACIÓN SENSORIAL
93.4.1.	TRACCIÓN ESPINAL CON EMPLEO DE DISPOSITIVO CRANEAL
93.4.2.	OTRA TRACCIÓN ESPINAL
93.4.5.	TRACCIONES ESQUELÉTICAS DE MIEMBROS
93.4.6.	TRACCIONES CUTÁNEAS DE MIEMBROS
93.5.0.	INMOVILIZACIÓN, PRESIÓN Y CUIDADO DE HERIDA DE LUGAR NO ESPECIFICADO
93.5.1.	APLICACIÓN DE VENDAJE ENYESADO
93.5.2.	APLICACIÓN O CAMBIO DE SOPORTE CERVICAL
93.5.3.	APLICACIÓN O CAMBIO DE OTRA ESCAYOLA
93.5.4.	APLICACIÓN DE FÉRULA
93.5.5.	APLICACIÓN DE ALAMBRE DENTAL
93.5.6.	APLICACIÓN DE VENDAJES DE PRESIÓN
93.5.7.	APLICACIÓN DE OTRO VENDAJE (NO COMPRESIVO) EN HERIDA
93.5.9.	OTRA INMOVILIZACIÓN, PRESIÓN Y CUIDADO DE HERIDA
93.6.1.	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO PARA MOVILIZACIÓN GENERAL
93.6.2.	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS DE ALTA VELOCIDAD Y BAJA AMPLITUD (FUERZAS DE EMPUJE)
93.6.3.	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS DE BAJA VELOCIDAD Y ALTA AMPLITUD (FUERZAS DE RESORTE)
93.6.4.	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS ISOTÓNICAS E ISOMÉTRICAS
93.6.5.	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS INDIRECTAS
93.6.6.	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO PARA DESPLAZAR LÍQUIDOS DE TEJIDOS
93.6.8.	INMOVILIZACIÓN O MANIPULACIÓN ARTICULAR INESPECÍFICA
93.7.0.	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL
93.7.1.	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE
93.7.2.	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DEL HABLA Y DEGLUCIÓN
93.7.3.	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESÓRDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS
93.7.4.	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESÓRDENES COGNITIVO COMUNICATIVOS
93.7.5.	OTRO ENTRENAMIENTO Y TERAPIA DEL HABLA
93.8.3.	TERAPIA OCUPACIONAL
93.8.5.	REHABILITACIÓN PROFESIONAL (VOCACIONAL)
93.8.6.	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD (FÍSICA, SENSORIAL O MENTAL)
93.9.0.	RESPIRACIÓN DE PRESIÓN POSITIVA CONTINUA [RPPC]
93.9.1.	RESPIRACIÓN DE PRESIÓN POSITIVA INTERMITENTE [RPPI]
93.9.3.	MÉTODOS DE RESUCITACIÓN NO MECÁNICOS
93.9.4.	TERAPIA RESPIRATORIA
93.9.5.	OXIGENACIÓN HIPERBÁRICA
93.9.6.	OTRA TERAPIA CON OXÍGENO
94.0.1.	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE INTELIGENCIA
94.0.2.	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD
94.0.3.	ANÁLISIS DE CARÁCTER (CONDUCTA)
94.0.7.	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA
94.0.9.	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL PSICOLÓGICO
94.1.1.	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL PSIQUIÁTRICO
94.1.3.	OTRAS ENTREVISTAS Y EVALUACIONES PSIQUIÁTRICAS
94.1.4.	EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
94.2.6.	TERAPIA ELECTROCONVULSIVA CON ANESTESIA Y RELAJACIONES [TECAR]
94.3.1.	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL
94.3.5.	INTERVENCIÓN EN CRISIS
94.4.0.	PSICOTERAPIA DE PAREJA
94.4.1.	PSICOTERAPIA FAMILIAR
94.4.2.	PSICOTERAPIA DE GRUPO
94.4.3.	TERAPIAS DE REHABILITACIÓN COGNITIVA
94.4.9.	INTERVENCIONES DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD

Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (94.4.9.), salvo las subcategorías

94.4.9.01 Intervención en salud mental comunitaria, por medicina general

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC)"

94.4.9.02	Intervención en salud mental comunitaria, por psiquiatría
94.4.9.03	Intervención en salud mental comunitaria, por enfermería
94.4.9.05	Intervención en salud mental comunitaria, por trabajo social
94.4.9.06	Intervención en salud mental comunitaria, por terapia ocupacional.
94.4.9.10	Intervención en salud mental comunitaria, por otro profesional de la salud
95.0.1.	VALORACIÓN ORTÓPTICA
95.0.2.	EVALUACIÓN DE BAJA VISIÓN
95.0.5.	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL
95.0.6.	OTROS PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS EN OJO
95.1.1.	FOTOGRAFÍA DE SEGMENTO ANTERIOR O POSTERIOR DEL OJO
95.1.2.	ANGIOGRAFÍAS OCULARES
95.1.3.	ECOGRAFÍAS OCULARES
95.1.4.	ESTUDIO RADIOLÓGICO DEL OJO
95.1.5.	TOPOGRAFÍAS COMPUTADAS DE CórNEA
95.1.8.	OCULOPLETISMOGRAFÍAS
95.1.9.	TOMOGRAFÍAS ÓPTICAS DE ESTRUCTURAS OCULARES
95.2.0.	BIOMETRÍAS OCULARES
95.2.1.	ELECTRORRETINOGRAFÍA
95.2.2.	ELECTROOCULOGRAFÍA
95.2.3.	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS
95.2.5.	PAQUIMETRÍAS
95.2.6.	ESTUDIOS DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR
95.2.9.	PRUEBAS DE PROVOCACIÓN CONJUNTIVAL CON ALERGENOS ESPECÍFICOS
95.3.4.	ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS OCULARES
95.3.5.	TERAPÉUTICA ORTÓPTICA
95.3.8.	BETATERAPIA
95.4.1.	AUDIOMETRÍA
95.4.3.	EVALUACIÓN AUDIOLÓGICA
95.4.4.	PRUEBAS DE LA FUNCIÓN VESTIBULAR
95.4.6.	OTRAS PRUEBAS AUDITIVAS Y VESTIBULARES
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (95.4.6.), salvo la subcategoría	
95.4.6.20	Prueba de promontorio
95.4.8.	ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS O DISPOSITIVOS AUDITIVOS
95.4.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON EL OÍDO
96.0.1.	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA NASOFARÍNGEA
96.0.2.	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA OROFARÍNGEA
96.0.3.	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA OBTURADA ESOFÁGICA
96.0.4.	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL
96.0.5.	OTRA INTUBACIÓN DE TRACTO RESPIRATORIO
96.0.6.	INSERCIÓN DE TUBO O Sonda (TAPONAMIENTO ESOFÁGICO)
96.0.7.	INSERCIÓN DE OTRO TUBO O Sonda NASO-GÁSTRICA (INTUBACIÓN PARA DECOMPRESIÓN)
96.0.8.	INSERCIÓN DE TUBO O Sonda NASO-INTESTINAL (DESCOMPRESIÓN)
96.0.9.	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE TUBO O Sonda RECTAL
96.1.2.	INSERCIÓN ADAPTACIÓN DE APARATO ORTOPÉDICO ORAL
96.1.4.	TAPONAMIENTO VAGINAL
96.1.6.	INSERCIÓN DE DISPOSITIVOS EN URETRA
96.2.1.	DILATACIÓN DEL RECTO
96.2.2.	DILATACIÓN DEL ESFÍNTER ANAL
96.2.3.	DILATACIÓN INSTRUMENTAL O MANUAL DE LA VAGINA
96.2.4.	DILATACIÓN Y MANIPULACIÓN DE ESTOMA DE ENTEROSTOMÍA
96.2.6.	REDUCCIÓN MANUAL DE PROLAPSO RECTAL
96.2.7.	REDUCCIÓN MANUAL DE HERNIA
96.3.1.	LAVADO GÁSTRICO PARA HIPOTERMIA O CONGELACIÓN GÁSTRICA
96.3.3.	LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA
96.3.8.	EXTRACCIÓN DIGITAL O MANUAL DE HECES IMPACTADAS
96.3.9.	IRRIGACIÓN O ENEMA TRANSANAL
96.4.1.	IRRIGACIÓN DE COLECISTOMÍA Y OTRO TUBO BILIAR
96.4.9.	OTRA INSTILACIÓN GENITOURINARIA
96.5.1.	IRRIGACIÓN Y LAVADO DEL OJO
96.5.2.	LAVADO E IRRIGACIÓN O CURACIÓN DE OÍDOS
96.5.3.	IRRIGACIÓN DE CONDUCTOS NASALES Y SENOS PARANASALES
96.5.5.	LIMPIEZA Y CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMÍA
96.5.9.	LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA NO QUIRÚRGICOS
96.6.1.	INFUSIÓN DE ALIMENTACIÓN ENTERAL

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

97.0.1.	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) NASOGÁSTRICO O DE ESOFAGOSTOMÍA
97.0.2.	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMÍA
97.0.3.	SUSTITUCIÓN DE TUBO O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMÍA DEL INTESTINO DELGADO
97.0.4.	SUSTITUCIÓN DE TUBO O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMÍA DEL INTESTINO GRUESO
97.0.5.	SUSTITUCIÓN DE TUBO O DISPOSITIVO EN VÍAS BILIARES O CONDUCTO PANCREÁTICO
97.1.1.	SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO SUPERIOR
97.1.2.	SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO INFERIOR
97.1.4.	SUSTITUCIÓN DE OTRO DISPOSITIVO PARA INMOVILIZACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA
97.1.5.	SUSTITUCIÓN DE CATÉTER DE HERIDA
97.1.6.	SUSTITUCIÓN DE TAPÓN O DRENAJE DE HERIDA
97.2.1.	SUSTITUCIÓN DE TAPÓN NASAL
97.2.2.	SUSTITUCIÓN DE TAPÓN DENTAL
97.2.3.	SUSTITUCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA
97.2.4.	SUSTITUCIÓN DE DIAFRAGMA VAGINAL
97.2.6.	SUSTITUCIÓN DE OTRO TAPÓN O DRENAJE VAGINAL O VULVAR
97.3.1.	EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS OCULAR
97.3.2.	EXTRACCIÓN DE TAPÓN NASAL
97.3.3.	EXTRACCIÓN DE FÉRULAS DENTALES
97.3.4.	EXTRACCIÓN DE APARATOLOGÍA ORTODÓNTICA FIJA
97.3.5.	EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS DENTAL
97.3.7.	EXTRACCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA
97.3.8.	RETIRO DE SUTURAS DE CABEZA Y CUELLO
97.4.1.	EXTRACCIÓN DE TUBO DE TORACOTOMÍA O DE DRENAJE DE CAVIDAD PLEURAL
97.4.2.	EXTRACCIÓN DE DREN MEDIASTÍNICO
97.4.3.	RETIRO DE SUTURAS DE TÓRAX
97.5.1.	EXTRACCIÓN DE TUBO DE GASTROSTOMÍA
97.5.2.	EXTRACCIÓN DE TUBO DE INTESTINO DELGADO
97.5.3.	EXTRACCIÓN DE TUBO DE INTESTINO GRUESO O APÉNDICE
97.5.4.	EXTRACCIÓN DE TUBO DE COLECISTOSTOMÍA
97.5.5.	EXTRACCIÓN DE TUBO EN T U OTRO TUBO DE VÍA BILIAR O TUBO HEPÁTICO
97.5.6.	EXTRACCIÓN DE TUBO O DREN PANCREÁTICO
97.5.9.	EXTRACCIÓN DE OTRO DISPOSITIVO TERAPÉUTICO DEL APARATO DIGESTIVO
97.6.1.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE PIELOSTOMÍA O NEFROSTOMÍA
97.6.2.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE URETEROSTOMÍA O DE CATÉTER URETERAL
97.6.3.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS DE CISTOSTOMÍA
97.6.5.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS URETRALES
97.7.1.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU)
97.7.2.	EXTRACCIÓN DE TAPÓN INTRAUTERINO
97.7.3.	EXTRACCIÓN DE DIAFRAGMA VAGINAL
97.7.5.	EXTRACCIÓN DE TAPÓN (MECHA) VAGINAL O VULVAR
97.8.1.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE DRENAJE RETROPERITONEAL
97.8.2.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE DRENAJE PERITONEAL
97.8.3.	EXTRACCIÓN DE SUTURAS DE PARED ABDOMINAL
97.8.8.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE INMOVILIZACIÓN EXTERNO
98.1.1.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO
98.1.2.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISIÓN
98.1.3.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA FARINGE
98.1.4.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA LARINGE
98.1.5.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA TRAQUEA Y BRONQUIO
98.1.6.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DEL UTERO
98.1.7.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA VAGINA
98.1.8.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL EN ESTOMA ARTIFICIAL
98.1.9.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE URETRA
98.2.0.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL
98.2.1.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN OJO
98.2.2.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN CUELLO Y CABEZA
98.2.4.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN PENE O ESCROTO
98.2.5.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN OTRO SITIO SALVO EN VULVA, PENE O ESCROTO
98.2.6.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MANO
98.2.7.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN BRAZO Y ANTEBRAZO

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

98.2.8.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE
98.2.9.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MIEMBRO INFERIOR SALVO PIE
98.5.2.	LITOTRIPCIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE EN VESÍCULA O CONDUCTO BILIAR
99.0.1.	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD
99.0.2.	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD
99.1.1.	INYECCIÓN DE GLOBULINA INMUNE RH
99.1.2.	INMUNIZACIÓN PARA ALERGIA
99.1.4.	APLICACIÓN DE GAMMA GLOBULINA O DE SUEROS INMUNES
99.1.5.	INFUSIÓN PARENTERAL DE SUSTANCIAS NUTRITIVAS CONCENTRADAS
99.1.6.	INYECCIÓN DE ANTÍDOTO
99.1.8.	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE ELECTROLITOS
99.2.1.	ADMINISTRACIÓN O INFUSIÓN DE ANTIBIÓTICO
99.2.2.	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE SUSTANCIA HORMONAL
99.2.3.	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE ESTEROIDE
99.2.5.	RÉGIMEN DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA (CICLO DE TRATAMIENTO)
99.2.8.	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE MODIFICADORES DE RESPUESTA BIOLÓGICA
99.2.9.	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRAS SUSTANCIAS TERAPÉUTICAS Y PROFILÁCTICAS
99.3.1.	VACUNACIÓN E INOCULACIÓN PROFILÁCTICA CONTRA CIERTAS ENFERMEDADES BACTERIANAS
99.3.5.	VACUNACIÓN E INOCULACIÓN PROFILÁCTICA CONTRA CIERTAS ENFERMEDADES VÍRICAS
99.4.1.	ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA TETÁNICA
99.4.2.	ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA DE BOTULISMO
99.4.3.	ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA DIFTÉRICA
99.5.1.	VACUNACIÓN CONTRA MALARIA
99.5.2.	OTRAS VACUNACIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
Nota: Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la Categoría (99.5.2.), salvo la subcategoría	
99.5.2.02 Administración vacuna SARS CoV 2 [COVID-19]	
99.6.1.	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA
99.6.3.	MASAJE CARDÍACO A TÓRAX CERRADO
99.6.4.	ESTIMULACIÓN DE SENO CAROTÍDEO
99.6.9.	OTRA CONVERSIÓN DEL RITMO CARDÍACO O RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR
99.7.1.	APLICACIÓN DE SUSTANCIAS PREVENTIVAS EN DIENTES
99.7.3.	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL [CONTROL MECÁNICO DE PLACA]
99.8.0.	MONITOREO Y CONTROL DE TEMPERATURA PERIOPERATORIA
99.8.1.	MONITOREO Y CONTROL DE HIPOTERMIA
99.8.2.	OTROS MONITOREOS
99.8.3.	FOTOTERAPIAS
99.8.5.	MONITOREO Y CONTROL DE HIPERTERMIA (TERAPIA COMPLEMENTARIA)
99.8.7.	OTROS PROCEDIMIENTOS MISCELÁNEOS DE APOYO
99.9.2.	TERAPIA DE FILTROS
99.9.3.	PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRADICIONAL CHINA
99.9.4.	PROCEDIMIENTOS NEURALTÉRAPEUTICOS

**ANEXO No. 3:
LISTADO DE PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLÍNICO FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC**

CODIGO	DESCRIPCIÓN
90.1.0.01	ANTIBIOGRAMA (DISCO)
90.1.0.02	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO
90.1.0.03	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO MANUAL
90.1.0.04	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD
90.1.0.05	LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR DILUCION
90.1.0.06	LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR E-TEST
90.1.0.07	Mycobacterium PRUEBAS DE SENSIBILIDAD
90.1.0.08	Neisseria gonorrhoeae PRUEBA DE SENSIBILIDAD
90.1.0.09	DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS (EDTA, TEST DE HODGE MODIFICADO, ACIDO BORÓNICO)
90.1.1.01	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]
90.1.1.02	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA
90.1.1.03	COLORACION ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA
90.1.1.04	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

90.1.1.05	COLORACIÓN FLUORESCENTE NARANJA DE ACRIDINA Y LECTURA
90.1.1.06	COLORACIÓN GIEMSA Y LECTURA
90.1.1.07	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
90.1.1.08	COLORACIÓN ROMANOWSKY Y LECTURA
90.1.1.09	COLORACIÓN TINTA CHINA Y LECTURA
90.1.1.10	COLORACIÓN TRICROMICA MODIFICADA Y LECTURA
90.1.1.11	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS
90.1.2.01	Actinomyces CULTIVO
90.1.2.02	Bordetella pertussis CULTIVO
90.1.2.03	Brucella CULTIVO
90.1.2.04	Clostridium botulinum CULTIVO
90.1.2.05	Clostridium difficile CULTIVO
90.1.2.06	COPROCULTIVO
90.1.2.07	Corynebacterium difteriae CULTIVO
90.1.2.08	Cryptococcus neoformans CULTIVO
90.1.2.09	CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA)
90.1.2.10	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA
90.1.2.11	CULTIVO PARA HONGOS EN MÈDULA OSEA
90.1.2.12	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA
90.1.2.13	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL
90.1.2.14	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MÈDULA OSEA
90.1.2.15	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MÈDULA OSEA
90.1.2.16	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MÈDULA OSEA
90.1.2.17	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÈDULA OSEA ORINA Y HECES
90.1.2.18	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÈDULA OSEA
90.1.2.19	CULTIVO PARA VIRUS
90.1.2.20	Helicobacter pylori CULTIVO
90.1.2.21	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA
90.1.2.22	HEMOCULTIVO AEROBIO MANUAL CADA MUESTRA
90.1.2.23	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA
90.1.2.24	HEMOCULTIVO ANAEROBIO MANUAL CADA MUESTRA
90.1.2.25	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA
90.1.2.26	HEMOCULTIVO LISIS CENTRIFUGACIÓN
90.1.2.27	HEMOCULTIVO CON RESINA CADA MUESTRA
90.1.2.28	Legionella CULTIVO
90.1.2.29	MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO
90.1.2.30	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO
90.1.2.31	Mycoplasma CULTIVO
90.1.2.32	Neisseria gonorrhoeae CULTIVO
90.1.2.33	Neisseria meningitidis CULTIVO
90.1.2.34	Nocardia spp CULTIVO HONGOS
90.1.2.35	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)
90.1.2.36	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)
90.1.2.37	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA MANUAL)
90.1.2.38	Yersinia enterocolitica CULTIVO
90.1.2.40	IDENTIFICACION DE CULTIVO AISLADO
90.1.2.41	Campylobacter spp CULTIVO
90.1.3.01	BETA LACTAMASA PRUEBA DE PENICILINASA
90.1.3.02	Demodex EXAMEN DIRECTO
90.1.3.03	Escherichia coli ENTEROPATOGENA EN MATERIA FECAL POR SEROTIPIFICACIÓN
90.1.3.04	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA
90.1.3.05	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)
90.1.3.06	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS CON CALCOFLUOR
90.1.3.07	HONGOS PRUEBA DE VIABILIDAD
90.1.3.09	Leishmania ANTICUERPOS AUTOMATIZADO
90.1.3.10	Leishmania TIPIFICACIÓN POR SONDAS DE DNA
90.1.3.11	Leptospira SEROTIPIFICACION
90.1.3.12	Listeria SEROTIPIFICACIÓN
90.1.3.13	Mycobacterium IDENTIFICACIÓN

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

90.1.3.17	Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACION POR LATEX
90.1.3.18	Sarcoptes EXAMEN DIRECTO
90.1.3.19	Shiguelia SEROTIPIFICACION
90.1.3.20	Staphylococcus aureus SEROTIPIFICACION
90.1.3.21	Streptococcus BETA HEMOLITICO GRUPO A (PRUEBA DIRECTA)
90.1.3.22	Streptococcus pneumoniae [Pneumococcus] SEROTIPIFICACION
90.1.3.23	Mycobacterium leprae PRUEBA DE VIABILIDAD
90.1.3.24	Filaria EXAMEN DIRECTO
90.1.3.25	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA
90.1.3.26	Leishmania EXAMEN DIRECTO
90.1.5.01	PRUEBA DE CONCENTRACION BACTERICIDA EN SUERO O LCR U OTROS
90.1.5.02	Clostridium TOXINA
90.2.0.01	ADHESIVIDAD PLAQUETARIA
90.2.0.02	AGREGACION PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]
90.2.0.03	AGREGACION PLAQUETARIA CURVA
90.2.0.04	ANTICOAGULANTE LUPICO
90.2.0.05	PRUEBA CONFIRMATORIA TIEMPO VENENO DE VIBORA DE RUSSELL
90.2.0.06	ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) AUTOMATIZADA
90.2.0.07	ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA
90.2.0.08	ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) MANUAL
90.2.0.09	ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL
90.2.0.10	DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)
90.2.0.11	DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)
90.2.0.12	FACTOR II DE LA COAGULACION CUANTIFICACION [PROTROMBINA]
90.2.0.14	FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC]
90.2.0.15	FACTOR III PLAQUETARIO
90.2.0.16	FACTOR V DE LA COAGULACION [LABIL O PROACELERINA]
90.2.0.17	FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE O PROCONVERTINA]
90.2.0.18	FACTOR VIII DE LA COAGULACION
90.2.0.19	ANTIGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND
90.2.0.20	FACTOR X [STUART PROWER]
90.2.0.21	FACTOR XI [PTA]
90.2.0.22	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]
90.2.0.23	FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COAGULO]
90.2.0.24	FIBRINOGENO
90.2.0.25	HEPARINA NO FRACCIONADA DOSIFICACION
90.2.0.27	INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINOGENO [PAI 1]
90.2.0.29	PLASMINOGENO
90.2.0.30	PRECALICREINA
90.2.0.31	PRODUCTOS DE DEGRADACION DE FIBRINOGENO
90.2.0.33	PROTEINA C DE LA COAGULACION ACTIVIDAD
90.2.0.34	PROTEINA C DE LA COAGULACION ANTIGENO
90.2.0.35	PROTEINA S DE LA COAGULACION ACTIVIDAD
90.2.0.36	PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO TOTAL
90.2.0.37	PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO LIBRE
90.2.0.39	RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)
90.2.0.41	RETRACCION DE COAGULO
90.2.0.42	TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACION
90.2.0.43	TIEMPO DE COAGULACION
90.2.0.44	EUGLOBULINA TIEMPO DE LISIS
90.2.0.45	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]
90.2.0.46	TIEMPO DE SANGRIA [IVY O DUKE]
90.2.0.47	TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO
90.2.0.48	TIEMPO DE TROMBINA
90.2.0.49	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]
90.2.0.50	HEPARINA COFACTOR II
90.2.0.52	CRIOFIBRINOGENO
90.2.0.53	AGREGACION PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 3 DILUCIONES
90.2.0.55	INHIBIDOR DE FACTOR II
90.2.0.56	INHIBIDOR DE FACTOR IX

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

90.2.0.57	INHIBIDOR DE FACTOR V
90.2.0.58	INHIBIDOR DE FACTOR VII
90.2.0.59	INHIBIDOR DE FACTOR VIII
90.2.0.60	INHIBIDOR DE FACTOR X
90.2.0.61	INHIBIDOR DE FACTOR XI
90.2.0.62	INHIBIDOR DE FACTOR XII
90.2.0.63	PROTROMBINA FRAGMENTOS 1.2
90.2.0.67	UNIÓN DE VON WILLEBRAND A COLAGENO: (VWF:CB)
90.2.0.68	UNIÓN DE VON WILLEBRAND A FACTOR VIII: (VWF:FVIII:B)
90.2.0.69	MULTÍMEROS DEL FACTOR DE VON WILLEBRAND: (VWF:MA)
90.2.0.71	FACTOR VON WILLEBRAND PROTEASA DE CLIVAJE
90.2.0.72	ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBRAND
90.2.0.73	VISCOELASTICIDAD DE LA SANGRE
90.2.0.74	ANTÍGENO DE FACTOR VON WILLEBRAND PRE Y POST ESTÍMULO (ESPECÍFICO) HASTA 6 MUESTRAS
90.2.0.75	ACTIVIDAD DE FACTOR VON WILLEBRAND PRE Y POST ESTÍMULO (ESPECÍFICO) HASTA 6 MUESTRAS
90.2.0.76	MEDICIÓN DE ANTIAGREGACIÓN PLAQUETARIA (ESPECÍFICO)
90.2.0.77	INHIBIDOR DE FACTOR VON WILLEBRAND
90.2.0.78	INHIBIDOR DE FACTOR XIII
90.2.1.01	CELULAS L.E.
90.2.1.02	CUERPOS DE HEINZ PRUEBA DIRECTA
90.2.1.03	CUERPOS DE HEINZ PRUEBA INDUCIDA POR FENILHIDRAZINA
90.2.1.04	DIMERO D AUTOMATIZADO
90.2.1.05	DIMERO D MANUAL
90.2.1.06	ERITROPOYETINA
90.2.1.07	FRAGILIDAD OSMÓTICA DE ERITROCITOS
90.2.1.08	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA
90.2.1.09	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA
90.2.1.10	HEMOGLOBINA A 2
90.2.1.11	HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA
90.2.1.12	HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA
90.2.1.13	HEMOGLOBINA PLASMÁTICA
90.2.1.14	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL
90.2.1.15	HEMÓLISIS ÁCIDA [PRUEBA DE HAM]
90.2.1.16	HIERRO MEDULAR
90.2.1.18	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA
90.2.1.19	PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN PLAQUETARIA
90.2.1.20	PLASMINÓGENO ACTIVADOR TISULAR
90.2.1.21	PRUEBA DE CICLAJE [CÉLULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]
90.2.1.23	VISCOSIDAD RELATIVA DEL SUERO
90.2.2.04	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL
90.2.2.05	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA
90.2.2.06	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA
90.2.2.07	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL
90.2.2.08	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E ÍNDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO
90.2.2.09	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA) AUTOMATIZADO
90.2.2.10	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO
90.2.2.11	HEMATOCRITO
90.2.2.13	HEMOGLOBINA
90.2.2.14	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA
90.2.2.15	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA
90.2.2.16	LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)
90.2.2.17	PRUEBA DE TORNQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]
90.2.2.18	RECUENTO DE EOSINÓFILO EN CUALQUIER MUESTRA
90.2.2.19	EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL
90.2.2.20	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

90.2.2.21	RECUEENTO DE PLAQUETAS MANUAL
90.2.2.23	RECUEENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL
90.2.2.24	RECUEENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO
90.2.2.25	TÍTULO ANTI D
90.2.2.26	PRUEBA DE SUCROSA EN ERITROCITOS [TEST DE HARTMAN]
90.3.0.01	ALFA 2 MACROGLOBULINA
90.3.0.02	ALFA FETOPROTEÍNA [AFP] EN LÍQUIDO AMNIÓTICO
90.3.0.03	BICARBONATO
90.3.0.04	CÁLCULO BILIAR ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO
90.3.0.05	CÁLCULO RENAL ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO
90.3.0.06	CAROTENOS
90.3.0.07	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H
90.3.0.08	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA
90.3.0.09	CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H
90.3.0.10	CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA
90.3.0.11	DEOXIPIRIDINOLINA
90.3.0.13	ESPERMOGRAMA COMPLETO
90.3.0.14	ESTERASA PANCREÁTICA ENZIMA ALFA NAFTIL-BUTIRATO
90.3.0.15	ESTERASA PANCREÁTICA ENZIMA ALFA NAFTIL-CLORACETATO
90.3.0.16	FERRITINA
90.3.0.17	FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA
90.3.0.18	FOSFATASA ALCALINA TERMOESTABLE
90.3.0.19	FRACCIÓN EXCRETADA DE BICARBONATO
90.3.0.20	HAPTOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADA
90.3.0.21	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA
90.3.0.22	HOMOCISTEÍNA
90.3.0.23	HIDROXIPROLINA EN ORINA
90.3.0.24	LACTÓGENO PLACENTARIO
90.3.0.25	METANEFRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.0.26	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL
90.3.0.27	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.0.28	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA
90.3.0.30	MIOGLOBINA CARDÍACA
90.3.0.31	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO
90.3.0.32	N-TELOPEPTIDO
90.3.0.33	OSMOLARIDAD EN ORINA
90.3.0.34	OSMOLARIDAD EN SUERO
90.3.0.35	OSTEOCALCINA
90.3.0.36	OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE
90.3.0.37	PIRIDINOLINA EN ORINA
90.3.0.38	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS
90.3.0.39	PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE
90.3.0.40	PORFOBILINOGENO CUALITATIVO EN ORINA PARCIAL
90.3.0.41	PORFOBILINOGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.0.42	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]
90.3.0.43	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory
90.3.0.44	SATURACIÓN DE TRANSFERRINA
90.3.0.45	TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA
90.3.0.46	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA
90.3.0.47	TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL
90.3.0.48	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A]
90.3.0.49	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A] Y BETAGONADOTROPINA CORIÓNICA LIBRE [BHCG LIBRE] DOBLE MARCADOR
90.3.0.50	ALFAFETOPROTEÍNA [AFP] BETAGONADOTROPINA CORIÓNICA LIBRE [BHCG LIBRE] Y ESTRIOL TRIPLE MARCADOR
90.3.0.51	UROPORFIRINAS CUALITATIVAS
90.3.0.52	CITRATOS EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.0.53	CITRATOS EN ORINA PARCIAL
90.3.0.54	C-TELOPEPTIDO
90.3.0.55	ESPERMATOZOIDES PEROXIDACIÓN LIPÍDICA
90.3.0.56	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA PARCIAL

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

90.3.0.57	PORFIRINAS DIFERENCIADAS EN SANGRE
90.3.0.58	METANEFIRINAS EN ORINA PARCIAL
90.3.0.59	METANEFIRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.0.60	ANTIOXIDANTES TOTALES
90.3.0.61	DELTA DE PCO2 EN ORINA
90.3.0.62	MEDICIÓN DE GASES EN SANGRE VENOSA
90.3.0.63	GLICOPROTEÍNA P
90.3.0.64	HEMOPEXINA
90.3.0.65	PRO PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [PRO-BNP] (PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO)
90.3.0.66	PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [BNP] [PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO]
90.3.0.67	METANEFIRINAS LIBRES EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.3.0.68	METANEFIRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.3.0.69	NORMETANEFIRINAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.3.1.01	ÁCIDOS BILIARES TOTALES
90.3.1.02	ÁCIDO CÍTRICO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.1.03	ÁCIDO 5 HIDROXI INDOLACÉTICO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.1.04	ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.1.05	ÁCIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO
90.3.1.06	ÁCIDO FÓLICO EN ERITROCITOS
90.3.1.08	ÁCIDO HOMOGENÉSICO EN ORINA
90.3.1.09	ÁCIDO HOMOVALÍNICO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.1.10	ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO
90.3.1.11	ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO
90.3.1.12	ÁCIDO PIRÚVICO [PIRUVATO]
90.3.1.13	ÁCIDO VANILMANDELICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.1.14	ÁCIDOS BILIARES FRACCIONADOS
90.3.2.02	FENILALANINA CUALITATIVA
90.3.3.01	GALACTOSA CUANTITATIVA
90.3.3.02	CURVA DE LACTOSA
90.3.4.01	ADENOSIN DEAMINASA [ADA]
90.3.4.02	ALDOLASA
90.3.4.03	ALFA 1 ANTIQUIMOTRIPSINA SEMIAUTOMATIZADA
90.3.4.04	ALFA 1 ANTIQUIMOTRIPSINA AUTOMATIZADA
90.3.4.05	ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO
90.3.4.06	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA
90.3.4.07	ALFA 1 GLICOPROTEÍNA ÁCIDA U OROMUCOIDE
90.3.4.08	ALFA 2 ANTIPLASMINA FUNCIONAL
90.3.4.09	APOLIPOPROTEÍNAS A1 SEMIAUTOMATIZADA
90.3.4.10	APOLIPOPROTEÍNAS B SEMIAUTOMATIZADA
90.3.4.11	APOLIPOPROTEÍNAS A1 AUTOMATIZADA
90.3.4.12	APOLIPOPROTEÍNAS B AUTOMATIZADA
90.3.4.16	CERULOPLASMINA SEMIAUTOMATIZADA
90.3.4.17	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA
90.3.4.19	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]
90.3.4.20	COLINESTERASA SERICA
90.3.4.21	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.4.22	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA
90.3.4.23	D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCIÓN
90.3.4.24	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTÍRICA
90.3.4.25	FRUCTOSAMINA
90.3.4.26	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA
90.3.4.27	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA
90.3.4.28	HEMOSIDERINA EN ORINA
90.3.4.29	ISOCITRATO DESHIDROGENASA
90.3.4.30	LEUCINA AMINOPEPTIDASA
90.3.4.31	LIPOPROTEÍNA A
90.3.4.32	NUCLEOTIDASA 5
90.3.4.33	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA
90.3.4.34	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA
90.3.4.35	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA EN ORINA DE 24HORAS
90.3.4.36	TROPONINA I CUALITATIVA
90.3.4.37	TROPONINA I CUANTITATIVA

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

90.3.4.38	TROPONINA T CUALITATIVA
90.3.4.39	TROPONINA T CUANTITATIVA
90.3.4.40	TRIPTASA NIVELES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.3.5.01	LÍQUIDO AMNIÓTICO CURVA ESPECTRAL O DE LILEY
90.3.5.02	LÍQUIDO AMNIÓTICO ÍNDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR (LECITINA-ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE-ALBUMINA FOSFATIDIL GLICEROL RECUENTO DE CÉLULAS LAMELARES O ESPECTROFOTOMETRÍA 650 nm)
90.3.5.03	LÍQUIDO PERICÁRDICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DENSIDAD Y PROTEÍNAS)
90.3.5.04	LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS FACTOR R.A. COMPLEMENTO TEST DE MUCINA Y ANÁLISIS CON LUZ POLARIZADA)
90.3.5.05	LÍQUIDO SINOVIAL CRISTALES
90.3.5.06	OTROS LÍQUIDOS (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS)
90.3.6.01	ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.6.02	AMONIO
90.3.6.03	CALCIO AUTOMATIZADO
90.3.6.04	CALCIO IÓNICO
90.3.6.05	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]
90.3.6.08	ZINC
90.3.6.09	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.6.10	ALUMINIO EN ORINA PARCIAL
90.3.6.11	ALUMINIO EN SUERO
90.3.6.12	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICIÓN DIRECTA
90.3.6.13	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICIÓN INDIRECTA
90.3.7.01	VITAMINA A [RETINOL]
90.3.7.02	VITAMINA B1 [TIAMINA]
90.3.7.03	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]
90.3.7.04	VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]
90.3.7.05	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]
90.3.7.06	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]
90.3.7.07	VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]
90.3.7.08	VITAMINA E [TOCOFEROL]
90.3.7.09	VITAMINA C [ÁCIDO ASCÓRBICO]
90.3.7.11	VITAMINA K
90.3.8.01	ÁCIDO ÚRICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
90.3.8.02	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.03	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
90.3.8.04	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.05	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
90.3.8.06	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.07	ASPIRADO GÁSTRICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO DE POLIMORFONUCLEARES)
90.3.8.08	BALANCE NITROGENADO [ÍNDICE CATABÓLICO]
90.3.8.09	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA
90.3.8.10	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO
90.3.8.11	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.12	CAPACIDAD DE COMBINACIÓN DEL HIERRO
90.3.8.13	CLORO
90.3.8.14	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.15	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD
90.3.8.16	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO
90.3.8.17	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
90.3.8.18	COLESTEROL TOTAL
90.3.8.19	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) SEMIAUTOMATIZADA
90.3.8.20	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) AUTOMATIZADA
90.3.8.21	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]
90.3.8.22	CREATINA
90.3.8.23	CREATININA DEPURACIÓN
90.3.8.24	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.26	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN ORINA
90.3.8.27	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN SANGRE
90.3.8.28	DESHIDROGENASA LÁCTICA

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

90.3.8.29	DESHIDROGENASA LÁCTICA ISOENZIMAS
90.3.8.30	FOSFATASA ÁCIDA
90.3.8.31	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA SEMIAUTOMATIZADA
90.3.8.32	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA AUTOMATIZADA
90.3.8.33	FOSFATASA ALCALINA
90.3.8.34	FOSFATASA ALCALINA ESPECÍFICA DE HUESO
90.3.8.35	FÓSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
90.3.8.36	FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.37	FRACCIÓN EXCRETADA DE SODIO
90.3.8.38	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA
90.3.8.39	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)
90.3.8.40	GLUCOSA EN ORINA
90.3.8.41	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
90.3.8.42	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA
90.3.8.43	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL
90.3.8.44	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA
90.3.8.45	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN
90.3.8.46	HIERRO TOTAL
90.3.8.47	LIPASA
90.3.8.48	LÍQUIDO AMNIÓTICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO: CÉLULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)
90.3.8.49	LÍQUIDO ASCÍTICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO)
90.3.8.50	LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON GLUCOSA PROTEÍNAS MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)
90.3.8.51	LÍQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DETECCIÓN DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y AMILASA)
90.3.8.52	LÍQUIDO PLEURAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LÁCTICA)
90.3.8.53	LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y TEST DE MUCINA)
90.3.8.54	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
90.3.8.55	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.56	NITRÓGENO UREICO
90.3.8.57	NITRÓGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.58	OSMOLARIDAD CALCULADA
90.3.8.59	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
90.3.8.60	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.61	PROTEÍNAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]
90.3.8.62	PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.63	PROTEÍNAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS
90.3.8.64	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
90.3.8.65	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.66	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]
90.3.8.67	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]
90.3.8.68	TRIGLICÉRIDOS
90.3.8.69	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS
90.3.8.70	UREA EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.71	AMILASA EN ORINA PARCIAL
90.3.8.72	SODIO EN ORINA PARCIAL
90.3.8.73	CALCIO EN ORINA PARCIAL
90.3.8.74	PROTEÍNAS TOTALES EN ORINA PARCIAL
90.3.8.75	FÓSFORO EN ORINA PARCIAL
90.3.8.76	CREATININA EN ORINA PARCIAL
90.3.8.77	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA PARCIAL
90.3.8.78	POTASIO EN ORINA PARCIAL
90.3.8.79	MAGNESIO EN ORINA PARCIAL
90.3.8.80	CORO EN ORINA PARCIAL
90.3.8.81	CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.83	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]
90.3.8.84	TEST DE O'SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)
90.3.8.85	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

90.3.8.86	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)
90.3.8.87	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)
90.3.8.88	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 90 Y 120 MINUTOS)
90.3.8.89	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)
90.3.8.90	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)
90.3.8.91	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)
90.3.8.92	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)
90.3.8.93	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)
90.3.8.94	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)
90.3.8.95	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
90.4.0.01	ANGIOTENSINA II
90.4.0.02	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA
90.4.0.04	RENINA TOTAL
90.4.0.05	RENINA ACTIVIDAD PLASMÁTICA
90.4.0.06	LEPTINA
90.4.1.01	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]
90.4.1.02	HORMONA ANTIDIURÉTICA
90.4.1.03	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA
90.4.1.04	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA]
90.4.1.05	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE
90.4.1.06	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA
90.4.1.07	HORMONA LUTEINIZANTE
90.4.1.08	PROLACTINA
90.4.1.09	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)
90.4.1.11	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA PRE Y POST CADA MUESTRA
90.4.2.01	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTIMULACIÓN CADA MUESTRA
90.4.2.02	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA
90.4.2.03	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST OTRO ESTÍMULO CADA MUESTRA
90.4.2.04	PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACIÓN
90.4.2.05	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO CLONIDINA CADA MUESTRA
90.4.2.06	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO GLUCAGÓN CADA MUESTRA
90.4.2.07	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO GLUCOSA CADA MUESTRA
90.4.2.08	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO INSULINA CADA MUESTRA
90.4.2.10	PROLACTINA PRE Y POST TRH CADA MUESTRA
90.4.3.01	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACIÓN 2 MUESTRAS
90.4.3.02	CORTISOL PRE Y POST SUPRESIÓN CON DEXAMETASONA
90.4.3.03	CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS
90.4.4.01	ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIÓNICA CADA MUESTRA
90.4.4.02	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA CADA MUESTRA
90.4.4.03	INHIBINA A
90.4.4.04	INHIBINA B
90.4.4.05	MACROPROLACTINA
90.4.5.01	ANDROSTENEDIONA
90.4.5.03	ESTRADIOL
90.4.5.04	ESTRIOL
90.4.5.05	ESTRIOL LIBRE
90.4.5.06	ESTRÓGENOS (ESTRADIOL 17 BETA)
90.4.5.07	ESTRONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

90.4.5.08	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO
90.4.5.09	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA
90.4.5.10	PROGESTERONA
90.4.5.11	HORMONA ANTIMULLERIANA
90.4.5.12	ANDROSTERONA
90.4.6.01	TESTOSTERONA LIBRE
90.4.6.02	TESTOSTERONA TOTAL
90.4.6.03	TESTOSTERONA TOTAL PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA CADA MUESTRA
90.4.6.05	DIHIDROTESTOSTERONA
90.4.7.01	GLUCAGÓN
90.4.7.02	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA
90.4.7.03	INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)
90.4.7.04	INSULINA (CADA MUESTRA)
90.4.7.05	INSULINA LIBRE
90.4.7.06	PEPTIDO C
90.4.7.07	PROINSULINA
90.4.7.08	SOMATOSTATINA
90.4.7.09	ADIPONECTINA
90.4.7.10	PROTEINA TRANSPORTADORA DE LA SOMATOMEDINA C
90.4.7.11	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)
90.4.7.12	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)
90.4.7.13	INSULINA CURVA DE 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)
90.4.7.14	INSULINA CURVA DE 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)
90.4.7.15	INSULINA CURVA DE 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)
90.4.7.16	INSULINA CURVA DE 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)
90.4.7.17	INSULINA CURVA DE 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)
90.4.7.18	INSULINA CURVA DE 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)
90.4.7.19	PEPTIDO C PRE Y POST GLUCAGÓN
90.4.7.20	ELASTASA PANCREÁTICA
90.4.7.21	PEPTIDO INTESTINAL VASOACTIVO
90.4.8.01	ALDOSTERONA
90.4.8.02	ALDOSTERONA EN ORINA
90.4.8.03	ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA
90.4.8.04	CETOESTEROIDES 17
90.4.8.05	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS
90.4.8.06	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)
90.4.8.07	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS
90.4.8.08	DEHIDROEPINANDROSTERONA
90.4.8.09	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA
90.4.8.10	DEOXCORTISOL 11
90.4.8.11	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17
90.4.8.12	CORTISOL AM
90.4.8.13	CORTISOL PM
90.4.8.14	HIDROXICORTICOESTEROIDES EN ORINA PARCIAL
90.4.9.01	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA
90.4.9.02	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES
90.4.9.04	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE
90.4.9.05	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN
90.4.9.06	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN ULTRASENSIBLE
90.4.9.07	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 1 HORA TRES MUESTRAS
90.4.9.08	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 2 HORAS CUATRO MUESTRAS
90.4.9.09	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST DOS MUESTRAS ULTRASENSIBLE
90.4.9.10	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 1 HORA TRES MUESTRAS ULTRASENSIBLE
90.4.9.11	HORMONA PARATIROIDEA C TERMINAL
90.4.9.12	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA INTACTA
90.4.9.13	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA MEDIA
90.4.9.14	HORMONA PARATIROIDEA N TERMINAL

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

90.4.9.15	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 2 HORAS CUATRO MUESTRAS ULTRASENSIBLE
90.4.9.20	TIROGLOBULINA
90.4.9.21	TIROXINA LIBRE
90.4.9.22	TIROXINA TOTAL
90.4.9.23	TRIYODOTIRONINA (CAPTACION)
90.4.9.24	TRIYODOTIRONINA LIBRE
90.4.9.25	TRIYODOTIRONINA TOTAL
90.4.9.26	TIROXINA NORMALIZADA
90.4.9.27	TRIYODOTIRONINA REVERSA
90.5.0.01	NIVEL DE LIDOCAÍNA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN SUERO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.5.0.02	NIVEL DE LIDOCAÍNA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN ORINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.5.0.03	NIVEL DE PROCAINAMIDA METABOLITOS N-ACETIL PROCAINAMIDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.5.1.01	CUMARÍNICOS
90.5.1.02	WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA
90.5.1.03	WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA
90.5.1.04	NIVEL DE INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR Xa
90.5.1.05	NIVEL DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA TROMBINA
90.5.1.06	NIVEL DE INHIBIDORES INDIRECTOS DEL FACTOR Xa (HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR)
90.5.2.01	ÁCIDO VALPROICO AUTOMATIZADO
90.5.2.02	ÁCIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO
90.5.2.03	BARBITÚRICOS CUANTITATIVO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.5.2.04	BARBITÚRICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.5.2.05	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA
90.5.2.06	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA
90.5.2.08	ETOSUXÍMIDA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA
90.5.2.10	FENITOÍNA LIBRE AUTOMATIZADA
90.5.2.13	FENITOÍNA TOTAL AUTOMATIZADA
90.5.2.14	FENOBARBITAL NIVELES SERICOS AUTOMATIZADO
90.5.3.01	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO
90.5.3.02	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS SEMICUANTITATIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.5.3.03	ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO
90.5.3.04	ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.5.3.05	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO
90.5.3.06	BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.5.3.07	CLORPROMAZINA
90.5.3.08	FENCICLIDINA
90.5.3.09	FENOTIAZINAS AUTOMATIZADO
90.5.3.10	FENOTIAZINAS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.5.3.12	LITIO AUTOMATIZADO
90.5.3.13	LITIO SEMIAUTOMATIZADO
90.5.4.01	AMIKACINA AUTOMATIZADO
90.5.4.04	GENTAMICINA AUTOMATIZADA
90.5.4.06	KANAMICINA AUTOMATIZADO
90.5.4.07	NETILMICINA AUTOMATIZADO
90.5.4.09	TOBRAMICINA AUTOMATIZADO
90.5.4.10	VANCOMICINA AUTOMATIZADO
90.5.4.16	ITRACONAZOLE AUTOMATIZADO
90.5.5.01	CICLOSERINA SEMIAUTOMATIZADO
90.5.5.02	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.5.5.03	TACROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.5.5.04	METOTREXATO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.5.5.05	EVEROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.5.6.01	DIGITOXINA AUTOMATIZADO
90.5.6.02	DIGITOXINA SEMIAUTOMATIZADO
90.5.6.03	DIGOXINA AUTOMATIZADO
90.5.6.04	DIGOXINA SEMIAUTOMATIZADO
90.5.6.06	NITROPRUSIATO DE SODIO

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

90.5.6.07	TEOFILINA SEMIAUTOMATIZADO
90.5.6.08	TEOFILINA AUTOMATIZADO
90.5.7.01	ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO
90.5.7.02	ACETAMINOFEN SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.03	ALCALOIDES AUTOMATIZADO
90.5.7.04	ALCALOIDES SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.05	ALCOHOL ETÍLICO AUTOMATIZADO
90.5.7.06	ALCOHOL ETÍLICO SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.07	ALCOHOL METÍLICO [FORMALDEHÍDO] MANUAL
90.5.7.08	ALCOHOL METÍLICO [FORMALDEHÍDO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.5.7.09	ARSÉNICO SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.10	ATROPÍNICOS AUTOMATIZADO
90.5.7.11	ATROPÍNICOS SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.13	BIPIRIDILO AUTOMATIZADO
90.5.7.14	CAFEÍNA AUTOMATIZADO
90.5.7.15	CAFEÍNA SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.16	CANNABINOIDES AUTOMATIZADO
90.5.7.17	CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.18	CARBAMATOS O METABOLITOS AUTOMATIZADO
90.5.7.19	CARBAMATOS O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.20	CIANUROS SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.21	CIANUROS AUTOMATIZADO
90.5.7.22	HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO
90.5.7.23	HIDROCARBUROS SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.24	COCAÍNA O METABOLITOS MANUAL
90.5.7.25	COCAÍNA O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.26	COCAÍNA O METABOLITOS AUTOMATIZADO
90.5.7.27	DROGAS DE ABUSO
90.5.7.28	ESTRICNINA SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.29	ESTRICNINA AUTOMATIZADO
90.5.7.30	MERCURIO SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.31	MERCURIO AUTOMATIZADO
90.5.7.32	METACUALONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.5.7.33	METACUALONA MANUAL
90.5.7.34	METADONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.5.7.35	METADONA MANUAL
90.5.7.36	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.37	MONÓXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.38	MONÓXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] AUTOMATIZADO
90.5.7.39	OPIÁCEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.5.7.40	OPIÁCEOS MANUAL
90.5.7.41	ORGANOCORADOS SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.42	ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.43	ORGANOFOSFORADOS MANUAL
90.5.7.44	PARANITROFENOL SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.45	PIRETRINAS MANUAL
90.5.7.46	PIRETRINAS SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.48	PIRETROIDES MANUAL
90.5.7.49	PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.5.7.50	PRIMIDONA MANUAL
90.5.7.51	PROPOXIFENO AUTOMATIZADO
90.5.7.52	PROPOXIFENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.53	QUININA SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.55	SALICILATOS AUTOMATIZADO
90.5.7.56	SALICILATOS SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.58	SOLVENTES O METABOLITOS AUTOMATIZADO
90.5.7.59	SUSTANCIAS ALUCINOGENAS
90.5.7.60	TALIO SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.61	FENOL SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.62	ÁCIDO HIPÚRICO SEMIAUTOMATIZADO
90.5.8.01	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA (ESPECÍFICA)
90.6.0.01	ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

90.6.0.02	ANTIESTREPTOLISINA MANUAL
90.6.0.03	Bordetella pertussis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.04	Bordetella pertussis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO
90.6.0.05	Bordetella pertussis ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO
90.6.0.06	Bordetella pertussis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO
90.6.0.07	Bordetella pertussis ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO
90.6.0.08	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.09	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.10	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA
90.6.0.11	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA
90.6.0.12	Brucella spp ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO
90.6.0.13	Brucella spp ANTICUERPOS MANUAL
90.6.0.14	Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.16	Chlamydia pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.17	Chlamydia psittaci ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.18	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.19	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.20	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.21	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.22	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.23	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.24	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.25	Helicobacter pylori ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.26	Legionella spp ANTICUERPOS Ig G SEROTIPOS 1-14 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.27	Legionella pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO
90.6.0.28	Legionella pneumoniae ANTICUERPOS AUTOMATIZADO
90.6.0.29	Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.30	Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.32	Mycobacterium tuberculosis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.33	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.34	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.35	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.36	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.37	Shigella ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.38	Streptococcus B hemolítico, ANTICUERPOS DESOXIRIBONUCLEASA B
90.6.0.39	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONÉMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA
90.6.0.40	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.41	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.45	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.46	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.47	Bartonella quintana ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.48	Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.49	Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.50	Actinomyces ANTICUERPOS
90.6.0.51	Neisseria gonorrhoeae ANTICUERPOS
90.6.0.52	Streptococcus pneumoniae (SEROTIPOS ESPECÍFICOS) ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.02	Aspergillus ANTICUERPOS MANUAL
90.6.1.03	Blastomyces ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.04	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.05	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.06	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.07	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.08	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G CONFIRMATORIO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.6.1.09	Cisticerco ANTICUERPOS TOTALES
90.6.1.10	Echinococcus ANTICUERPOS
90.6.1.11	Coccidioides ANTICUERPOS
90.6.1.12	Cryptococcus neoformans ANTICUERPOS MANUAL
90.6.1.13	Entamoeba histolítica ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.14	Entamoeba histolítica ANTICUERPOS MANUAL

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

90.6.1.15	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.16	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.17	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.18	Histoplasma capsulatum ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.19	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES MANUAL
90.6.1.20	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.21	Leishmania ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.6.1.22	Plasmodium ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.6.1.23	Paracoccidioides ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.25	Toxocara canis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.26	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.27	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO
90.6.1.28	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.6.1.29	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO
90.6.1.30	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.6.1.31	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.32	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS MANUAL
90.6.1.33	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.34	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.35	Aspergillus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.36	Aspergillus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.38	Saccharomyces cerevisiae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.39	Saccharomyces cerevisiae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.40	Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.41	Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.01	Adenovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.02	Adenovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL
90.6.2.03	Adenovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.04	Adenovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL
90.6.2.05	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.06	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.07	Dengue ANTICUERPOS Ig G
90.6.2.08	Dengue ANTICUERPOS Ig M
90.6.2.09	Dengue ANTICUERPOS TOTALES
90.6.2.10	Enterovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.11	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (CÁPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.12	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (CAPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.13	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NÚCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.14	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.15	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.16	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NÚCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.17	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.18	Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.19	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.20	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.21	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBC] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.22	Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI-HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.23	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.24	Hepatitis B ANTICUERPOS DNA POLIMERASA AUTOMATIZADA
90.6.2.25	Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.26	Hepatitis delta ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.27	Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.28	Herpes I ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.29	Herpes I ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

90.6.2.30	Herpes II ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.31	Herpes II ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.32	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.33	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.34	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G
90.6.2.35	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M
90.6.2.36	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G
90.6.2.37	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M
90.6.2.38	Parotiditis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.39	Poliovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.40	Poliovirus ANTICUERPOS SEROTIPOS 1-3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.41	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO
90.6.2.42	Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO
90.6.2.43	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO
90.6.2.44	Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO
90.6.2.45	Sarampión ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.46	Sarampión ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.47	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.48	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.49	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS
90.6.2.50	Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA
90.6.2.51	Virus de Encefalitis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.52	Virus de Fiebre Amarilla ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.53	Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig G
90.6.2.54	Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig M
90.6.2.55	Toxocara spp ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.56	Helicobacter pylori ANTIGENO
90.6.2.57	Pneumocystis carinii ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.58	Parotiditis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.59	Parvovirus B19 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.60	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL
90.6.2.61	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL
90.6.2.62	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] MANUAL
90.6.2.63	Hepatitis C ANTICUERPOS MANUAL
90.6.2.64	Rubeola ANTICUERPOS MANUAL
90.6.2.65	Sarampión ANTICUERPOS MANUAL
90.6.2.66	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.67	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.68	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Rubeola SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.69	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Citomegalovirus SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.01	Adenovirus ANTIGENO
90.6.3.02	ANTIGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1
90.6.3.03	ANTIGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.6.3.04	ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.6.3.05	Arbovirus ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.06	Bordetella pertussis ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.07	Chlamydia trachomatis ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.08	Chlamydia trachomatis ANTIGENO MANUAL
90.6.3.10	Coxsackie A ANTIGENO POR NEUTRALIZACION SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.12	Coxsackie B ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.14	Cryptococcus neoformans ANTIGENO
90.6.3.15	Entamoeba histolítica ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.16	Giardia lamblia MANUAL
90.6.3.17	Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]
90.6.3.18	Hepatitis B ANTIGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.19	Hepatitis delta ANTIGENO [Ag HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.20	Herpes simplex ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.21	Influenza ANTIGENO
90.6.3.22	Legionella spp ANTIGENO
90.6.3.23	Neisseria gonorrhoeae ANTIGENO

23 DIC 2021

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

90.6.3.24	Parainfluenza TIPO 1 3 ANTIGENO
90.6.3.25	Pneumocystis carinii ANTIGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.26	Rotavirus ANTIGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.27	Rotavirus ANTIGENOS MANUAL
90.6.3.28	Salmonella spp IDENTIFICACIÓN MANUAL
90.6.3.29	Virus Sincitial Respiratorio ANTIGENO
90.6.3.31	Streptococcus pneumoniae ANTIGENO
90.6.3.32	Hepatitis B [HBsAg] ANTIGENO DE SUPERFICIE PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN AUTOMATIZADA
90.6.3.33	Aspergillus spp ANTIGENO (GALACTOMANAN) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.34	Cándida spp ANTIGENO
90.6.3.35	Cryptosporidium spp ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.36	Giardia lamblia ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.37	Histoplasma capsulatum ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.38	Plasmodium spp ANTIGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.39	Clostridium difficile ANTIGENO A Y B
90.6.4.01	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO
90.6.4.04	ADN CADENA SENCILLA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.05	ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA
90.6.4.06	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.07	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.08	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.09	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.10	CELULAS DE PURKINGE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.11	CELULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.13	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.14	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.6.4.15	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C ANCA O P ANCA] AUTOMATIZADO
90.6.4.16	DEOXIRRIBONUCLEASA B AUTOANTICUERPOS [ANTI ADN B] AUTOMATIZADO
90.6.4.17	DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.18	DNA n ANTICUERPOS MANUAL
90.6.4.19	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS AUTOMATIZADO
90.6.4.20	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.6.4.21	FACTOR ANTINÚCLEO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.22	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.23	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.24	HISTONA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.25	INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.26	INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.28	ISOLEUCOAGLUTININAS
90.6.4.29	Jo1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.30	SSB [La] ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.31	MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.32	MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO
90.6.4.33	MITOCONDRIA ANTICUERPOS MANUAL
90.6.4.34	MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO
90.6.4.35	MÚSCULO ESTRIADO ANTICUERPOS
90.6.4.36	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO
90.6.4.37	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL
90.6.4.38	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO
90.6.4.40	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO
90.6.4.41	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL
90.6.4.42	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO
90.6.4.43	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCIÓN MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.6.4.44	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCIÓN AUTOMATIZADO
90.6.4.45	PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.46	PLAQUETAS ANTIGENOS ASOCIADOS A ANTICUERPOS Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.47	PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

90.6.4.48	PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO
90.6.4.49	PM2 ANTICUERPOS AUTOMATIZADO
90.6.4.50	PROTEINA RIBOSOMAL P ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.51	QUERATINA ANTICUERPOS
90.6.4.52	RECEPTORES BETA-2 ADRENERGICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.53	RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.54	SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.55	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.56	Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.57	TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS
90.6.4.58	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO
90.6.4.59	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) MANUAL
90.6.4.60	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO
90.6.4.62	TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS
90.6.4.63	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO
90.6.4.64	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS MANUAL
90.6.4.65	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO
90.6.4.66	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.67	HORMONA PARATIROIDEA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.68	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.69	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.70	ANTICUERPOS ACUAPORINA 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.71	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.72	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.73	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.74	GLIADINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.75	GLIADINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.76	GLIADINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.77	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.78	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.79	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.80	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.81	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.82	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.83	ACIDO GLUTAMICO DECARBOXILASA ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.84	MICROSOMALES HIGADO Y RINON ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.85	MIELOPEROXIDASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.86	PROTEINASA 3 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.87	NEURONALES ANTICUERPOS (ANTI-Hu Yo Ri Fífisina CV2 Ma2) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.88	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.89	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.90	ANTIGENO SOLUBLE DE HÍGADO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.91	TIROSINASA MÚSCULO ESPECIFICA [MUSK] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.92	ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.93	N-METIL ASPARTATO RECEPTOR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.94	21 HIDROXILASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.96	OTRO ANTICUERPO (ESPECÍFICO) PARA LA UNIÓN NEUROMUSCULAR SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.97	ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPASA A2
90.6.4.98	IDENTIFICACIÓN DE OTROS ANTICUERPOS (ESPECÍFICO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.5.01	TIPIFICACIÓN ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C)

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

90.6.5.02	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I Y II (A B C DR DQ DP)
90.6.5.03	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B
90.6.5.04	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR
90.6.5.06	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE II (DR DQ DP)
90.6.5.09	ANTICUERPOS CITOTÓXICOS ANTI HLA
90.6.5.12	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS A
90.6.5.13	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR ALTA RESOLUCION
90.6.5.14	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ
90.6.5.17	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B27
90.6.5.18	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS C
90.6.5.19	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DP
90.6.5.20	ANTICUERPOS DONANTE ESPECIFICO (DONANTE - RECEPTOR TRASPLANTE)
90.6.5.21	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUALITATIVO
90.6.5.22	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUALITATIVO
90.6.5.23	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUANTITATIVO
90.6.5.24	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUANTITATIVO
90.6.5.25	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTIGENO AISLADO CLASE I
90.6.5.26	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTIGENO AISLADO CLASE II
90.6.5.27	PRUEBA DE QUIMERISMO
90.6.6.01	ACIDO SIALICO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.02	ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.03	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.04	ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.05	ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.06	ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.10	ANTIGENO ESPECIFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.11	ANTIGENO ESPECIFICO DE PRÓSTATA FRACCIÓN LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.12	ANTIGENO ESPECIFICO DE PRÓSTATA VELOCIDAD DE CAMBIO 2 MUESTRAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.13	ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR AUTOMATIZADO
90.6.6.14	ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR SEMIAUTOMATIZADO
90.6.6.18	ANTIGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.20	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.21	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.22	ENOLASA NEURONAL ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.23	FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.24	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.25	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.26	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA FRACCIÓN LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.27	CROMOGRANINA A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.28	PROTEÍNA EPIDIDIMAL HUMANA 4 (HE-4) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.01	CULTIVO MIXTO DE LINFOCITOS
90.6.7.02	LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.04	LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.06	LEUCOCITOS CD34 CÉLULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.07	LEUCOCITOS CD34 CÉLULAS PROGENITORAS POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.08	LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.09	LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.10	LEUCOCITOS MPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.11	LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.12	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.13	LINFOCITOS T CD3 POR INMUNOFLUORESCENCIA
90.6.7.14	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.15	LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA
90.6.7.16	LINFOCITOS CD5 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.17	LINFOCITOS CD5 POR INMUNOFLUORESCENCIA

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

90.6.7.18	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.19	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.20	LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.21	LINFOCITOS T CD8 POR INMUNOFLUORESCENCIA
90.6.7.22	LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.23	LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.24	LINFOCITOS CD11 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.25	LINFOCITOS CD11 POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.26	LINFOCITOS CD13 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.28	LINFOCITOS CD15 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.29	LINFOCITOS CD15 POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.30	LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.31	LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.32	LINFOCITOS CD22 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.35	LINFOCITOS CD23 POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.36	LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.37	LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B, LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.38	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.39	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.40	LINFOCITOS CD79a SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.41	LINFOCITOS CD79a POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.43	LINFOCITOS CD79b POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.44	LINFOCITOS T CUANTIFICACIÓN CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.46	MONOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.48	MONOCITOS CD64 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.49	MONOCITOS CD64 POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.50	PLAQUETAS CD41 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.51	PLAQUETAS CD41 POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.52	PLAQUETAS CD61 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.54	LINFOCITOS B DE MEMORIA SUBPOBLACIONES IgD CD27 CD19 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.55	EXPRESIÓN DE PERFORINAS EN CÉLULAS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.56	PLASMOBLASTOS CD38: CD19 IgD CD38 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.57	LINFOCITOS ALFA BETA (CD4 CD8): TC Rab CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.58	LINFOCITOS B TOTALES MAS EXPRESIÓN DEL RECEPTOR DEL COMPLEMENTO CR2: CD45 CD19 CD21 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.59	LINFOCITOS B TRANSICIONALES: CD24 CD19 CD38 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.60	LINFOCITOS NK: EXPRESIÓN DE CD107a SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.61	LINFOCITOS NK: ENSAYO DE CITOTOXICIDAD SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.62	LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 DOBLEMENTE NEGATIVOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.63	LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 RELACION CD4/CD8) Y LINFOCITOS B (CD19 CD20) RECUENTO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.64	LINFOCITOS T SUBPOBLACIONES PRINCIPALES: CD45 CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.65	MARCADOR TCR ALFA BETA (TCRab) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.66	MONOCITOS CD14
90.6.7.68	SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS T B NK Y MONOCITOS EN LEUCOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.69	SUBPOBLACIONES EXTENDIDAS DE LINFOCITOS B (VIRGENES Y DE MEMORIA CON O SIN CAMBIO DE ISOTIPO PLASMOBLASTOS Y TRANSICIONALES) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.70	SUBPOBLACIONES EXTENDIDAS DE LINFOCITOS T (AYUDADORES Y CITOTÓXICOS VIRGENES Y DE MEMORIA CENTRAL Y EFECTORA) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.71	EXPRESIÓN DE CD40 EN LINFOCITOS B
90.6.7.73	EXPRESIÓN DE HLA CLASE II EN LINFOCITOS T Y B A PARTIR DE LEUCOCITOS CD45+
90.6.7.74	EXPRESIÓN DE IFNGR1 E IL12RB1 EN LINFOCITOS
90.6.7.75	EXPRESIÓN INTRACELULAR DE SAP EN LINFOCITOS
90.6.7.76	LINFOPROLIFERACIÓN A ANTI-CD3+ ANTI-CD28
90.6.7.77	LINFOPROLIFERACIÓN A MITOGENO

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

90.6.7.79	EXPRESIÓN DE CD18 A PARTIR DE LEUCOCITOS CD45+
90.6.7.83	LINFOCITOS T DOBLEMENTE NEGATIVOS TCR ALFA-BETA
90.6.7.84	LINFOCITOS T REGULADORES
90.6.7.85	LINFOCITOS T EMIGRANTES TIMICOS
90.6.7.86	XIAP INTRACELULAR EN LEUCOCITOS
90.6.7.87	WASp INTRACELULAR EN LEUCOCITOS
90.6.7.88	PRUEBA FUNCIONAL PARA XIAP EN MONOCITOS
90.6.8.01	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.02	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA
90.6.8.03	CÉLULAS ROJAS GLICOFORINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.05	COMPLEJOS INMUNES CIRCULANTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.06	COMPLEMENTO C1q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.07	ELECTROFORESIS DE AMINOÁCIDOS EN ORINA
90.6.8.08	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADO
90.6.8.09	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA AUTOMATIZADO
90.6.8.10	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO
90.6.8.11	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO [DETECCIÓN DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO
90.6.8.12	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO
90.6.8.13	FACTOR INTRÍNSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO
90.6.8.14	FAGOCITOSIS ESTUDIO
90.6.8.18	Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.22	HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.23	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACIÓN O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.24	INMUNOFIJACIÓN SEMIAUTOMATIZADO
90.6.8.25	INMUNOFIJACION AUTOMATIZADA
90.6.8.26	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] SEMIAUTOMATIZADO
90.6.8.27	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO
90.6.8.28	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SEMIAUTOMATIZADO
90.6.8.29	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO
90.6.8.30	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.31	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] SEMIAUTOMATIZADO
90.6.8.32	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO
90.6.8.33	INMUNOGLOBULINA D [Ig D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.34	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECIFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.35	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO
90.6.8.36	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] AUTOMATIZADO
90.6.8.37	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.38	PLAQUETAS FACTOR 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.39	RECEPTORES DE INTERLEUQUINA 2 CD25 POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.8.41	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.42	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.43	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.44	DETERMINACIÓN DE LA EXPLOSIÓN RESPIRATORIA DE LOS GRANULOCITOS
90.6.8.45	TOXOIDE DIFTÉRICO ANTICUERPOS Ig G
90.6.8.46	TOXOIDE TETÁNICO ANTICUERPOS Ig G
90.6.8.47	PROCALCITONINA MANUAL
90.6.8.48	INTERFERÓN GAMMA [GAMMAINTERFERÓN]
90.6.8.50	PRESEPSINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.51	CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.52	INTERLEUQUINA 1
90.6.8.53	INTERLEUQUINA 6
90.6.8.54	FACTOR DE CRECIMIENTO PLACENTARIO (PGIF)
90.6.8.55	TIROSINQUINASA SOLUBLE (SfM)
90.6.9.01	AGLUTININAS AL FRÍO
90.6.9.02	AGLUTININAS AL CALOR
90.6.9.03	ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.9.04	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC)"

90.6.9.05	COMPLEMENTO SÉRICO C3 SEMIAUTOMATIZADO
90.6.9.06	COMPLEMENTO SÉRICO C3 AUTOMATIZADO
90.6.9.07	COMPLEMENTO SÉRICO C4 SEMIAUTOMATIZADO
90.6.9.08	COMPLEMENTO SÉRICO C4 AUTOMATIZADO
90.6.9.10	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.9.11	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL
90.6.9.12	PREALBUMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.9.13	PROTEÍNA C REACTIVA ALTA PRECISIÓN AUTOMATIZADO
90.6.9.14	PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.6.9.15	PRUEBA NO TREPONÉMICA MANUAL
90.6.9.17	CRIOGLOBULINAS
90.7.0.01	AZUCARES REDUCTORES EN HECES
90.7.0.02	COPROLÓGICO
90.7.0.03	COPROLÓGICO POR CONCENTRACION
90.7.0.04	COPROSCÓPICO
90.7.0.05	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS)
90.7.0.06	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDÁN III]
90.7.0.07	OXIUROS IDENTIFICACION PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]
90.7.0.08	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]
90.7.0.09	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)
90.7.0.10	UROBILINÓGENO EN MATERIA FECAL CUALITATIVO
90.7.0.11	UROBILINÓGENO EN MATERIA FECAL CUANTITATIVO
90.7.0.12	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] SERIADO TRES MUESTRAS
90.7.0.13	COPROLÓGICO SERIADO TRES MUESTRAS
90.7.0.14	COPROSCÓPICO SERIADO TRES MUESTRAS
90.7.0.15	ESTEATOCRITO ACIDO
90.7.1.01	AZUCARES REDUCTORES EN ORINA
90.7.1.02	HEMOGLOBINURIA
90.7.1.03	PROTEÍNAS DE BENGE JONES MANUAL
90.7.1.04	RECuento DE ADDIS
90.7.1.05	RECuento HAMBURGUER
90.7.1.06	UROANALISIS
90.7.1.07	UROBILINÓGENO EN ORINA PARCIAL
90.7.1.08	GLOBULOS ROJOS MORFOLOGIA EN ORINA
90.7.1.09	DENSIDAD URINARIA
90.7.2.01	ESPERMOGRAMA BÁSICO
90.7.2.02	MOCO CERVICAL ANALISIS
90.7.2.03	LÍQUIDO PROSTÁTICO (EXAMEN MICROSCÓPICO)
90.7.2.04	PARASITOS EN BILIS JUGO DUODENAL EXPECTORACIONES U OTRAS SECRECIONES
90.8.3.03	GANGLIOSIDOS CUALITATIVOS
90.8.3.05	PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD
90.8.3.08	ÁCIDO ORÓTICO
90.8.3.09	AMINOÁCIDOS CUALITATIVOS
90.8.3.10	AMINOÁCIDOS POR CLORURO FERRICO
90.8.3.11	AMINOÁCIDOS POR DINITROFENILHIDRACINA
90.8.3.12	AMINOÁCIDOS POR NITROPRUSIATO
90.8.3.13	AMINOÁCIDOS POR NITROSONAFTOL
90.8.3.14	CISTINA CUANTITATIVA
90.8.3.16	FENILALANINA CUANTITATIVA
90.8.3.17	TIROSINASA TEST CON RAÍZ DE CABELLO
90.8.3.18	CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS
90.8.3.20	GALACTOSA 1 - FOSFATO URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD
90.8.3.24	ARILSULFATASA B ACTIVIDAD
90.8.3.25	ALFA L IDURONIDASA ACTIVIDAD
90.8.3.26	BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD
90.8.3.27	GALACTOSA 6 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD
90.8.3.28	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACÁRIDOS] CUALITATIVOS
90.8.3.29	ÁCIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO
90.8.3.30	ARILSULFATASA A ACTIVIDAD
90.8.3.31	BETA GLUCORONIDASA ACTIVIDAD

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

90.8.3.32	HEXOSAMINIDASA A Y B ACTIVIDAD
90.8.3.33	OLIGOSACARIDOS CUALITATIVOS
90.8.3.34	ALFA GALACTOSIDASA ACTIVIDAD
90.8.3.35	ALFA GLUCOSIDASA ACTIVIDAD
90.8.3.36	ALFA N ACETIL NEURAMINIDASA ACTIVIDAD
90.8.3.37	RELACION LACTATO/PIRUVATO
90.8.3.38	AMINOÁCIDOS CUANTITATIVOS
90.8.3.40	CARBOHIDRATOS CUANTITATIVOS
90.8.3.41	ÁCIDO SIÁLICO CUANTITATIVO
90.8.3.42	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACÁRIDOS] CUANTITATIVOS
90.8.3.43	ÁCIDOS ORGÁNICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO
90.8.3.44	IDURONATO 2 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD
90.8.3.45	GALACTOSILCEREBROSIDASA ACTIVIDAD
90.8.3.46	BETA GLUCOCEREBROSIDASA ACTIVIDAD
90.8.3.47	ACIDO LÁCTICO CURVA POST GLUCOSA
90.8.3.48	ACIDO LÁCTICO CURVA POST EJERCICIO ISQUÉMICO
90.8.3.49	OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD (ESPECÍFICO)
90.8.3.50	OTROS METABOLITOS DETERMINACIÓN (ESPECÍFICO)
90.8.3.51	PTERINAS CUANTITATIVAS
90.8.3.52	GALACTOSA EPIMERASA ACTIVIDAD
90.8.3.53	GALACTOSA 1 FOSFATO
90.8.3.55	BIOTINIDASA ACTIVIDAD
90.8.3.56	ÁCIDOS ORGÁNICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO
90.8.3.57	ÁCIDOS ORGÁNICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUANTITATIVO
90.8.4.02	BCL-2 TRANSLOCACIÓN (14;18)
90.8.4.03	BCR/ABL TRANSLOCACIÓN DE GENES CUALITATIVO
90.8.4.04	CARIOTIPO CON BANDEO G
90.8.4.05	CARIOTIPO CON BANDEO Q
90.8.4.06	CARIOTIPO CON BANDEO C
90.8.4.07	CARIOTIPO CON BANDEO RT
90.8.4.08	CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMÁTIDES HERMANAS [SCE]
90.8.4.09	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRÁGIL
90.8.4.10	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FILADELFIA
90.8.4.11	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCÉMICOS
90.8.4.12	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES
90.8.4.13	ERBB2 [HER-2/neu] (ONCOGEN) HIBRIDACIÓN "IN SITU" CON FLUORESCENCIA [FISH]
90.8.4.14	PRUEBA DE CROMATINA
90.8.4.15	REORGANIZACIÓN DE GENE BCR/ABL
90.8.4.17	BCR/ABL TRANSLOCACIÓN DE GENES CUANTITATIVO
90.8.4.18	ESTUDIOS GENÉTICOS DE CROMOSOMAS (ESPECÍFICOS)
90.8.4.19	ESTUDIOS GENÉTICOS DE ADN MITOCONDRIAL (ESPECÍFICO)
90.8.4.20	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECÍFICOS)
90.8.4.21	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (ESPECÍFICOS)
90.8.4.22	ESTUDIO MOLECULAR DE EXONES (ESPECÍFICOS)
90.8.4.23	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECCIONES Y DUPLICACIONES (ESPECÍFICAS)
90.8.4.24	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (ESPECÍFICAS)
90.8.4.25	ESTUDIOS GENÉTICOS DE LOS CROMOSOMAS 14 23 Y 1
90.8.4.26	METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA [MTHFR] MUTACIÓN
90.8.4.27	F2 (FACTOR II O PROTROMBINA) MUTACIÓN G20210A
90.8.4.28	HFE (HEMOCROMATOSIS)
90.8.4.29	CARIOTIPO PARA ANEMIA DE FANCONI
90.8.4.30	ABL MUTACIÓN DE LA REGIÓN TIROSINA KINASA
90.8.4.31	CARIOTIPO EN RESTOS OVULARES O MATERIAL DE ABORTO
90.8.4.32	BRCA1 Y BRCA2 PERFIL COLOMBIA
90.8.4.33	BRCA1 Y BRCA2 SECUENCIACIÓN COMPLETA
90.8.4.34	BRCA1 Y BRCA2 MUTACIÓN FAMILIAR CONOCIDA
90.8.4.35	PCA3 PARA CÁNCER DE PRÓSTATA
90.8.4.38	EXTRACCIÓN DE ÁCIDOS NUCLEÍCOS
90.8.4.39	CARIOTIPO CON FRAGILIDAD CROMOSÓMICA
90.8.4.40	PATERNIDAD O FILIACIÓN PRUEBA
90.8.4.41	FACTOR DE LEIDEN MUTACIÓN

Continuación de la resolución: "Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

90.8.8.01	ENZIMAS RELACIONADAS CON ENFERMEDADES DE LA SUSTANCIA BLANCA, MEDICIÓN DE CADA UNA
90.8.8.04	ENZIMAS LISOSOMALES, MEDICIÓN DE CADA UNA
90.8.8.09	ACILCARNITINAS CUANTITATIVAS
90.8.8.10	CARNITINA TOTAL Y LIBRE CUANTITATIVA
90.8.8.02	Virus de Inmunodeficiencia Humana GENOTIPO
90.8.8.03	Hepatitis B GENOTIPO
90.8.8.04	Citomegalovirus GENOTIPO
90.8.8.05	Citomegalovirus CARGA VIRAL
90.8.8.06	Hepatitis B CARGA VIRAL
90.8.8.07	Hepatitis C CARGA VIRAL
90.8.8.08	Herpes simplex CARGA VIRAL
90.8.8.09	BK POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL
90.8.8.10	JC POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL
90.8.8.11	Epstein-Barr CARGA VIRAL
90.8.8.12	Adenovirus CARGA VIRAL
90.8.8.13	Parvovirus CARGA VIRAL
90.8.8.32	Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL
90.8.8.33	Hepatitis C GENOTIPO
90.8.8.55	IDENTIFICACIÓN DE OTRA BACTERIA (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES
90.8.8.57	IDENTIFICACIÓN DE OTRO PARÁSITO (ESPECÍFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES
90.8.8.58	IDENTIFICACIÓN DE OTRO HONGO (ESPECÍFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES
90.8.8.59	IDENTIFICACIÓN SIMULTÁNEA DE MÚLTIPLES PATÓGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES
90.8.8.61	Virus de Inmunodeficiencia Humana DETECCIÓN DEL PROVIRUS POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.62	Citomegalovirus IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.63	Coxsackie A IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.64	Coxsackie B IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.65	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.66	Hepatitis B IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.67	Toxocara spp IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.68	Toxoplasma gondii IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.69	Varicela zoster IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.70	Epstein Barr IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.71	Hepatitis C IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.72	Herpes simplex I y II IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.73	Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.74	Mycobacterium no tuberculoso IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.75	Mycobacterium leprae IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.76	Leishmania IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.77	Clostridium difficile IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.78	Streptococcus pneumoniae IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.79	Bordetella pertussis IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.80	Bordetella parapertussis IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.81	Haemophilus influenzae IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.82	Neisseria meningitidis IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.83	Hepatitis E IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.85	Mycobacterium tuberculosis PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.86	Adenovirus IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.87	Histoplasma IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.88	Chlamydia IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.89	Neisseria gonorrhoeae IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
90.8.8.90	DETECCIÓN Virus del Papiloma Humano POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)

9.6. Exposición de motivos de la Ley 14 de 1983.

LEY 14 DE 1983

(Julio 6)

"Por la cual se fortalecen los fiscos de las Entidades Territoriales y se dictan otras disposiciones."

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPITULO I**Normas sobre Catastro, Impuesto-Predial e Impuesto de Renta y Complementarios**

Artículo 1o. El avalúo catastral de todos los inmuebles se actualizará durante el año de 1983. Para este efecto el último avalúo vigente se reajustará en un diez por ciento (10%) anual acumulado, año por año, de acuerdo con su antigüedad o fecha. El periodo del reajuste no podrá exceder de 15 años.

El Instituto Geográfico "Agustín Codazzi" y las Oficinas de Catastro de Cali, Medellín y Antioquia, incorporarán dichas modificaciones en los registros catastrales.

Artículo 2o. Para los predios rurales, el reajuste previsto en el artículo anterior surtirá efectos fiscales, así: para 1983 el 50% de su valor y para 1984 el 100%.

Artículo 3o. Las autoridades catastrales tendrán a su cargo las labores de formación, actualización y conservación de los catastros, ten-

dientes a la correcta identificación física, jurídica fiscal y económica de los inmuebles.

Artículo 4o. A partir del 1o. de enero de 1984 para los fines de la formación y conservación del catastro, el avalúo de cada predio se determinará por la adición de los avalúos parciales practicados independientemente para los terrenos y para las edificaciones en él comprendidos.

Los terrenos y las edificaciones, o las fracciones de área de unos y de otros, en el caso que no fueren del todo homogéneos respecto a su precio, se clasificarán de acuerdo con las categorías de precio que defina el Gobierno Nacional en todo el país.

Artículo 5o. Las autoridades catastrales tendrán la obligación de formar los catastros o actualizarlos en el curso de periodos de cinco (5) años en todos los municipios del país, con el fin de revisar los elementos físico y jurídico del catastro y eliminar las posibles disparidades en el avalúo catastral originadas en mutaciones físicas, variaciones de uso o de productividad, obras públicas o condiciones locales del mercado inmobiliario.

Artículo 6o. En el intervalo entre los actos de formación o actualización del catastro, las autoridades catastrales reajustarán los avalúos catastrales para vigencias anuales.

Para calcular la proporción de tal reajuste se establecerá un índice de precios de unidad de área para cada categoría de terrenos y construcciones tomando como base los resultados de una investigación estadística representativa del mercado inmobiliario, cuya metodología deberá ser aprobada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

El Gobierno Nacional determinará la proporción del reajuste para cada año a más tardar el 31 de octubre. Esta proporción no podrá ser superior a la proporción del incremento del índice nacional promedio de precios al consumidor que determine el Departamento Administrativo Nacional de Estadística para el periodo comprendido entre el 1o. de septiembre del respectivo año y la misma fecha del año anterior.

Concluido el periodo de cinco (5) años desde la formación o actualización del catastro, no se podrá hacer un nuevo reajuste y continuará vigente el último avalúo catastral hasta tanto se cumpla un nuevo acto de formación o actualización del avalúo del respectivo predio.

Artículo 7o. En aquellos municipios en los cuales no se hubiere formado el catastro con arreglo a las disposiciones de los artículos 4o., 5o. y 6o. de la presente Ley, los avalúos vigentes se ajustarán anualmente

hasta el 31 de diciembre de 1988, en un porcentaje determinado por el Gobierno Nacional antes del 31 de octubre de cada año, previo concepto del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES). El porcentaje de incremento no será inferior al cincuenta por ciento (50%) ni superior al noventa por ciento (90%) del incremento del índice nacional promedio de precios al consumidor, registrado para el periodo comprendido entre el 1.º de septiembre del respectivo año y la misma fecha del año anterior.

Artículo 80. Los avalúos establecidos de conformidad con los artículos 40., 50., 60., y 70. entrarán en vigencia el 1.º de enero del año siguiente a aquél en que fueron ejecutados.

Artículo 90. El propietario o poseedor podrá obtener la revisión del avalúo en la Oficina de Catastro correspondiente, cuando demuestre que el valor no se ajusta a las características y condiciones del predio. Dicha revisión se hará dentro del proceso de conservación catastral y contra la decisión procederán por la vía gubernativa los recursos de reposición y apelación.

Artículo 10. El Gobierno Nacional de oficio o por solicitud fundamentaba de los Concejos Municipales, debido a especiales condiciones económicas o sociales que afecten a determinados municipios o zonas de éstos, podrá aplazar la vigencia de los catastros elaborados por formación o actualización, por un periodo hasta de un (1) año. Si subsisten las condiciones que originaron el aplazamiento procederá a ordenar una nueva formación o actualización de estos catastros.

Igualmente, por los mismos hechos y bajo las mismas condiciones del inciso anterior, el Gobierno podrá, para determinados municipios o zonas de éstos, reducir el porcentaje de ajuste establecido en los artículos 60. y 70. de la presente Ley.

La reducción a que se refiere el inciso anterior podrá ser inferior al límite mínimo del incremento porcentual del índice de precios al consumidor señalado en el artículo 70. de la presente Ley.

Artículo 11. En ningún caso los inmuebles por destinación harán parte del avalúo catastral.

Artículo 12. Las labores catastrales de que trata la presente ley se sujetarán en todo el país a las normas técnicas establecidas por el Instituto Geográfico "Agustín Codazzi".

En cumplimiento de lo anterior el Instituto Geográfico "Agustín Codazzi" ejercerá las labores de vigilancia y asesoría de las demás entidades catastrales del país.

Artículo 13. Antes del 30 de junio de cada año, los propietarios o poseedores de inmuebles o de mejoras podrán presentar ante las correspondiente Oficina de Catastro, la estimación del avalúo catastral. En los municipios donde no hubiere Oficina de Catastro, su presentación se hará ante el Tesorero Municipal.

Dicha estimación no podrá ser inferior al avalúo vigente y se incorporará al catastro con fecha 31 de diciembre del año en el cual se haya efectuado, si la autoridad catastral la encuentra justificada por mutaciones físicas, valorización o cambio de uso.

Parágrafo. Para el año de 1983, la estimación prevista en este artículo podrá ser incorporada por las Oficinas de Catastro o por las Tesorerías Municipales, según el caso, en el transcurso del mismo año.

Artículo 14. Los propietarios o poseedores que presenten la estimación del avalúo, deberán adjuntar a la declaración de renta y patrimonio del año correspondiente, copia del mismo, sellada por la Oficina de Catastro o por la Tesorería ante la cual se haya presentado.

Artículo 15. En caso de expropiación de inmuebles, las entidades de derecho público pagarán como indemnización el menor de estos dos valores: el avalúo catastral vigente en la fecha de la sentencia que decreta la expropiación más un treinta por ciento (30%), o el avalúo practicado para tal fin, dentro del respectivo proceso, por el Instituto Geográfico "Agustín Codazzi", a la misma fecha.

Para los efectos de este artículo, si el avalúo catastral vigente fue realizado mediante el procedimiento establecido en el artículo 13 de la presente Ley, su estimación debe haberse presentado ante la correspondiente Oficina de Catastro con una antelación no menor de dos (2) años a la fecha de la primera notificación que la entidad de derecho público haga al propietario de que pretende adquirir el respectivo inmueble.

Parágrafo 1. Hasta el año de 1985, inclusive el porcentaje del treinta por ciento (30%) a que se refiere el inciso primero de este artículo será del sesenta por ciento (60%).

Parágrafo 2. Esta misma norma de avalúo, se aplicará en los casos de indemnización por ocupaciones de hecho y/o perjuicios causados con ocasión de la ejecución de obras públicas, consideradas de utilidad pública e interés social. De la misma manera, los perjuicios de lucro cesante y daño emergente no podrán exceder el valor del interés bancario corriente, según certificación de la Superintendencia respectiva, sobre el valor del inmueble o la parte de él afectada.

Artículo 16. Las autoridades catastrales podrán considerar como indicadores del valor real de cada predio las hipotecas, las anticresis o los contratos de arrendamiento y traslaticios de dominio a él referidos. Las entidades crediticias sometidas a la vigilancia de la Superintendencia Bancaria, las encargadas del registro de instrumentos públicos y las notarías quedan obligadas a suministrar a los encargados del catastro, las informaciones correspondientes cuando éstos los soliciten.

Artículo 17. A partir del 1o. de enero de 1983, las tarifas del impuesto predial, incluidas todas las sobretasas municipales, serán fijadas por los Concejos Municipales y del Distrito Especial de Bogotá, entre el 4 y el 12 por mil, en forma diferencial, teniendo en cuenta la destinación económica de cada predio.

Exceptuáanse de la limitación anterior las tarifas para lotes urbanizados no edificados y para lotes urbanizables no urbanizados.

Lo anterior sin perjuicio de que las entidades territoriales conserven las tarifas y sobretasas que en la fecha de promulgación de la presente Ley tengan establecidas así excedan en conjunto el doce por mil (12‰). A la vivienda popular y a la pequeña propiedad rural destinada a la producción agropecuaria se les aplicarán las tarifas mínimas que establezca el respectivo Concejo.

Parágrafo. Con el fin de dotar a las áreas metropolitanas de los recursos permanentes que les permitan atender los diversos programas en favor de los municipios que las integran, créase una sobretasa del 1 x 1.000 sobre el avalúo catastral, para las propiedades situadas dentro de la jurisdicción de cada área metropolitana.

Esta sobretasa será aplicable durante el primer año. Para los años subsiguientes podrá ser incrementada hasta un tope máximo de 2 x 1.000.

Artículo 18. Los Concejos Municipales, incluido el del Distrito Especial de Bogotá, podrán otorgar a los propietarios o poseedores de predios o de mejoras las siguientes exenciones:

a) Del pago de intereses y sanciones de mora por la suma que adeuden hasta el 31 de diciembre de 1983 por concepto de impuesto predial, si presentan por primera vez la estimación del avalúo catastral y si es aceptado por la respectiva autoridad catastral antes del 31 de diciembre de 1984;

b) Del pago de impuestos prediales y las sobretasas correspondientes causados hasta el 31 de diciembre de 1983, por construcciones o mejoras no declaradas ante las oficinas de Catastro, si se presentan las respectivas documentaciones antes del 31 de diciembre de 1984.

Artículo 19. Los propietarios o poseedores de predios o mejoras no incorporadas al Catastro, tendrán obligación de comunicar a las Oficinas Seccionales del Instituto Geográfico "Agustín Codazzi", o a las Oficinas de Catastro de Bogotá, Cali, Medellín y Antioquia o a las Tesorerías Municipales en donde no estuvieren establecidas dichas oficinas, tanto el valor como la fecha de adquisición o posesión de estos inmuebles así como también la fecha de terminación y el valor de las mejoras con el fin de que dichas entidades incorporen estos valores con los ajustes correspondientes como avalúos del inmueble.

A los propietarios de predios y mejoras que dentro del término de un (1) año contado a partir de la fecha de promulgación de la presente Ley, no cumplieren con la obligación prescrita en este artículo se les establecerá de oficio el avalúo catastral tomando en cuenta el valor de la escritura, el cual se reajustará anualmente en un ciento por ciento (100%) del incremento del índice de precios al consumidor para empleados que determine el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) desde la fecha de la correspondiente escritura de adquisición.

Cuando las mejoras no estén incorporadas en la escritura se tendrá en cuenta para el avalúo el valor fijado por la Oficina de Catastro, previa una inspección ocular.

Artículo 20. Para el año gravable de 1983, la renta de goce consagrada en el artículo 70 del Decreto 2053 de 1974, se estimará en un seis por ciento (6%) del avalúo catastral o del costo del inmueble, cuanto éste fuere superior, en la parte que exceda de \$4.000.000. Este porcentaje será del siete por ciento (7%) para el año gravable de 1984 y del ocho por ciento (8%) para el año gravable de 1985 y siguientes.

Artículo 21. Los contribuyentes del impuesto sobre la renta y complementarios, podrán descontar del impuesto de patrimonio, una parte del impuesto predial equivalente a la misma proporción que tenga el inmueble sobre el patrimonio bruto, así: por el año gravable de 1983, el treinta por ciento (30%) de la suma a descontar; por el año gravable de 1984, el sesenta por ciento (60%); por el año gravable de 1985, el ochenta por ciento (80%), y a partir del año gravable de 1986, el ciento por ciento (100%).

Este descuento no podrá exceder del monto del impuesto de patrimonio atribuible a los bienes inmuebles.

Artículo 22. Para los sujetos pasivos del impuesto de patrimonio la deducción por concepto del impuesto predial pagado por el respectivo año, de que trata el artículo 48 del Decreto 2053 de 1974, será el setenta por ciento (70%) por el año de 1983; del cuarenta por ciento (40%),

para el año de 1984; del veinte por ciento (20%) por el año de 1985, y no operará a partir de 1986.

Artículo 23. En el caso de los impuestos que administra la Dirección General de Impuestos Nacionales, cuando el avalúo catastral de los bienes inmuebles que tenga el carácter de activos fijos fuere superior al costo fiscal, dicho avalúo se tomará en cuenta para determinar:

- a) La renta o ganancia ocasional obtenida en su enajenación;
- b) La renta presuntiva;
- c) Los patrimonios brutos, líquido y gravable;
- d) El avalúo de los bienes relictos.

Parágrafo 1o. Para los predios rurales el avalúo catastral señalado en los literales b, c y d sólo se tomará en el 75% de su valor.

Parágrafo 2o. Cuando el avalúo catastral previsto en este artículo fuere el resultado de una auto-estimación y resultare superior al costo fiscal, únicamente se tendrá en cuenta, para efectos de determinar la utilidad en la enajenación del respectivo inmueble, al finalizar el segundo año de la vigencia de la respectiva estimación.

Artículo 24. Antes del 30 de junio de 1984, las autoridades competentes, desvincularán de los avalúos catastrales la fijación de las tarifas de los servicios públicos.

Mientras las tarifas de servicios públicos se determinen con fundamento en los avalúos catastrales, las escalas para dichas tarifas deberán reajustarse anualmente en los mismos porcentajes con que se reajusten los avalúos, de conformidad con los artículos 6o. y 7o. de esta Ley.

Artículo 25. Los avalúos elaborados con los procedimientos señalados en esta Ley, no se aplicarán para la determinación del valor de bienes inmuebles en casos de compra-venta, permuta o donación en que sean parte las entidades públicas, eventos en los cuales se aplicarán las disposiciones sobre el particular contenidas en el Decreto-Ley 222 de 1983 o las que en el futuro las modifiquen o sustituyan.

En la negociación de inmuebles rurales, para programas de reforma agraria, el precio máximo de adquisición será el que determine para tal efecto el Instituto Geográfico "Agustín Codazzi" mediante avalúo administrativo.

Artículo 26. A los impuestos dejados de pagar, según la liquidación que establece el artículo 19, causados desde la fecha en que el propietario actual adquirió el inmueble, se le cobrará la sanción moratoria a que se refiere el artículo 86.

La sanción prevista en este artículo no se aplicará a los predios rurales cuando el avalúo catastral de oficio, de que trata el artículo 19 no exceda de \$200.000.

Artículo 27. Para protocolizar actos de transferencias, constitución o limitación de dominio de inmuebles, el Notario, o quien haga sus veces, exigirá e insertará en el instrumento el certificado catastral y el paz y salvo municipal expedidos por la oficina de Catastro o el Tesorero Municipal.

Cuando se trate de inmuebles procedentes de la segregación de uno de mayor extensión, el certificado catastral exigido podrá ser el del inmueble del cual se segrega.

Cuando las escrituras de enajenación total de inmuebles se corran por valores inferiores a los avalúos catastrales vigentes, se tendrá en cuenta para todos los efectos fiscales y catastrales, el avalúo catastral vigente en la fecha de la respectiva escritura.

Cuando se trate de protocolizar escrituras que contengan contratos de compra-venta de inmuebles que se vayan a construir o se estén construyendo, el Notario exigirá copia debidamente sellada y radicada, de la solicitud del avalúo del correspondiente inmueble acompañada del certificado de paz y salvo del lote donde se va a adelantar o se está adelantando la construcción.

Artículo 28. Los Registradores de Instrumentos Públicos estarán obligados a enviar a la Oficina de Catastro correspondiente, dentro de los diez (10) primeros días de cada mes, la información completa sobre modificaciones de la propiedad inmueble ocurridas durante el mes anterior.

Artículo 29. La actualización del avalúo catastral prevista en el artículo 1o. de la presente Ley no rige para los predios del Distrito Especial de Bogotá, cuyo avalúo catastral ya hubiere sido reajustado, en desarrollo de lo dispuesto en el Acuerdo No. 1 de 1981 del Concejo de Bogotá.

En todo lo demás el catastro del Distrito Especial de Bogotá se regirá por las disposiciones de este Capítulo.

ARTICULO 30. Facultase a las Asambleas Departamentales para que, a iniciativa del respectivo Gobernador, ordenen la asociación de municipios con el fin de recaudar y administrar conjuntamente el impuesto predial.

Para todos los efectos, estas asociaciones se organizarán y regirán según lo dispuesto en la Ley 1a. de 1975 y sus disposiciones reglamentarias.

Artículo 31. De conformidad con el numeral 12 del artículo 76 de la Constitución Nacional, revítese al Presidente de la República de facultades extraordinarias por el término de un (1) año, que transcurrirá a partir de la vigencia de esta Ley, para los efectos siguientes:

a) Reorganizar administrativamente las dependencias gubernamentales que sea necesario para establecer un sistema nacional encargado de prestar los servicios de registro de instrumentos públicos, catastro y liquidación del impuesto predial.

b) En las ciudades capitales y en los municipios de más de 150.000 habitantes, o los que sean sede de asociaciones de municipios cuya población agregada supere este límite, el Gobierno Nacional podrá crear como elementos del sistema nacional, oficinas encargadas de cumplir las funciones de: registro de la propiedad inmueble; de formación, actualización y conservación del catastro; y de facturación periódica del impuesto predial. Tales oficinas y las establecidas en el Distrito Especial de Bogotá u otro municipio para cumplir funciones de catastro o registro deberán estar sujetas a la vigilancia técnica y operativa así como a la intervención administrativa que establezca el Gobierno Nacional.

c) Modificar el actual régimen de registro de instrumentos públicos, el de catastro en lo no previsto en la presente Ley, para adecuarlos a la operación de las funciones catastrales y de liquidación y facturación del impuesto predial, de acuerdo con lo dispuesto en la presente Ley;

d) Establecer el régimen de control de los sistemas de catastro y registro, así como los procedimientos técnicos, administrativos y financieros; y

e) Establecer las normas de procedimiento para tramitar los recursos interpuestos contra el avalúo del predio o la liquidación del impuesto predial, así como el régimen disciplinario aplicable a los funcionarios por sus errores u omisiones en el cumplimiento de estas normas.

CAPITULO II

Impuesto de Industria y Comercio

Artículo 32. El impuesto de Industria y Comercio recaerá, en cuanto a materia imponible, sobre todas las actividades comerciales, industriales y de servicio que ejerzan o realicen en las respectivas jurisdicciones municipales, directa o indirectamente, por personas naturales, jurídicas o por sociedades de hecho, ya sea que se cumplan en forma permanente u ocasional, en inmuebles determinados, con establecimientos de comercio o sin ellos.

Artículo 33. El impuesto de Industria y Comercio se liquidará sobre el promedio mensual de ingresos brutos del año inmediatamente anterior, expresados en moneda nacional y obtenidos por las personas y sociedades de hecho indicadas en el artículo anterior, con exclusión de: Devoluciones-ingresos provenientes de venta de activos fijos y de exportaciones-Recaldo de impuestos de aquellos productos cuyo precio esté regulado por el Estado y Percepción de Subsidios.

Sobre la base gravable definida en este artículo se aplicará la tarifa que determinen los Concejos Municipales dentro de los siguientes límites:

1. Del 2 al siete por mil (2-7x1.000) mensual para actividades industriales y,
2. Del 2 al diez por mil (2-10x1.000) mensual para actividades comerciales y de servicios.

Los municipios que tengan adoptados como base del impuesto los ingresos brutos o ventas brutas podrá mantener las tarifas que en la fecha de la promulgación de esta Ley hayan establecido por encima de los límites consagrados en el presente artículo.

Parágrafo 10. Para la aplicación de lo dispuesto en el presente artículo los Concejos Municipales expedirán los acuerdos respectivos antes del 30 de septiembre de 1984.

Parágrafo 20. Las Agencias de Publicidad, Administradoras y Corredoras de Bienes Inmuebles y Corredores de Seguros, pagarán el impuesto de que trata este artículo sobre el promedio mensual de ingresos brutos entendiendo como tales el valor de los honorarios, comisiones y demás ingresos propios percibidos para sí.

Parágrafo 30. Los distribuidores de derivados del petróleo pagarán el impuesto de que trata el presente artículo sobre el margen bruto fijado por el Gobierno para la comercialización de los combustibles.

Artículo 34. Para los fines de esta Ley, se consideran actividades industriales las dedicadas a la producción, extracción, fabricación, confección, preparación, transformación, reparación, manufactura y ensamble de cualquier clase de materiales o bienes.

Artículo 35. Se entienden por actividades comerciales, las destinadas al expendio, compraventa, o distribución de bienes o mercancías, tanto al por mayor como al por menor, y las demás definidas como tales por el Código de Comercio siempre y cuando no estén consideradas por el mismo Código o por esta Ley, como actividades industriales o de servicios.

Artículo 36. Son actividades de servicios las dedicadas a satisfacer necesidades de la comunidad mediante la realización de una o varias de las siguientes o análogas actividades: expendio de bebidas y comidas; servicio de restaurante, cafés, hoteles, casas de huéspedes, moteles, amoblados, transporte y aparcaderos, formas de intermediación comercial, tales como el corretaje, la comisión, los mandatos y la compra-venta y administración de inmuebles; servicios de publicidad, interventoría, construcción y urbanización, radio y televisión, clubes sociales, sitios de recreación, salones de belleza, peluquerías, portería, servicios funerarios, talleres de reparaciones eléctricas, mecánicas, automovilarias y afines, lavado, limpieza y teñido, salas de cine y arrendamiento de películas y de todo tipo de reproducciones que contenga audio y video, negocios de montepíos y los servicios de consultoría profesional prestados a través de sociedades regulares o de hecho.

Artículo 37. El impuesto de avisos y tableros, autorizado por la Ley 97 de 1913 y la Ley 84 de 1915 se liquidará y cobrará en adelante a todas las actividades comerciales, industriales y de servicios como complemento del impuesto de Industria y Comercio, con una tarifa de un quince por ciento (15%) sobre el valor de éste, fijada por los Concejos Municipales.

Artículo 38. Los municipios solo podrán otorgar exenciones de impuestos municipales por plazo limitado, que en ningún caso excederá de diez años, todo de conformidad con los planes de desarrollo municipal.

Artículo 39. No obstante lo dispuesto en el artículo anterior continuarán vigentes:

1. Las obligaciones contratadas por el Gobierno en virtud de tratados o convenios internacionales que haya celebrado o celebre en el futuro, y las contratadas por la Nación, los Departamentos o los Municipios mediante contratos celebrados en desarrollo de la legislación anterior.
2. Las prohibiciones que consagra la Ley 26 de 1904; además, subsisten para los Departamentos y Municipios las siguientes prohibiciones.

a) La de imponer gravámenes de ninguna clase o denominación a la producción primaria, agrícola, ganadera y avícola, sin que se incluyan en esta prohibición las fábricas de productos alimenticios o toda industria donde haya un proceso de transformación por elemental que éste sea.

b) La de gravar los artículos de producción nacional destinados a la exportación.

c) La de gravar con el impuesto de Industria y Comercio la explotación de canteras y minas diferentes de sal, esmeraldas y metales preciosos, cuando las regalías o participaciones para el municipio sean iguales o superiores a lo que corresponderá pagar por concepto del impuesto de Industria y Comercio.

d) La de gravar con el impuesto de Industria y Comercio los establecimientos educativos públicos, las entidades de beneficencia, las culturales y deportivas, los sindicatos, las asociaciones de profesionales y gremiales sin ánimo de lucro, los partidos políticos y los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud.

e) La de gravar la primera etapa de transformación, realizada en predios rurales cuando se trate de actividades de producción agropecuaria, con excepción de toda industria donde haya una transformación por elemental que ésta sea.

f) La de gravar las actividades, del Instituto de Mercadeo Agropecuario IDEMA.

Artículo 40. Este Capítulo de la presente Ley se aplicará también al Distrito Especial de Bogotá.

CAPÍTULO III

Impuesto de Industria y Comercio al Sector financiero

Artículo 41. Los Bancos, Corporaciones de Ahorro y Vivienda, Corporaciones Financieras, Almacenes Generales de Depósito, Compañías de Seguros Generales, Compañías Reaseguradoras, Compañías de Fianciamiento Comercial, Sociedades de Capitalización y los demás establecimientos de crédito que definan como tales la Superintendencia Bancaria e Instituciones financieras reconocidas por la Ley, son sujetos del impuesto municipal de industria y comercio de acuerdo con lo prescrito por esta Ley.

Artículo 42. La base impositiva para la cuantificación del impuesto regulado en la presente ley se establecerá por los concejos municipales o por el concejo del Distrito Especial de Bogotá, de la siguiente manera:

1. Para los Bancos, los ingresos operacionales anuales representados en los siguientes rubros:

- A) Cambios posición y certificado de cambio
- B) Comisiones de operaciones en moneda nacional de operaciones en moneda extranjera
- C) Intereses de operaciones con entidades públicas de operaciones en moneda nacional de operaciones en moneda extranjera
- D) Rendimiento de inversiones de la Sección de Ahorros
- E) Ingresos varios
- F) Ingresos en operaciones con tarjetas de crédito

2. Para las Corporaciones Financieras, los ingresos operacionales anuales representados en los siguientes rubros:

- A) Cambios posición y certificados de cambio
- B) Comisiones de operaciones en moneda nacional de operaciones en moneda extranjera
- C) Intereses de operaciones en moneda nacional de operaciones en moneda extranjera de operaciones con entidades públicas.
- D) Ingresos varios.

3. Para las Corporaciones de Ahorro y Vivienda, los ingresos operacionales anuales representados en los siguientes rubros:

- A) Intereses
- B) Comisiones
- C) Ingresos Varios
- D) Corrección monetaria, menos la parte exenta.

4. Para Compañías de Seguros de Vida, Seguros Generales y Compañías Reaseguradoras, los ingresos operacionales anuales representados en el monto de las primas retenidas.

5. Para Compañías de Financiamiento Comercial, los ingresos operacionales anuales representados en los siguientes rubros:

- A) Intereses
- B) Comisiones
- C) Ingresos varios

6. Para Almacenes Generales de Depósitos, los ingresos operacionales anuales representados en los siguientes rubros:

- A) Servicio de Almacenaje en bodegas y silos
- B) Servicios de Aduanas
- C) Servicios varios
- D) Intereses recibidos
- E) Comisiones recibidas
- F) Ingresos varios.

7. Para Sociedades de Capitalización, los ingresos operacionales anuales representados en los siguientes rubros:

- A) Intereses
- B) Comisiones
- C) Dividendos
- D) Otros rendimientos financieros

8. Para los demás establecimientos, de crédito, calificadas como tales por la Superintendencia Bancaria y entidades financieras definidas por la Ley, diferentes a las mencionadas en los numerales anteriores, la base impositiva será la establecida en el numeral 10. de este artículo en los rubros pertinentes.

9. Para el Banco de la República los ingresos operacionales anuales señalados en el numeral 10. de este Artículo, con exclusión de los intereses percibidos por los cupos ordinarios y extraordinarios de crédito concedidos a los establecimientos financieros, otros cupos de crédito autorizados por la Junta Monetaria, líneas especiales de crédito de fomento y préstamos otorgados al Gobierno Nacional.

Artículo 43. Sobre la base gravable definida en el artículo anterior, las Corporaciones de Ahorro y Vivienda pagarán en 1983 y años siguientes el tres por mil (3x1.000) anual y las demás entidades reguladas por la presente Ley, el cuatro por mil (4x1.000) en 1983 y el cinco por mil (5x1.000) por los años siguientes sobre los ingresos operacionales anuales liquidados el 31 de diciembre del año inmediatamente anterior al del pago.

Parágrafo. La Caja de Crédito Agrario, Industrial y Minero y la Financiera Eléctrica Nacional no serán sujetos pasivos del impuesto de Industria y Comercio.

Artículo 44. Los establecimientos de crédito, instituciones financieras y compañías de seguros y reaseguros de que trata el presente Capítulo que realicen sus operaciones en municipios cuya población sea superior a 250.000 habitantes, además del impuesto que resulte de aplicar como base gravable los ingresos previstos en el artículo 42 pagarán por cada oficina comercial adicional la suma de diez mil pesos (\$10.000) anuales.

En los municipios con una población igual o inferior a 250.000 habitantes, tales entidades pagarán por cada oficina comercial adicional la suma de cinco mil pesos (\$5.000)

Los valores absolutos en pesos mencionados en este artículo se elevarán anualmente en un porcentaje igual a la variación del índice general de precios debidamente certificado por el DANE entre el 1.º de octubre del año anterior y el 30 de septiembre del año en curso.

Artículo 45. Ninguno de los establecimientos de Crédito, Instituciones Financieras, compañías de seguros y reaseguros de que trata la presente Ley, pagará en cada municipio o en el Distrito Especial de Bogotá como impuesto de Industria y Comercio una suma inferior a la válida y efectivamente liquidada como Impuesto de Industria y Comercio durante la vigencia presupuestal de 1982.

Artículo 46. Para la aplicación de las normas de la presente Ley, los ingresos operacionales generados por los servicios prestados a personas naturales o jurídicas se entenderán realizados en el Distrito Especial de Bogotá o en el municipio según el caso, donde opere la principal, sucursal, agencia u oficinas abiertas al público. Para estos efectos las entidades financieras deberán comunicar a la Superintendencia Bancaria el movimiento de sus operaciones discriminadas por las principales, sucursales, agencias u oficinas abiertas al público que operen en los municipios, o en el Distrito Especial de Bogotá.

Artículo 47. La Superintendencia Bancaria informará a cada municipio y al Distrito Especial de Bogotá, dentro de los cuatro (4) primeros meses de cada año, el monto de la base descrita en el artículo 42 de esta Ley, para efectos de su recaudo.

Artículo 48. La totalidad del incremento que logre cada municipio en el recaudo del Impuesto de Industria y Comercio por la aplicación de las normas del presente Capítulo, se destinará a gastos de inversión, salvo que el plan de desarrollo municipal determine otra asignación de estos recursos.

CAPITULO IV

Impuesto de circulación y tránsito y de timbre sobre los vehículos automotores

Artículo 49. Los vehículos automotores de uso particular serán gravados por los municipios por concepto del impuesto de circulación y tránsito de que trata la Ley 48 de 1968, con una tarifa anual equivalente al 2 por mil de su valor comercial.

Parágrafo. Quedan vigentes las normas expedidas por los Concejos Municipales que regulen este impuesto respecto de vehículos de servicio público, así como las que hubieren decretado exenciones del mismo.

Artículo 50. Fijáanse las siguientes tarifas anuales del impuesto de timbre nacional establecido por el numeral 2º del artículo 14 de la Ley 2ª de 1976 y regulado por el numeral 2º del artículo 1º del Decreto 3674 de 1981:

a) Vehículos automotores de servicio particular, incluidas las motocicletas con motor de más de 185 c.c. de cilindrada:

Hasta \$350.000 de valor comercial: ocho por mil

Entre \$350.001 y \$700.000 de valor comercial: doce por mil

Entre \$700.001 y \$1'200.000 de valor comercial: dieciséis por mil

Entre \$1'200.001 y \$2'000.000 de valor comercial: veinte por mil

\$2'000.001 o más de valor comercial: veinticinco por mil

b) Vehículos de carga de dos y media toneladas o más:

Hasta \$350.000 de valor comercial: ocho por mil.

Entre \$350.001 y \$700.000 de valor comercial: doce por mil

\$700.001 o más del valor comercial: dieciséis por mil

Artículo 51. Quedan exentos del impuesto previsto en el artículo anterior.

a) Los vehículos clasificados dentro del servicio público de transporte;

b) Los vehículos de propiedad de entidades de derecho público;

c) Los buses destinados exclusivamente al transporte de estudiantes;

d) Las bicicletas, motonetas y las motocicletas con motor hasta de 185 c.c. de cilindrada

e) Los tractores, trilladoras y demás maquinaria agrícola; y

f) Los tractores sobre oruga, cargadores, mototrallas, compactadoras, motoniveladoras y maquinaria similar de construcción de vías públicas.

Artículo 52. Cédese el impuesto de timbre nacional de que trata el artículo 50 de esta Ley a los Departamentos, Indendencias, Comisarias y al Distrito Especial de Bogotá; en consecuencia, dicho impuesto será recaudado por las referidas entidades territoriales.

Sin embargo, los Departamentos podrán convenir con los municipios-capitales de Departamento y con aquéllos donde existan secretarías de tránsito clase A, formas de recaudación delegada del tributo.

Cédese igualmente el debido cobrar existente por este concepto a las entidades territoriales mencionadas en este artículo.

Artículo 53. Para la determinación del valor comercial de los vehículos automotores, el Instituto Nacional del Transporte, INTRA, establecerá anualmente una tabla con los valores correspondientes. Para vehículos no contemplados en esta tabla, el propietario deberá solicitar el valor comercial al INTRA.

Artículo 54. Cuando el vehículo entre en circulación por primera vez, conforme a las regulaciones vigentes, pagará por los impuestos de que tratan los artículos 49 y 50 de la presente Ley, una suma proporcional al número de meses o fracción que reste del año.

Artículo 55. Los impuestos de circulación y tránsito y de timbre nacional sobre vehículos tendrán límites mínimo anuales de doscientos pesos (\$200) y ochocientos pesos (\$800), respectivamente.

Artículo 56. Los recaudos que los Departamentos, Intendencias, Comisarias y el Distrito Especial de Bogotá obtengan por el impuesto previsto en el artículo 50 de esta Ley, deberán destinarse por lo menos en un 80% a gastos de inversión y/o servicios de la deuda contratada para inversión.

Artículo 57. El revisado de que trata el Decreto 1344 de 1970 se revalorará anualmente y su comprobante no podrá ser expedido sin la cancelación previa de los impuestos a que se refiere esta Ley.

Artículo 58. Los municipios en donde no existan Secretarías de Tránsito Clase A recaudarán el impuesto municipal de circulación y tránsito a que se refiere el artículo 49 de esta Ley por intermedio de sus Tesorerías.

Parágrafo 10. Es requisito para matricular en las Inspecciones Departamentales de Tránsito los vehículos de que trata este artículo, además de la documentación exigida por otras normas, acreditar la vecindad del propietario y la inscripción del vehículo en la respectiva Tesorería Municipal.

Parágrafo 20. Tanto para traspasar la propiedad de los vehículos a que se refiere este artículo, como para su revisado, es menester acompañar el paz y salvo por concepto del impuesto municipal de circulación y tránsito.

Artículo 59. A partir del año de 1984, los valores absolutos a que se refieren los artículos 50 y 55 de esta Ley se reajustarán anualmente en el porcentaje señalado por el Gobierno Nacional en el año inmediatamente anterior para el impuesto sobre la renta y complementarios.

Artículo 60. Deróganse el numeral 28 del artículo 26 de la Ley 2a. de 1976 y todas aquellas disposiciones contrarias a este Capítulo.

CAPITULO V

Impuesto al consumo de licores

Artículo 61. La producción, introducción y venta de licores destilados constituyen monopolios de los departamentos como arbitrio rentístico en los términos del artículo 31 de la Constitución Política de Colombia. En consecuencia, las Asambleas Departamentales regularán el monopolio o gravarán esas industrias y actividades, si el monopolio no conviene, conforme a lo dispuesto en esta Ley.

Las Intendencias y Comisarias cobrarán el impuesto de consumo que determina esta Ley para los licores, vinos espumosos o espumantes, aperitivos y similares, nacionales y extranjeros.

Artículo 62. Los vinos, los vinos espumosos o espumantes, los aperitivos y similares nacionales serán de libre producción y distribución, pero tanto éstos como los importados causarán el impuesto nacional de consumo que señala esta Ley.

Artículo 63. En desarrollo del monopolio sobre la producción, introducción y venta de licores destilados, los departamentos podrán ce-

lebrar contratos de intercambio con personas de derecho público o de derecho privado y todo tipo de convenio que, dentro de las normas de contratación vigentes, permita agilizar el comercio de estos productos.

Para la introducción y venta de licores destilados, nacionales o extranjeros, sobre los cuales el departamento ejerza el monopolio, será necesario obtener previamente su permiso, que sólo lo otorgará una vez se celebren los convenios económicos con las firmas productoras, introductoras o importadoras en los cuales se establezca la participación porcentual del departamento en el precio de venta del producto, sin sujeción a los límites tarifarios establecidos en esta Ley.

Artículo 64. El impuesto de consumo que en la presente Ley se regula es nacional, pero su producto se cede a los Departamentos, Intendencias y Comisarias.

Artículo 65. Los impuestos de consumo cuyas tarifas se determinan en el artículo 66 de esta Ley, serán pagados a los Departamentos, Intendencias y Comisarias por los productores o introductores según el caso.

Las Asambleas Departamentales y los Consejos Intendenciales y Comisarias expedirán las normas pertinentes para reglamentar los aspectos administrativos del recaudo del gravamen de consumo y aquéllas que sean necesarias para asegurar su pago, impedir su evasión y eliminar el contrabando de los productos de que trata esta Ley.

En todo caso, el pago del impuesto de consumo contemplado en esta Ley, es requisito para que el producto pueda ser vendido o distribuido.

Artículo 66. El impuesto de consumo sobre licores, vinos, vinos espumosos o espumantes, aperitivos y similares, se determina sobre el precio promedio nacional al detal en expendio oficial o en defecto de éste, del primer distribuidor autorizado, de la botella de 750 mililitros de aguardiente anisado nacional, según lo determine semestralmente el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE.

Las tarifas por botella de 750 mililitros o proporcionalmente a su volumen, serán las siguientes:

10. El 35% para licores nacionales y extranjeros
20. El 10% para vinos, vinos espumosos o espumantes y aperitivos y similares extranjeros.

30. El 5% para vinos, vinos espumosos o espumantes, aperitivos y similares nacionales.

40. El 15% para los licores que se importen o ingresen a la Intendencia de San Andrés y Providencia.

Artículo 67. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 63 de esta Ley, los Departamentos, Intendencias y Comisarias no podrán establecer gravámenes adicionales sobre la fabricación, introducción, distribución, y venta y consumo de licores, vinos, vinos espumosos o espumantes, aperitivos y similares, nacionales y extranjeros, bodegajes obligatorios, gastos de administración o cualquier otro gravamen distinto al único de consumo que determina esta Ley.

Los Departamentos, Intendencias y Comisarias podrán establecer contractualmente el servicio de bodegaje oficial, sin perjuicio de que los particulares puedan utilizar, sin que ello les implique erogaciones o cargas adicionales, su propio sistema de bodegaje, conforme a las normas vigentes.

Artículo 68. Las bebidas alcohólicas destinadas a la exportación o en tránsito no serán objeto de gravamen alguno.

Artículo 69. Quedan vigentes las normas sobre el impuesto a las ventas aplicables a los licores, vinos, vinos espumosos o espumantes, aperitivos y similares y aquellas relativas a la cesión de este impuesto, así como el gravamen de fomento para el deporte de que trata el literal b) del artículo 20. de la Ley 47 de 1968 y todas las normas relacionadas con el impuesto a las cervezas, excepto la prohibición de gravar la industria y el comercio cerveceros con el impuesto de industria y comercio.

Artículo 70. El Gobierno Nacional, en desarrollo de la potestad reglamentaria y teniendo en cuenta las normas técnicas del Ministerio de Salud y del ICONTEC, definirá qué se entiende por licores, vinos, aperitivos y similares, para los efectos de esta Ley.

Artículo 71. El control sanitario de los productos a que se refiere esta Ley se ejercerá por el Ministerio de Salud, de conformidad con las leyes vigentes y con los reglamentos que expida el Gobierno para garantizar la salubridad pública.

Artículo 72. A partir de la vigencia de esta Ley quedan derogadas las Leyes 88 de 1923, 34 de 1925, 88 de 1928, 47 de 1930 y los Decretos 2956 de 1955 y 131 de 1958 y todas las demás normas contrarias a lo dispuesto en este Capítulo.

Impuesto al consumo de cigarrillos

Artículo 73. El consumo de cigarrillos de fabricación nacional, con-
tengan o no insumos importados, causará en favor de los Departamen-
tos, Intendencias y Comisarias, un impuesto equivalente al 100% sobre
el precio de distribución, el cual se establecerá conforme a lo dispuesto
en el Decreto Extraordinario 214 de 1969.

Parágrafo. El Departamento de Cundinamarca y el Distrito Espe-
cial de Bogotá continuarán distribuyendo el producto de este impuesto
según lo establecido en el artículo 3o. del Decreto 3258 de 1968.

Artículo 74. El consumo de cigarrillos de producción extranjera cau-
sará un impuesto del 100% sobre el valor CIF vigente el último día de
cada trimestre. Ese valor será certificado por el INCOMEX dentro de
los diez primeros días del siguiente trimestre para cada una de las mar-
cas de cigarrillos y regirá para la liquidación de los impuestos durante
dicho lapso. Asimismo fijará, el Gobierno Nacional, para el mismo pe-
riodo, el tipo de cambio aplicable para estos efectos.

Artículo 75. Los impuestos contemplados en este Capítulo se can-
celarán para cada cajetilla de 20 cigarrillos o proporcionalmente a su
contenido.

Artículo 76. Los Departamentos, Intendencias, Comisarias y Dis-
trito Especial de Bogotá, no podrán establecer gravámenes adicionales
sobre la fabricación, introducción, distribución, venta y consumo de ci-
garrillos, nacionales y extranjeros, bodegajes obligatorios, gastos de ad-
ministración o cualquier otro gravamen, distinto al único de consumo
que determine esta Ley.

Los Departamentos, Intendencias, Comisarias y Distrito Especial
de Bogotá, podrán establecer contractualmente el servicio de bodegaje
oficial, sin perjuicio de que los particulares puedan utilizar, sin que ello
les implique erogaciones o cargas adicionales, su propio sistema de bo-
degaje, conforme a las normas vigentes.

Artículo 77. Para los cigarrillos provenientes de países con los cua-
les exista un régimen de comercio de igualdad de tratamiento con pro-
ductos nacionales, se aplicará la base establecida en el artículo 73.

Artículo 78. En los casos previstos en los artículos anteriores, el mon-
to del impuesto no podrá ser inferior al que en la fecha de la presente
Ley estén percibiendo las entidades territoriales de la República.

Artículo 79. Sobre el precio establecido en el artículo 74, los ciga-
rillos de producción extranjeras pagarán un impuesto adicional del diez
(10%) por ciento que se regulará conforme a lo dispuesto en la Ley 30
de 1971.

Artículo 80. El sistema de pago de los impuestos regulados, en este
Capítulo será reglamentado por el Gobierno y mientras dicha reglamen-
tación entre en vigencia, los pagos se efectuarán de acuerdo con el siste-
ma normativo actualmente operante en las entidades territoriales de la
República.

Artículo 81. Los cigarrillos de que trata la presente Ley están suje-
tos, según el caso, a los impuestos de importación y cuotas de fomento,
impuesto a las ventas y al gravamen establecido por la Ley 30 de 1971.

Artículo 82. Los cigarrillos extranjeros importados del exterior a
la Intendencia de San Andrés y Providencia pagarán a favor de esta un
impuesto único del treinta por ciento (30%) sobre el valor CIF determi-
nado en la forma prevista en el artículo 74 en puerto del archipiélago.
Los cigarrillos nacionales que se introduzcan a la Intendencia pagarán
un impuesto único del veinte por ciento (20%) sobre el precio de fábrica.

Artículo 83. Deróganse los impuestos establecidos en el artículo 20.
del Decreto 1626 de 1951, el artículo 7o. de la Ley 4a. de 1963, la letra
a) del artículo 6o. de la Ley 49 de 1967; la Ley 36 de 1969 y las demás
normas contrarias a este Capítulo.

CAPITULO VIII

Impuesto a la gasolina

Artículo 84. Los impuestos de consumo a la gasolina-motor en fa-
vor de los Departamentos y del Distrito Especial de Bogotá, será del 0.6
por mil para el año de 1984, del 1 por mil para el año de 1985 y del 2
por mil para los años de 1986 y siguientes, y se liquidará sobre el precio
de venta del galón, al público.

Artículo 85. Los distribuidores al por mayor serán responsables del
pago del impuesto a que se refiere el artículo anterior y estarán obliga-
dos a retenerlo en la fuente y a consignarlo dentro de los 30 días siguientes
al mes en que se haya distribuido, a orden de las entidades beneficiarias.

Artículo 86. El subsidio a la gasolina-motor en favor de los Depar-
tamentos y del Distrito Especial de Bogotá sobre el precio de venta del

galón será del 0,9 por mil para el año gravable de 1984 y de 1,8 por mil a partir de 1985.

La Empresa Colombiana de Petróleos, lo girará directamente a las respectivas Tesorerías Departamentales y del Distrito Especial de Bogotá.

Artículo 87. Los recaudos provenientes del impuesto de consumo y subsidio a la gasolina-motor, sólo podrán ser invertidos en construcción de vías, mejoramiento y conservación de las mismas y en planes de electrificación rural.

CAPITULO VIII

Disposiciones varias

Artículo 88. En caso de mora en el pago de los impuestos de que trata la presente Ley, se aplicarán las sanciones que para el mismo efecto están establecidas respecto del impuesto de renta y complementarios.

Artículo 89. Los Impuestos Nacionales que por esta Ley se ceden a las entidades territoriales adquirirán el carácter de rentas de su propiedad exclusiva a medida en que las Asambleas, Consejos Intendenciales y Comisariales y el Concejo Distrital de Bogotá, en lo de su competencia, los vayan adoptando dentro de los mismos términos, límites y condiciones establecidos por esta Ley.

Artículo 90. La presente Ley rige a partir de la fecha de su expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Dada en Bogotá, D.E. a los 6 días del mes de julio de mil novecientos ochenta y tres (1983).

El Presidente del H. Senado de la República, (Fdo.) **Bernardo Guerra Serna**. El Presidente de la H. Cámara de Representantes, (Fdo.) **Hugo Castro Borja**. El Secretario General del H. Senado de la República, (Fdo.) **Cristina Villazón de Armas**. El Secretario General de la H. Cámara de Representantes, (Fdo.) **Juho Enrique Olaya Rincón**.

República de Colombia - Gobierno Nacional

Publíquese y ejecútase

Bogotá, 6 de julio de 1983

(Fdo.) **Belisario Betancur**

El Ministro de Gobierno, (Fdo.) **Rodrigo Escobar Navia**. El Ministro de Justicia, (Fdo.) **Bernardo Galán Mahecha**. El Ministro de Hacienda y Crédito Público, (Fdo.) **Edgar Gutiérrez Castro**.

Diario Oficial No. 3288

Anales No. 59/83

PROYECTO DE LEY

Por la cual se fortalecen los fiscos de las entidades territoriales y se dictan otras disposiciones complementarias.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPITULO I

Normas sobre Catastro

Artículo 1o. El avalúo catastral de todos los inmuebles se actualizará para la vigencia de 1983. Para este efecto el último avalúo vigente, se reajustará en un diez por ciento (10%) anual que se acumulará año por año, de acuerdo con su antigüedad o fecha. El periodo del reajuste no podrá exceder de 15 años.

El Instituto Geográfico Agustín Codazzi y las Oficinas de Catastro de Cali, Medellín y Antioquia, incorporarán dichas modificaciones en los registros catastrales.

Artículo 2o. Para los predios rurales, el reajuste previsto en el artículo anterior surtirá efectos fiscales, así: para 1983, el 50% de su valor y para 1984 el 100%, que se tendrá en cuenta igualmente para los efectos del artículo siguiente.

Artículo 3o. El Instituto Geográfico "Agustín Codazzi" y las Oficinas de Catastro de Bogotá, Cali, Medellín y Antioquia reajustarán los avalúos catastrales para vigencias anuales a partir del 1o. de enero de 1984.

El Gobierno establecerá el porcentaje de ajuste para cada año, previo concepto del CONPES, teniendo en cuenta, entre otros, los siguientes factores:

- a) Los índices del valor de la tierra.
- b) La política de estabilización
- c) La variación de la productividad y la situación de los mercados internacionales.

En desarrollo de lo anterior, el Gobierno integrará una Comisión que elaborará índices del valor de las tierras para las principales regiones del país.

Hasta tanto se establezcan los índices previstos en este artículo, el Gobierno determinará el porcentaje de ajuste por cada año, el cual no podrá ser inferior al 50% ni superior al 100% del incremento porcentual que haya fijado para fines tributarios en el año inmediatamente anterior.

Lo dispuesto en este artículo no se aplicará a los catastros firmados o actualizados en el año inmediatamente anterior, según lo previsto por los artículos 5o., 6o. y 7o. de la presente Ley.

Artículo 4o. Los avalúos establecidos de conformidad con el artículo anterior, entrarán en vigencia el 1o. de enero de cada año.

El propietario o poseedor podrá solicitar su revisión en la Oficina de Catastro correspondiente, durante los dos primeros meses del respectivo año, cuando demuestre que el valor no se ajusta a las características y condiciones del predio. Dicha revisión se hará dentro del proceso de conservación catastral y contra la decisión sólo procederá el recurso de reposición en la vía gubernativa.

Artículo 5o. El Instituto Geográfico "Agustín Codazzi" y las Oficinas de Catastro de Bogotá, Cali, Medellín y Antioquia, continuarán adelantando las labores de formación, actualización y conservación de los catastros, tendientes a la correcta identificación física, jurídica, fiscal y económica de los inmuebles.

Artículo 6o. Las labores técnicas de formación o de actualización del catastro, a las cuales se refiere el artículo anterior, se adelantarán prioritariamente en los municipios o zonas del país que no tengan catastros, y en aquéllos que los tengan, de acuerdo con las prioridades que fijen las autoridades catastrales, con base en la antigüedad de los mismos.

Artículo 7o. La vigencia de los catastros elaborados por formación o actualización, para todos los efectos, empezará a partir del 8 de enero del año siguiente a aquél en que fue notificado y concluido el proceso de reclamos.

Artículo 8o. Las labores catastrales de que trata la presente Ley se surtificarán en todo el país a las normas técnicas establecidas por el Instituto Geográfico "Agustín Codazzi".

Artículo 9o. El Gobierno Nacional, a solicitud fundamentada de los Concejios Municipales, por especiales condiciones económicas o sociales que afecten a determinados municipios o a zonas de estos últimos, podrá aplazar la vigencia de los catastros elaborados por formación o actualización, por un periodo hasta de un (1) año, plazo que podrá ampliarse hasta por un (1) año más, si subsisten las condiciones que originaron el aplazamiento.

Igualmente, por los mismo hechos y bajo las mismas condiciones previstas en el inciso anterior, en octubre de cada año para la vigencia catastral siguiente y para determinados municipios o zonas de estos últimos podrá fijar reducciones en el porcentaje de la variación del índice que se adopte para reajustar los avalúos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 30. de la presente Ley.

Artículo 10. El Gobierno Nacional a solicitud fundamentada del Ministerio de Agricultura, por variaciones en el precio de los productos agropecuarios de determinados municipios, podrá fijar los correspondientes cambios en el porcentaje de la variación del índice que se adopte para reajustar los avalúos de los predios rurales, de acuerdo con lo establecido en el artículo 30. de esta Ley.

Artículo 11. Sin perjuicio de lo establecido en los dos artículos anteriores, los ajustes previstos en el artículo 30. de esta Ley no serán inferiores al 50% ni superiores al 100% del índice de precios al consumidor para empleados que determine anualmente el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE.

Artículo 12. En ningún caso, los inmuebles por destinación harán parte del avalúo catastral.

Cuando se trate de predios afectados con mejoras agropecuarias, éstas sólo se tomarán en cuenta para efectos de los avalúos catastrales elaborados por formación o actualización, cuatro (4) años después de su realización.

Artículo 13. Antes del 30 de junio de cada año, los propietarios o poseedores de inmuebles o de mejoras podrán presentar ante la correspondiente Oficina de Catastro, la estimación del avalúo catastral. En los municipios donde no hubiere Oficina de Catastro, su presentación se hará ante el Tesorero Municipal.

Dicha estimación no podrá ser inferior al avalúo vigente más el reajuste que corresponda al año en el cual se hace la correspondiente estimación y se incorporará al Catastro con fecha 31 de diciembre del año en el cual se haya efectuado.

Únicamente para el año de 1983, la estimación prevista en este artículo será incorporada por las Oficinas de Catastro o por las Tesorerías Municipales, según el caso, en la fecha de su presentación.

Artículo 14. Los propietarios o poseedores que se acojan a la estimación del avalúo, deberán presentar con la declaración de renta y patrimonio del año correspondiente, copia del mismo, sellada por la oficina de Catastro o por la Tesorería ante la cual se haya presentado.

Artículo 15. En caso de expropiación de inmuebles, el Estado pagará el menor de estos dos valores: el avalúo catastral vigente en la fecha de la sentencia que decreta la expropiación, más un treinta por ciento (30%) o el avalúo comercial determinado para tal fin por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi en la misma fecha.

Artículo 16. Para fines de negociaciones crediticias o de cualquier otra operación financiera adelantada con organismos vigilados por la Superintendencia Bancaria, el valor de los inmuebles no podrá ser inferior al avalúo catastral vigente.

Artículo 17. Las estimaciones catastrales que hagan los propietarios, se tomarán en cuenta para los fines señalados en los artículos 15 y 16 de la presente Ley.

Artículo 18. A partir del 10. de enero de 1983, las tarifas del impuesto predial, incluidas todas las sobretasas municipales, serán fijadas por los concejos municipales el del Distrito Especial de Bogotá entre el 4 y el 12 por 1.000, sin perjuicio de que las entidades territoriales conserven las tarifas y sobretasas que en la fecha de promulgación de la presente Ley tengan establecidas por encima de estos límites.

Exceptúense de la limitación anterior los lotes urbanizados no edificados.

Artículo 19. Para el año gravable de 1983, la renta de goce consagrada en el artículo 70 del decreto 2053 de 1974, se estimará en un seis por ciento (6%) del avalúo catastral o del costo del inmueble, cuando éste fuere superior, en la parte que exceda de \$4.000.000. Este porcentaje será del siete por ciento (7%) para el año gravable de 1984 y del ocho por ciento (8%) para el año gravable de 1985, y siguientes.

Artículo 20. Los contribuyentes del impuesto sobre la renta y complementarios, podrán descontar del impuesto de patrimonio, una parte del impuesto predial equivalente a la misma proporción que tenga el inmueble puesto al patrimonio bruto, así: por el año gravable de 1983, el treinta por ciento (30%) de la suma a descontar; por el año gravable de 1984 el sesenta por ciento (60%); por el año gravable de 1985, el ochenta por ciento (80%); y a partir del año gravable de 1986, el ciento por ciento (100%).

Este descuento no podrá exceder del monto del impuesto de patrimonio atribuible a los bienes inmuebles.

Artículo 21. Para los sujetos pasivos del impuesto de patrimonio, la deducción por concepto del impuesto predial pagado por el respectivo año, de que trata el artículo 48 del decreto 2053 de 1974, será el setenta por ciento (70%) por el año de 1983, del cuarenta por ciento (40%) para el año

de 1984, del veinte por ciento (20%) por el año de 1985, y no operará a partir de 1986.

Artículo 22. En el caso de los impuestos que administra la Dirección General de Impuestos Nacionales, cuando el avalúo catastral de los bienes inmuebles que tengan el carácter de activos fijos fuere superior al costo fiscal, dicho avalúo catastral se tomará en cuenta para determinar:

- a) La renta o ganancia ocasional obtenida en su enajenación.
- b) La renta presuntiva.
- c) El patrimonio bruto, líquido y gravable.
- d) El avalúo de los bienes relictos.

Parágrafo 1o. Para los predios rurales el avalúo catastral señalado en el inciso anterior, sólo se tomará en el 85% de su valor.

Parágrafo 2o. Cuando el avalúo catastral previsto en este artículo correspondiere a la auto-estimación o al avalúo formado o actualizado del respectivo bien y fuere superior al costo fiscal, para efectos de determinar la utilidad en el caso de enajenación del respectivo inmueble, únicamente se tendrá en cuenta dicho valor al finalizar el segundo año de vigencia de la respectiva estimación, formación o actualización.

Artículo 23. Cuando las tarifas de servicios públicos se determinen con fundamento en los avalúos catastrales, las escalas para dichas tarifas deberán reajustarse anualmente en los mismos porcentajes con que se reajusten los avalúos, de conformidad con el artículo 3o. de esta Ley.

Artículo 24. Los avalúos elaborados con los procedimientos señalados en esta Ley, no se aplicarán para la determinación del valor de bienes inmuebles en casos de compra-venta, permuta o donación en que sean parte de las entidades públicas, eventos en los cuales se continuarán aplicando las normas vigentes.

Artículo 25. Los propietarios o poseedores de predios o mejoras no incorporados al Catastro, tendrán la obligación de comunicar a las Oficinas Seccionales del Instituto Geográfico "Agustín Codazzi" o a las Oficinas de Catastro de Bogotá, Cali, Medellín y Antioquia o a las Tesorerías Municipales en donde no estuvieren establecidas dichas Oficinas tanto el valor como la fecha de adquisición de estos inmuebles o mejoras con el fin de que las entidades catastrales incorporen dicho valor con los ajustes correspondientes como avalúo oficial del inmueble.

A los propietarios o poseedores de predios y mejoras que dentro del término de un (1) año, contado a partir de la vigencia de esta Ley, no cumplieren con la obligación prescrita en este artículo, se les establecerá de oficio el avalúo catastral tomando en cuenta el valor de la escritura, que se reajustará en un ciento por ciento (100%) del incremento porcentual del índice de precios al consumidor que indique el Departamento Administrativo Nacional de Estadística para el respectivo período por cada año transcurrido a partir de la fecha de la correspondiente escritura de adquisición.

Cuando las mejoras no estén incorporadas en la escritura, se tendrá en cuenta el valor fijado por la Oficina de Catastro previa inspección ocular.

Artículo 26. Los impuestos dejados de pagar, según la liquidación que establece el artículo anterior, se cobrarán al propietario actual con intereses moratorios equivalentes al doble del interés bancario corriente, certificado por la Superintendencia Bancaria.

La sanción anterior no se aplicará a los predios rurales cuando el avalúo catastral de oficio de que trata el presente artículo, no exceda de \$200.000.

Artículo 27. Para protocolizar actos de transferencias, constitución o limitación de dominio de bienes inmuebles, el Notario, o quien haga sus veces, exigirá e insertará en el instrumento el certificado catastral expedido por la Oficina de Catastro o el Tesorero Municipal.

Cuando se trate de inmuebles procedentes de la segregación de uno de mayor extensión, el certificado catastral exigido podrá ser el del inmueble del cual se segrega.

El Notario se abstendrá de autorizar escritura sobre inmuebles cuyo precio de enajenación, para venta total del mismo, sea inferior al avalúo catastral vigente.

Cuando se trate de protocolizar escrituras que contengan contratos de compra-venta de inmuebles que se vayan a construir o se estén construyendo, el Notario exigirá copia debidamente sellada y radicada, de la solicitud del avalúo del correspondiente inmueble acompañada del certificado de paz y salvo del lote donde se va a adelantar o se está adelantando la construcción.

Los otorgantes de la respectiva escritura, dentro de los dos meses siguientes, deberán presentar copia auténtica de la escritura ante la Oficina de Catastro o la Tesorería Municipal, según el caso, para que realicen las actualizaciones a que haya lugar.

No se podrán rematar bienes inmuebles por valores inferiores al correspondiente avalúo catastral vigente en la fecha de la diligencia de remate.

Artículo 28. Antes de registrar los instrumentos sobre transferencias, constitución o limitación del dominio de bienes inmuebles, los Registradores de Instrumentos Públicos deberán cerciorarse si los Notarios han cumplido en cada paso con el requisito exigido en el artículo anterior.

Los registradores deberán abstenerse de inscribir en sus libros cualquier acto o instrumento sobre transferencia, constitución o limitación del dominio de inmuebles si en tales instrumentos no apareciere inserto el certificado catastral a que se refiere el artículo precedente o, si la enajenación se hubiere efectuado por un precio inferior al avalúo catastral vigente.

Artículo 29. Los Registradores de Instrumentos Públicos estarán obligados a enviar a la Oficina de Catastro correspondiente, dentro de los diez (10) primeros días de cada mes, la información completa sobre las modificaciones de la propiedad inmueble ocurridas durante el mes anterior.

Artículo 30. La actualización del avalúo catastral prevista en el artículo 10. de la presente Ley, no rige para los predios del Distrito Especial de Bogotá, cuyo avalúo catastral ya hubiere sido reajustado, en desarrollo de las disposiciones vigentes.

En todo lo demás, los predios del Distrito Especial de Bogotá se regirán por las disposiciones de este capítulo.

Artículo 31. Antes del 31 de diciembre de 1983, los Concejos Municipales, el Concejo del Distrito Especial de Bogotá y las demás autoridades competentes, desvincularán del avalúo catastral la fijación de las tarifas de los servicios públicos.

CAPITULO II

Impuestos de Industria y Comercio y de Avisos y Tableros

Artículo 32. El impuesto de industria y comercio recaerá, en cuanto a materia imponible, sobre todas las actividades comerciales, industriales y de servicios que se ejerzan o realicen en las respectivas jurisdicciones municipales, directa o indirectamente, por personas naturales, jurídicas o por sociedades de hecho, ya sea que se cumplan en forma permanente u ocasional, en inmuebles determinado, con establecimiento de comercio o sin ellos.

Artículo 33. Este impuesto se liquidará sobre el promedio mensual de ingresos brutos del año inmediatamente anterior, expresados en moneda nacional y obtenidos por las personas y sociedades de hecho indicadas en el artículo anterior, con exclusión de devoluciones, ingresos provenientes de la venta de activos fijos y de las exportaciones, recaudo de impuestos y percepción de subsidios.

Sobre la base gravable definida en este artículo se aplicará la tarifa que determinen los concejos municipales dentro de los siguientes límites máximos:

1. El 7 por 1.000 mensual para las actividades industriales; y
2. El 10 por 1.000 mensual para las actividades comerciales y de servicios.

Los municipios podrán mantener hasta el 31 de diciembre de 1984, las tarifas que en la fecha de promulgación de la presente Ley tengan establecidas por encima de los límites consagrados en el presente artículo.

Parágrafo. Para la aplicación de lo dispuesto en el presente artículo los concejos municipales expedirán los acuerdos respectivos antes del 30 de septiembre de 1984.

Artículo 34. Para los fines de esta ley, se considerarán actividades industriales las dedicadas a la producción, extracción, fabricación, confección, preparación, transformación, reparación, manufactura y ensamblaje de cualquier clase de materiales o bienes.

Artículo 35. Se entienden por actividades comerciales, las destinadas al expendio, compraventa, o distribución de bienes o mercancías, tanto al por mayor como al por menor, y las demás definidas como tales por el Código de Comercio siempre y cuando no estén consideradas por el mismo Código o por esta Ley, como actividades industriales o de servicios.

Artículo 36. Son actividades de servicio las dedicadas a satisfacer necesidades de la comunidad mediante la realización de una o varias de las siguientes o análogas actividades: expendio de bebidas y comidas; servicio de restaurante, cafés, hoteles, casas de huéspedes, moteles, amoblados, transporte y aparcaderos, formas de intermediación comercial, tales como el corretaje, la comisión, los mandatos y la compraventa y administración de inmuebles; servicios de publicidad, interventoría, construcción y urbanización, radio y televisión, clubes sociales, talleres de reparaciones eléctricas, mecánicas, automovilarias y afines, lavado, limpieza y teñido, salas de cine y arrendamiento de películas y de todo tipo de reproducción que contenga audio y video, y negocios de montepíos.

Artículo 37. El impuesto de avisos y tableros, autorizado por la Ley 97 de 1913, se liquidará y cobrará en adelante, como complemento del impuesto de industria y comercio, con una tarifa de un tanto por ciento sobre el valor de éste, fijada por los concejos municipales.

Artículo 38. Los Municipios sólo podrán otorgar exenciones de impuestos municipales por plazo limitado, que en ningún caso excederá de diez años, todo de conformidad con los planes de desarrollo municipal.

Artículo 39. No obstante lo dispuesto en el artículo anterior, continuarán vigentes:

1. Las obligaciones contraídas por el Gobierno en virtud de tratados o convenios internacionales que haya celebrado o celebre en el futuro, y las contraídas por la Nación, los Departamentos o los Municipios mediante contratos celebrados en desarrollo de la legislación anterior.

2. Las prohibiciones que consagra la Ley 26 de 1904. Además, subsisten para los departamentos y municipios las siguientes prohibiciones:

a) La de imponer gravámenes de ninguna clase o denominación o la producción primaria, agrícola o ganadera, sin que se incluyan en esta prohibición las fábricas de productos alimenticios o toda industria donde haya un proceso de transformación por elemental que éste sea.

b) La de gravar los artículos de producción nacional destinados a la exportación.

c) La de gravar plazas de mercado.

d) La de gravar con el impuesto de industria y comercio la explotación de canteras y minas diferentes de sal, esmeraldas y metales preciosos, cuando las regalías o participaciones para el municipio sean iguales o superiores a lo que corresponderá pagar por concepto del impuesto de industria y comercio.

e) La de gravar con el impuesto de industria y comercio los establecimientos educativos públicos, las entidades de beneficencia, las culturales y deportivas y los hospitales adscritos o vinculados al Sistema Nacional de Salud.

f) La de gravar la primera etapa de transformación realizada en predios rurales cuando se trate de actividades de producción agropecuaria.

g) La de gravar las actividades del Instituto de Mercadeo Agropecuario, IDEMA.

Artículo 40. Este capítulo de la presente ley se aplicará también al Distrito Especial de Bogotá.

CAPITULO III

Impuesto de Industria y Comercio al Sector Financiero

Artículo 41. Los Bancos, Corporaciones de Ahorro y Vivienda, Corporaciones Financieras, Almacenes Generales de Depósito, Compañías de Seguros Generales, Compañías Reaseguradoras, Compañías de Financiamiento Comercial, Sociedades de Capitalización y los demás establecimientos de Crédito que defina como tales la Superintendencia Bancaria e instituciones - financieras reconocidas por la ley, son sujetos del impuesto municipal de industria y comercio de acuerdo con lo prescrito por esta Ley.

Artículo 42. La base impositiva para la cuantificación del impuesto regulado en la presente Ley se establecerá por los concejos municipales o por el Concejo del Distrito Especial de Bogotá, de la siguiente manera:

1. Para los Bancos, los ingresos operacionales anuales representados en los siguientes rubros:

A) Cambios	posición y certificado de cambio
B) Comisiones	de operaciones en moneda nacional de operaciones en moneda extranjera
C) Intereses	de operaciones con entidades públicas de operaciones en moneda nacional de operaciones en moneda extranjera
D) Rendimiento de inversiones de la Sección de Ahorros	
E) Ingresos varios	
F) Ingresos en operaciones con tarjetas de crédito	

2. Para las Corporaciones Financieras, los ingresos operacionales anuales representados en los siguientes rubros:

A) Cambios	posición y certificados de cambio
B) Comisiones	de operaciones en moneda nacional de operaciones en moneda extranjera
C) Intereses	de operaciones en moneda nacional de operaciones en moneda extranjera de operaciones con entidades públicas
D) Ingresos varios	

3. Para las Corporaciones de Ahorro y Vivienda, los ingresos operacionales anuales representados en los siguientes rubros:

- A) Intereses
- B) Comisiones
- C) Ingresos varios
- D) Corrección monetaria, menos la parte exenta.

4. Para Compañías de Seguros de Vida, Seguros Generales y Compañías Reaseguradoras, los ingresos operacionales anuales representados en el monto de las primas retenidas.

5. Para Compañías de Financiamiento Comercial, los ingresos operacionales anuales representados en los siguientes rubros:

- A) Intereses
- B) Comisiones
- C) Ingresos varios

6. Para Almacenes Generales de Depósito, los ingresos operacionales anuales representados en los siguientes rubros:

- A) Servicio de Almacenaje en bodegas y silos
- B) Servicios de Aduana
- C) Servicios varios
- D) Intereses recibidos
- E) Comisiones recibidas
- F) Ingresos varios

7. Para Sociedades de Capitalización, los ingresos operacionales anuales representados en los siguientes rubros:

- A) Intereses
- B) Comisiones
- C) Dividendos
- D) Otros rendimientos financieros

8. Para los demás establecimientos de crédito, calificados como tales por la Superintendencia Bancaria y entidades financieras definidas por la Ley, diferentes a las mencionadas en los numerales anteriores, la base impositiva será la establecida en el numeral 1.º del artículo 42 en los rubros pertinentes.

9. Para el Banco de la República los ingresos operacionales anuales señalados en el numeral 1.º de este artículo, con exclusión de los intereses percibidos por los cupos ordinarios y extraordinarios de crédito conce-

ditos a los establecimientos financieros, otros cupos de crédito autorizados por la Junta Monetaria, líneas especiales de crédito de fomento y préstamos otorgados al Gobierno Nacional.

Artículo 43. Sobre la base gravable definida en el artículo anterior, las Corporaciones de Ahorro y Vivienda pagarán en 1983 y años siguientes el 3 por mil anual y las demás entidades reguladas por la presente ley, el 4 por mil en 1983 y el 5 por mil los años siguientes sobre los ingresos operacionales anuales liquidados el 31 de diciembre del año inmediatamente anterior al del pago.

Parágrafo. La Caja de Crédito Agrario, Industrial y Minero y la Financiera Eléctrica Nacional estarán exentas del impuesto de industria y comercio de que trata esta Ley.

Artículo 44. Los establecimientos de crédito, instituciones financieras y compañías de seguros y reaseguros de que trate la presente ley que realicen sus operaciones mercantiles en municipios cuya población sea superior a doscientos cincuenta mil habitantes sin exceder de quinientos mil, además de la cuantía que le resulte liquidada al aplicar como base gravable los ingresos operacionales, pagarán, por cada oficina comercial adicional, la suma de diez mil pesos anuales. En los municipios con una población igual o inferior a doscientos cincuenta mil habitantes, además, de la cuantía que le resulte liquidada al aplicar como base gravable los ingresos operacionales, pagarán por cada oficina comercial adicional, la suma de cinco mil pesos anuales.

Autorízase a los concejos municipales y al Concejo del Distrito Especial de Bogotá para elevar anualmente y con vigencia al año siguiente, los valores absolutos en pesos mencionados en este artículo hasta en un porcentaje igual a la variación del índice general de precios debidamente certificado por el DANE entre el 1.º de octubre del año anterior y el 30 de septiembre del año en curso.

Artículo 45. Ninguno de los establecimientos de crédito, instituciones financieras, compañías de seguros y reaseguros de que trata la presente Ley, pagará en cada municipio o en el Distrito Especial de Bogotá como impuesto de Industria y Comercio una suma inferior a la válida y efectivamente liquidada como impuesto de industria y comercio durante la vigencia presupuestal de 1982.

Artículo 46. Para la aplicación de las normas de la presente ley, los ingresos operacionales generados por los servicios prestados a personas naturales o jurídicas se entenderán realizados en el Distrito Especial de Bogotá o en municipio según el caso, donde opere la principal, sucursal, agencia u oficinas abiertas al público. Para estos efectos las entidades financie-

ras deberán comunicar a la Superintendencia Bancaria el movimiento de sus operaciones discriminadas por las principales, sucursales, agencias u oficinas abiertas al público que operen en los municipios, o en el Distrito Especial de Bogotá.

Artículo 47. La Superintendencia Bancaria informará a cada municipio y al Distrito Especial de Bogotá, dentro de los cuatro (4) primeros meses de cada año, el monto de la base descrita en el artículo 42 de esta Ley, para efectos de su recaudo.

CAPITULO IV

Impuesto de Circulación y Tránsito y Timbre Nacional sobre automotores

Artículo 48. Los vehículos automotores de uso particular serán gravados por los municipios por concepto del impuesto de circulación y tránsito de que trata la Ley 48 de 1968, con una tarifa anual equivalente al 2 por mil de su valor comercial.

Parágrafo. Quedan vigentes las normas expedidas por los Concejos Municipales que regulan este impuesto respecto de vehículos de servicio público, así como las que hubieren decretado exenciones del mismo.

Artículo 49. Fijanse las siguientes tarifas del impuesto de timbre nacional establecido por el numeral 20. del artículo 14 de la Ley 2a. de 1976 y regulado por el numeral 20. del artículo 10. del Decreto 3674 de 1981:

a) Vehículos automotores de servicio particular, incluidas las motocicletas con motor de más de 185 c.c. de cilindrada:

Hasta \$350.000 de valor comercial: ocho por mil

Entre \$350.001 y \$700.000 de valor comercial: doce por mil

Entre \$700.001 y \$1.200.000 de valor comercial: dieciséis por mil

Entre \$1.200.001 y \$2.000.000 de valor comercial: veinte por mil

\$2.000.001 o más de valor comercial: veinticinco por mil.

b) Vehículos de carga de dos media toneladas o más:

Hasta \$350.000 de valor comercial: ocho por mil

Entre \$350.001 y \$700.000 de valor comercial: doce por mil
\$700.001 o más de valor comercial: dieciséis por mil

Artículo 50. Quedan exentos del impuesto previsto en el artículo anterior:

a) Los vehículos legalmente clasificados dentro del servicio público de transporte;

b) Los vehículos de propiedad de entidades de derecho público;

c) Los buses destinados exclusivamente al transporte de estudiantes; y

d) Las bicicletas, motonetas y las motocicletas con motor hasta de 185 c.c. de cilindrada.

e) Los tractores, trilladoras y demás maquinaria agrícola; y

f) Los tractores sobre oruga, cargadores, mototrallas, compactadoras, motoniveladoras y maquinaria similar de construcción de vías públicas.

Artículo 51. Cédese el impuesto de timbre nacional de que trata el artículo 49 de esta ley, a los Departamentos, Intendencias, Comisarias y al Distrito Especial de Bogotá. En consecuencia, dicho impuesto será recaudado por las referidas entidades territoriales. Sin embargo, los Departamentos podrán convenir con los municipios capitales de Departamento y con aquéllos donde existan secretarías de tránsito clase A, formas de administración delegada del recaudo.

Artículo 52. Para la determinación del valor comercial de los vehículos automotores, el Instituto Nacional del Transporte, INTRA, establecerá anualmente una tabla con los valores correspondientes. Para vehículos no contemplados en esa tabla, el propietario deberá solicitar el valor comercial al INTRA.

Artículo 53. Cuando el vehículo entre en circulación por primera vez, conforme a las regulaciones vigentes, pagará por los impuestos de que tratan los artículos 48 y 49 de la presente ley, una suma proporcional al número de meses o fracción que reste del año.

Artículo 54. No se pagará por concepto del impuesto de circulación y tránsito una suma anual inferior a \$200 ni a \$800 por concepto del impuesto de timbre nacional.

Artículo 55. Los municipios donde no existan secretarías de tránsito de clase A, podrán convenir con sus respectivos Departamentos el recaudo

do del impuesto municipal de circulación y tránsito a que se refiere el artículo 48 de esta Ley.

Artículo 56. Los recaudos que los Departamentos, Intendencias y Comisarias y el Distrito Especial de Bogotá obtengan por el impuesto de timbre nacional previsto en el artículo 49 de esta Ley, deberán destinarse, por lo menos en un 80%, a uno o varios de los siguientes fines: gastos de inversión, servicio de la deuda contratada para inversión y servicios sociales de salud.

Artículo 57. Las asambleas departamentales, los Consejos Intendenciales y Comisariales y el Concejo del Distrito Especial de Bogotá reglamentarán lo relacionado con el recaudo del impuesto a que se refiere el artículo 49 de esta ley.

Artículo 58. El revisado de que trata el decreto 1344 de 1970 se realiazará anualmente y su comprobante no podrá ser expedido sin la cancelación previa de los impuestos a que se refiere esta ley.

Artículo 59. En caso de mora en el pago de los impuestos de que trata la presente ley, se aplicarán las sanciones que para el mismo efecto están establecidas respecto del impuesto de renta y complementarios.

Artículo 60. A partir del año de 1984, los valores absolutos a que se refieren los artículos 49 y 54 de esta ley se reajustarán anualmente en el porcentaje señalado por el Gobierno Nacional en el año inmediatamente anterior para el impuesto sobre la renta y complementarios.

Artículo 61. Deróganse el numeral 28 del artículo 26 de la ley 2a. de 1976 y todas aquellas disposiciones contrarias a este capítulo.

CAPITULO V

Impuesto al consumo de bebidas alcohólicas

Artículo 62. La producción, introducción y venta de licores destilados constituyen monopolios de los departamentos como arbitrio rentístico en los términos del artículo 31 de la Constitución Política de Colombia. En consecuencia, las asambleas departamentales regularán el monopolio o gravarán esas industrias y actividades, si el monopolio no conviene, conforme a lo dispuesto en esta ley.

Las intendencias y comisarias cobrarán el impuesto de consumo que determina esta ley para los licores, vinos espumosos, o espumantes, aperitivos y similares, nacionales y extranjeros.

Artículo 63. Los vinos, los vinos espumosos o espumantes, los aperitivos y similares nacionales serán de libre producción y distribución, pero tanto éstos como los importados causarán el impuesto nacional de consumo que señala esta ley.

Artículo 64. En desarrollo del monopolio sobre la producción, introducción y venta de licores destilados, los departamentos podrán celebrar contratos de intercambio con personas de derecho público o de derecho privado y todo tipo de convenio que, dentro de las normas de contratación vigentes, permita agilizar el comercio de estos productos.

Para la introducción y venta de licores destilados, nacionales o extranjeros, sobre los cuales el departamento ejerza el monopolio, será necesario obtener previamente su permiso, que solo le otorgará una vez se celebren los convenios económicos con las firmas productoras, introductoras o importadoras en los cuales se establezca la participación porcentual del departamento en el precio de venta del producto, sin sujeción a los límites tarifarios establecidos en esta ley.

Artículo 65. El impuesto de consumo que en el presente decreto se regula es nacional, pero su producto se cede a los departamentos, intendencias y comisarias.

Artículo 66. Los impuestos de consumo cuyas tarifas se determinan en el artículo 68 de esta ley, serán pagadas a los departamentos, intendencias y comisarias por los productores o introductores, según el caso.

Las asambleas departamentales y los consejos intendenciales y comisariales expedirán las normas pertinentes para reglamentar los aspectos administrativos del recaudo del gravamen de consumo y aquéllas que sean necesarias para asegurar su pago, impedir su evasión y eliminar el contrabando de los productos de que trata esta ley.

En todo caso, el pago del impuesto de consumo contemplado en esta ley, es requisito para que el producto pueda ser vendido o distribuido.

Artículo 67. El impuesto de consumo sobre licores, vinos, vinos espumosos o espumantes, aperitivos y similares, se determina sobre el precio promedio nacional al detal en expendio oficial o, en defecto de éste, del primer distribuidor autorizado de la botella de 750 mililitros de aguardiente anisado nacional, según lo determine semestralmente el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE.

Las tarifas por botella de 750 mililitros o proporcionalmente a su volumen, serán las siguientes:

Impuesto al consumo de cigarrillos

1. El 35% para licores nacionales y extranjeros.
2. El 10% para vinos, vinos espumosos o espumantes extranjeros y aperitivos y similares nacionales y extranjeros; y
3. El 5% para vinos, vinos espumosos o espumantes nacionales.

Parágrafo. Los licores, vinos, vinos espumosos o espumantes, aperitivos y similares que se importen o ingresen a la Intendencia de San Andrés y Providencia, pagarán en su favor el impuesto de consumo de que trata el presente artículo.

Artículo 68. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 65 de esta ley, los Departamentos, Intendencias y Comisarías no podrán establecer gravámenes adicionales sobre la fabricación, introducción, distribución, venta y consumo de licores, vinos, vinos espumosos o espumantes, aperitivos y similares, nacionales y extranjeros, bodegajes obligatorios, gastos de administración o cualquier otro gravamen distinto al único de consumo que determina esta ley.

Los Departamentos, Intendencias y Comisarías podrán establecer contractualmente el servicio de bodegaje oficial, sin perjuicio de que los particulares puedan utilizar, sin que ello les implique erogaciones o cargas adicionales, su propio sistema de bodegaje, conforme a las normas vigentes.

Artículo 69. Las bebidas alcohólicas destinadas a la exportación o en tránsito no serán objeto de gravamen alguno.

Artículo 70. Quedan vigentes las normas sobre impuesto a las ventas aplicables a los licores, vinos, vinos espumosos o espumantes, aperitivos y similares y aquellos relativos a la cesión de este impuesto, así como el gravamen de fomento para el deporte de que trata el literal b) del artículo 2o. de la Ley 47 de 1968 y todas las normas relacionadas con el impuesto a las cervezas, excepto la prohibición de gravarlas con el impuesto de industria y comercio.

Artículo 71. El Gobierno Nacional, en desarrollo de la potestad reglamentaria y teniendo en cuenta las normas técnicas del Ministerio de Salud y del ICONTEC, definirá que se entienda por licores, vinos, aperitivos y similares, para los efectos de esta ley.

Artículo 72. Los cigarrillos de fabricación nacional, contengan o no insumos importados, pagarán un impuesto de consumo del 100% sobre el precio de distribución, el cual se establecerá conforme a lo dispuesto en el decreto extraordinario 214 de 1969.

Artículo 73. Los cigarrillos de producción extranjera pagarán un impuesto de consumo del 100% sobre el precio de importación en puerto colombiano, excluidos todos los impuestos y cuotas de fomento que les correspondan.

Artículo 74. Para los cigarrillos provenientes de países con los cuales exista un régimen de comercio de igualdad de tratamiento con productos nacionales, se aplicará la base establecida en el artículo 72.

Artículo 75. En los casos previstos en los artículos anteriores, el monto del impuesto no podrá ser inferior al que en la fecha de la presente ley estén percibiendo las entidades territoriales de la República.

Artículo 76. Sobre el precio establecido en el artículo 73, los cigarrillos de producción extranjera pagarán un impuesto adicional del 10% que se regulará conforme a lo dispuesto en la Ley 30 de 1971.

Artículo 77. El pago de los impuestos establecidos en los artículos anteriores se efectuará durante los quince primeros días del mes siguiente al de su distribución.

Artículo 78. Los cigarrillos de que trata la presente ley estarán sujetos, según el caso, a los impuestos de importación y cuotas de fomento, impuesto a las ventas y al gravamen establecido por la Ley 30 de 1971.

Artículo 79. Los cigarrillos que sean importados o ingresen a la Intendencia de San Andrés y Providencia, pagarán en su favor los impuestos a los que se refiere el artículo 73 de esta ley, así como la cuota de fomento, el impuesto a las ventas y el gravamen establecido por la Ley 30 de 1971.

Artículo 80. Deróganse los impuestos establecidos en el artículo 2o. del Decreto 1626 de 1951, el artículo 7o. de la Ley 4a. de 1963, la letra a) del artículo 6o. de la Ley 49 de 1967, la Ley 36 de 1969 y las demás normas contrarias a este capítulo.

CAPITULO VII

Impuesto y subsidio a la gasolina-motor

Artículo 81. El impuesto de consumo a la gasolina-motor en favor de los Departamentos y del Distrito Especial de Bogotá, será del 0.6 por mil para el año de 1984, del 1 por mil para el año de 1985 y del 2 por mil para los años de 1986 y siguientes, y se liquidará sobre el precio de venta del galón, al público.

Artículo 82. Los distribuidores al por mayor serán responsables del pago del impuesto a que se refiere el artículo anterior y estarán obligados a retenerlo en la fuente y a consignarlo dentro de los días siguientes al mes en que se haya distribuido, a orden de las entidades beneficiarias.

Artículo 83. El subsidio a la gasolina-motor en favor de los Departamentos y del Distrito Especial de Bogotá sobre el precio de venta del galón será del 0.9 por mil para el año gravable de 1984 y del 1.8 por mil a partir de 1985.

La Empresa Colombiana de Petróleo, lo girará directamente a las respectivas Tesorerías Departamentales y del Distrito Especial de Bogotá.

Artículo 84. Los recaudos provenientes del impuesto de consumo y subsidio a la gasolina-motor, sólo podrán ser invertidos en construcción de vías, mejoramiento y conservación de las mismas y en planes de electrificación rural.

Artículo 85. La presente ley rige a partir de la fecha de su expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase

Dada en Bogotá, D.E., a

Presentada a consideración del H. Congreso de la República por los suscritos

(Fdo.) **Rodrigo Escobar Navia**, Ministro de Gobierno. (Fdo.) **Fiorángela Gómez O.**, Ministro de Hacienda y Crédito Público (E.).

EXPOSICION DE MOTIVOS

Al Proyecto de Ley por la cual se fortalecen los fiscos de las entidades territoriales y se dictan otras disposiciones.

Tras la declaratoria de inexecutable por la Corte Suprema de Justicia de la mayor parte de los decretos dictados por el Gobierno Nacional para el fortalecimiento de los fiscos de las entidades territoriales durante la emergencia económica establecida por el decreto 3742 de 1982, el proyecto adjunto tiene por objeto restablecer la vigencia jurídica de esos instrumentos mediante su conversión en ley.

En este sentido, el proyecto está concebido en los siguientes capítulos:

- I. Normas sobre catastro
- II. Impuesto de Industria y Comercio y de avisos y tableros
- III. Impuesto de Industria y Comercio al sector financiero
- IV. Impuesto de circulación y tránsito y timbre nacional sobre automotores
- V. Impuesto al consumo de bebidas alcohólicas
- VI. Impuesto al consumo de cigarrillos
- VII. Impuesto y subsidio a la gasolina-motor

En la elaboración de este proyecto el ejecutivo ha respetado el artículo de los decretos que expidió, sin perjuicio de que en el transcurso de la discusión los señores congresistas propongan las modificaciones que juzguen pertinentes para conseguir el ordenamiento jurídico que mejor corresponda a la capacidad contributiva de los sujetos de la obligación tributaria y al fortalecimiento de los fiscos de las entidades territoriales.

CONSIDERACIONES GENERALES

La situación fiscal se ha caracterizado en los últimos años por un marcado debilitamiento de los ingresos tributarios, tanto de la Nación como de los Departamentos y Municipios, frente a un accentuado crecimiento de los gastos públicos, no solo por la inflación sino, fundamentalmente, por las necesidades de la comunidad, que cada día tiene que atender en mayor grado el Estado.

Este proyecto está referido a los fiscos de las entidades territoriales para corregir la rigidez e inelasticidad de algunos impuestos suyos, a fin de dotarlos de más recursos para que puedan cumplir sus trascendentales responsabilidades en la vida del país. Los Municipios y Departamentos son las organizaciones del Estado más próximas al ciudadano, quien primero forma parte de un comunidad local y después se siente ligado a una Nación.

El Estado llega al ciudadano a través de los servicios públicos -agua, luz, alcantarillado, aseo, teléfono-, de la salud, la educación, la vivienda y la seguridad, y se aleja de él si estos servicios faltan o se prestan en condiciones precarias.

Es, en consecuencia, tarea prioritaria el fortalecimiento financiero de los Departamentos y Municipios para hacer posible el mejoramiento de las condiciones de vida de los asociados y para lograr la consolidación de comunidades más fuertes, dentro de un sano criterio de descentralización y unidad nacional.

Un aspecto capital del problema fiscal lo constituye el declinamiento de los recursos tributarios de los Departamentos y Municipios en la generación de los ingresos del sector público, como puede observarse a continuación.

INGRESOS TRIBUTARIOS POR NIVEL DE GOBIERNO

1970 - 1979

(Distribución porcentual)

Año	Nacional	Departamental	Municipal	Total
1970	76.6	14.2	9.2	100.0
1971	78.1	13.0	8.9	100.0
1972	78.7	12.5	8.8	100.0
1973	79.5	11.8	8.7	100.0
1974	81.1	11.3	7.8	100.0
1975	83.6	10.1	6.3	100.0
1976	84.0	10.1	5.9	100.0
1977	83.9	10.4	5.7	100.0
1978	84.5	10.0	5.5	100.0
1979	84.6	9.7	5.7	100.0

Fuente: Finanzas Intergubernamentales en Colombia - Cuadro III-1-

Este debilitamiento de los ingresos de los Departamentos y los Municipios frente a los de la Nación era aun mayor antes de 1970, según resulta de examinar las cifras correspondientes a las décadas anteriores. La razón por la cual no han caído más severamente no es otra que los aportes, participaciones y transferencias que la Nación les viene haciendo, en el caso

de los municipios en virtud de la cesión del 30% del impuesto a las ventas y en el de los departamentos por el situado fiscal creado en la reforma constitucional de 1968.

La participación de la Nación en la generación y recaudo de los ingresos tributarios también ha sido creciente y significativa porque las reformas tributarias se han dirigido hacia el mejoramiento del sistema fiscal nacional, sin que se haya logrado modificar el arcaico sistema tributario de los Departamentos y Municipios.

Como se indicó atrás, la debilidad en la estructura tributaria de los Departamentos y Municipios está ligada a la inelasticidad de sus impuestos y a una base tributaria en el caso de los departamentos fundamentada en licores, el tabaco y la cerveza, y en el de los municipios vinculada a un sistema catastral desactualizado y a un impuesto de industria y comercio, que

ELASTICIDAD DE LOS PRINCIPALES IMPUESTOS DEPARTAMENTALES

(período 1967 - 1975)

Departamentos	Impuesto a la cerveza	Impuesto a los licores	Impuesto al tabaco
Antioquia	0.66	0.95	0.76
Atlántico	0.86	0.09	0.34
Bolívar	0.80	0.45	0.54
Boyacá	0.66	0.76	0.86
Caldas	1.00	1.52	0.89
Cauca	0.66	0.80	0.89
Cesar	1.06	0.54	0.71
Córdoba	0.96	0.47	0.60
Cundinamarca	0.59	0.83	0.96
Chocó	1.01	0.65	0.79
Guajira	0.94	0.55	0.19
Hulla	0.80	0.95	1.09
Magdalena	0.93	0.31	0.16
Meta	0.74	0.76	0.95
Nariño	0.86	0.97	0.75
Norte de Santander	0.97	1.49	0.62
Quindío	0.85	1.29	1.03
Risaralda	0.65	0.81	0.90
Santander	0.93	0.70	0.85
Sucre	1.48	0.41	1.13
Tolima	0.86	1.02	0.82
Valle	1.66	0.73	0.88
Total	0.73	0.97	0.77

Fuente: Finanzas Intergubernamentales en Colombia - Wisenser Bird (Cuadros A-34, A-35, A-36); D.N.P. Cuentas Regionales de Colombia 1960 - 1975.

Metodología: El coeficiente de elasticidad resulta de dividir el crecimiento promedio anual de los recaudos entre el crecimiento promedio anual del producto interno bruto, PIB, departamental.

con excepción de algunas ciudades capitales, sigue descansando en sistemas de 1913.

La inelasticidad de los principales impuestos departamentales se puede corroborar en el cuadro que se presenta en la página anterior.

Los ingresos municipales básicos por concepto de tributación son industria y comercio, predial y valorización, que representan el 26.2%, 30.8% y 15.2%, respectivamente.

Estos ingresos han venido creciendo a un ritmo inferior al del producto interno bruto, PIB, en años recientes, como se desprende del cuadro que sigue, indicando las elasticidades por rubro de ingreso para el periodo 1972-1978. En el cuadro se observa que son precisamente los ingresos tributarios, y especialmente predial y valorización, los que han tenido un comportamiento más deficiente.

ELASTICIDAD DE LOS INGRESOS CONSOLIDADOS MUNICIPALES

		1972-1978
A)	Ingresos corrientes	0.91
1	Tributarios	0.68
	a) Industria y Comercio	(0.94)
	b) Predial	(0.67)
	c) Valorización	(0.56)
	d) Otros	(0.97)
3	Aportes de la Nación	1.09
4	Otros aportes	0.58
B)	Ingresos de capital	0.65
1	Crédito Interno	0.65
2	Crédito Externo	0.75
3	Otros	0.46
C)	Total Ingresos	0.86

Fuente: Finanzas Intergubernamentales en Colombia - cuadro XII-2

Explicación del articulado de cada uno de los capítulos

CAPITULO I

Normas sobre catastro

El catastro, definido en el Decreto 1301 de 1940, es el inventario o censo de la propiedad inmueble. En este inventario o censo se tienen en cuenta para cada predio tres aspectos: la descripción física, la situación

jurídica y el valor económico. Es, por tanto, un inventario muy detallado de la propiedad inmueble.

Aun cuando, lógicamente los predios cambian continuamente a través del tiempo por mutaciones físicas o jurídicas, quizá la variación más rápida y continua es la de su valor económico por disminución del poder adquisitivo de la moneda. Esta situación hace que al cabo de un año un avalúo esté por debajo de su valor real, partiendo del supuesto de que el valor asignado hubiese sido el comercial, hipótesis discutible dado que el sistema de valuación catastral es un método de tasación masiva, en el cual se ajusta el valor para cada predio, de acuerdo con sus condiciones propias, pero no un avalúo individual y comercial de cada inmueble.

El catastro tiene una gran importancia para el municipio por los mayores recursos que les reporta el impuesto predial y, así mismo, para su desarrollo y, en general el del país por el reconocimiento que ofrece sobre las condiciones, características, utilización y valor de la propiedad inmueble, de evidente importancia para estructurar los planes y programas de desarrollo económico y social y de obras públicas.

El estado del catastro muestra que un 79.6% de los avalúos fueron hechos entre 1975 y 1981; un 11.3% entre 1970 y 1974 y un 9.1% antes del año de 1970. Estos avalúos ofrecen diferencias apreciables con relación al valor comercial actual de los bienes raíces. En este sentido, las estadísticas catastrales indican claramente que existe una notable y diversa desactualización de los avalúos y, por tanto, una equivalente inequidad tributaria, tanto en el orden municipal como en el nacional.

Las entidades catastrales del país tienen una limitada capacidad, tanto en los aspectos humanos como presupuestales, que no les permite resolver los problemas enunciados con la sola aplicación y agilización de los sistemas tradicionales, lo cual hace indispensable establecer mecanismos diferentes, como lo acredita el hecho de que llevar a cabo el avalúo por los sistemas tradicionales de los 4.000.000 de predios a cargo del Instituto Geográfico "Agustín Codazzi" requeriría un aumento de 6.607 funcionarios en su planta de personal y de \$7.150 millones en su presupuesto anual, aproximadamente.

Los rendimientos del impuesto predial, que es, junto con el de industria y comercio, el tributo más importante del orden municipal, han venido disminuyendo en términos reales con el correr del tiempo, con natural deterioro de los presupuestos de los municipios y, consecuentemente, de las posibilidades de progreso y desarrollo de estos entes y del país.

Al hacer el estudio del sistema catastral colombiano, diferentes misiones económicas han coincidido en señalar que es preciso establecer un mé-

todo automático de actualización de los avales por medio de índices mantener, simplificar e intensificar los sistemas tradicionales de catastro; y conservar el impuesto predial para los gobiernos locales por presentar características de equidad horizontal.

Para restablecer una adecuada participación del impuesto predial en los ingresos municipales y garantizar a los contribuyentes un tratamiento justo y sin sobresaltos, conviene crear un reajuste anual de los avales en forma proporcional al incremento del nivel general de precios, dentro de una política de estabilización monetaria y de acuerdo con la rentabilidad y productividad de los inmuebles, sin exceder en ningún caso el índice de precios al consumidor dado por el DANE para el respectivo año.

Pero este sistema de reajustes anuales sólo puede aplicarse en forma equitativa si, teniendo en cuenta su antigüedad, previamente se realiza una nivelación de los valores catastrales para crear una base de actualización menos desigual. A falta de esta nivelación inicial y única, los reajustes anuales perpetuarían una situación diferencial que continuaría beneficiando a los propietarios de los predios con avales más antiguos. Por lo tanto, la primera acción debe ser la de nivelar los avales al año de 1983.

El siguiente cuadro muestra de qué manera se moverían los avales catastrales según el reajuste determinado por su antigüedad y la base reajustante para la aplicación de las tarifas que el proyecto autoriza.

ZONA URBANA
AVALUOS ACTUAL Y PROYECTADO - ESTIMADO DEL PREDIAL 4%
INCREMENTOS, PARA SECCIONES DEL PAIS

Departamentos y Territorios	Aval. Actual \$ (000)	Predial 4% \$	Aval. Proyect. \$ (000)	Predial 4% \$	Incremento \$ (000)	Avaluo %
Atlántico	55,995,522	223,982,088	79,813,148	318,452,592	23,617,626	42.2
Bolívar	30,631,899	122,526,796	48,565,752	194,263,008	17,934,053	58.5
Boyacá	9,667,627	38,670,508	18,323,685	65,294,636	6,656,032	68.8
Caldas	11,087,403	44,349,612	18,914,579	75,658,318	7,827,176	70.6
Cesar	3,172,480	9,202,036	6,025,137	24,100,548	2,852,657	80.0
Cauca	2,900,509	9,202,036	3,018,403	12,073,612	717,894	31.2
Córdoba	3,785,066	15,020,284	6,954,904	27,879,616	3,199,838	85.2
Cundinamarca	30,310,564	53,173,248	30,310,564	45,380,788	3,782,551	49.6
Guajira	13,283,312	53,173,248	21,478,119	85,912,476	8,184,807	61.6
Magdalena	3,862,545	15,450,180	6,609,860	22,439,440	1,747,315	45.2
Huila	5,816,756	23,287,024	9,819,928	39,279,712	4,003,172	68.8
Meta	10,368,868	41,435,472	14,647,378	58,589,512	4,288,510	41.4
Nariño	8,232,820	32,590,480	11,320,782	45,263,128	3,088,182	37.5
N. Santander	6,684,687	22,618,748	9,233,001	36,932,004	3,578,314	63.3
Quindío	9,558,527	38,234,108	16,939,000	67,768,000	7,380,473	77.2
Risaralda	15,708,135	62,832,540	21,499,698	85,998,392	5,791,463	36.9
Santander	12,665,581	50,883,324	19,838,103	79,382,412	7,172,522	48.7
Sucre	33,962,230	135,848,920	51,182,414	204,729,656	17,220,184	50.7
Tolima	4,415,498	17,681,884	6,527,010	26,108,040	2,111,544	47.8
Valle	9,961,431	39,845,724	17,285,249	69,060,996	7,303,818	73.3
Arauca	19,469,210	77,878,840	29,386,271	117,485,084	9,897,061	50.8
Putumayo	826,177	3,304,708	1,263,024	5,052,096	436,947	53.9
Casarene	634,698	2,538,672	1,004,338	4,017,352	389,870	58.2
San Andrés	257,828	1,031,312	488,357	1,873,428	210,529	81.6
	1,815,840	7,283,360	3,522,720	14,090,880	1,708,880	94.0

Departamentos y Territorios	Aval. Actual \$ (000)	Predial 4% \$	Aval. Proyect. \$ (000)	Predial 4% \$	Incremento \$ (000)	Avaluo %
Latoca	217,269	869,036	349,878	1,399,144	132,527	61.0
Quibdó	1,307,229	5,228,916	1,581,747	6,326,998	274,518	21.0
Mitu	28,196	112,784	41,166	164,664	12,970	48.0
Puerto Carneiro	79,886	318,664	128,282	513,048	48,596	61.0
San José del Guaviare	127,406	509,624	205,123	820,492	77,717	61.0
Total	282,441,584	1,129,786,338	434,047,010	1,736,188,040	151,605,428	53.7

Si sobre el mayor valor de \$151,605,426 para la propiedad urbana comprendida en este cuadro se aplica la tarifa mínima del 4% se obtendrían \$606 millones y con la máxima del 12% un total de \$1,818 millones.

Tratándose de la propiedad rural los resultados estimados alcanzarían los siguientes valores:

ZONA RURAL
AVALUOS ACTUAL Y PROYECTADO - ESTIMADO DEL PREDIAL 4%
INCREMENTOS, PARA SECCIONES DEL PAIS

Departamentos y Territorios	Aval. Actual \$ (000)	Predial 4% \$	Aval. Proyect. \$ (000)	Predial 4% \$	Incremento \$ (000)	Avaluo %
Atlántico	4,438,878	17,755,512	5,854,251	23,417,004	1,415,373	31.9
Bolívar	6,962,060	27,848,240	8,952,432	36,809,728	1,990,372	28.6
Boyacá	13,648,564	54,594,256	18,286,639	73,148,558	4,638,075	34.0
Caldas	10,629,823	42,518,292	13,474,955	53,899,820	2,945,132	26.8
Cauca	1,139,522	4,558,188	1,921,947	7,687,788	782,425	88.7
Cesar	4,567,299	18,269,196	6,753,086	27,012,344	2,185,787	48.0
Córdoba	10,081,414	40,245,656	12,773,443	51,093,772	2,712,029	26.9
Cundinamarca	16,822,128	67,288,512	21,463,511	88,854,044	4,641,383	27.6
Guajira	37,376,288	149,505,152	47,487,635	199,870,540	10,091,347	27.0
Huila	1,124,299	4,497,196	1,740,753	8,963,012	618,454	54.8
Magdalena	11,767,840	47,031,360	14,411,498	57,645,992	2,653,658	22.6
Meta	6,341,827	25,367,308	8,887,445	35,469,780	2,528,818	39.8
Nariño	6,605,602	26,422,408	8,376,990	33,507,580	1,771,298	26.8
N. Santander	3,950,928	16,903,712	5,356,227	21,424,908	1,408,298	35.6
Quindío	6,751,089	27,004,356	8,463,893	35,240,024	1,878,470	42.4
Risaralda	7,121,770	28,487,080	8,931,892	35,727,568	1,810,122	25.4
Santander	17,471,063	69,684,252	21,157,394	84,629,576	3,888,331	21.1
Sucre	8,265,758	33,063,032	9,729,136	38,918,544	1,463,378	17.7
Tolima	11,147,208	44,588,836	15,937,958	63,751,824	4,790,747	44.0
Valle	27,991,743	111,986,972	38,712,416	154,889,664	10,720,673	38.3
Casarene	1,039,884	4,159,456	1,476,025	5,904,100	436,161	42.0
San Andrés	17,793	71,172	26,155	104,620	8,362	47.0
Total	219,664,297	878,657,188	288,445,385	1,145,781,540	66,781,088	30.4

Sobre este incremento de \$66,781 millones, con la tarifa del 4% se obtendría un mayor producto equivalente a \$267 millones.

Las labores técnicas de formación y conservación de los catastros mediante el sistema tradicional de vistas a los predios deberá continuarse pa-

ra detectar cambios físicos, jurídicos y económicos en los inmuebles e ir creando una base de actualización de los ajustes anuales más equitativa hasta llegar a un verdadero catastro integral, pues no deben existir normas catastrales diferentes en el país, sino que, por el contrario, es necesario unificarlas para que todos los propietarios tengan los mismos derechos y obligaciones, no importa en donde tengan localizados sus predios.

En previsión de situaciones económicas o sociales que afecten determinados municipios o zonas que pueden hacer necesario aplazar la vigencia de los catastros o hacer cambios en los índices que se adopten por el reajuste de los avalúos, el proyecto de ley contiene las previsiones correspondientes.

De otra parte, se considera conveniente excluir de los avalúos catastrales los inmuebles por destinación, con lo cual se elimina una doble tributación por concepto de predial e industria y comercio, además de estimular la inversión que conlleve a modernizar las explotaciones agropecuarias, ofreciendo excepciones transitorias en la tributación para las nuevas mejoras rurales que los propietarios efectúen en sus predios.

Según el proyecto, los avalúos hechos mediante los procesos tradicionales o por la aplicación de índices generales para actualizarlos, podrán, en casos particulares, crear o disminuir con base en unas tasas diferentes a las establecidas, para que los propietarios tengan la posibilidad de solicitar las revisiones a que hubiere lugar. Así mismo, los dueños deben tener la oportunidad de hacer y presentar la estimación del valor de sus inmuebles y el catastro acoger este autoavalió como valor catastral.

Las tasas del impuesto predial fijadas por la ley han sido incrementadas a veces en exceso por varios concejos municipales mediante el artificio de las sobretasas. Es conveniente que la autonomía de los concejos para la fijación de esas tasas y sobretasas se ejerza dentro de ciertos límites que no establezcan enormes diferencias entre los distintos municipios del país, para lo cual se sugiere que fluctúen entre el 4 y el 12%, incluidas todas las sobretasas.

Este primer capítulo del proyecto de ley crea los medios para modernizar y hacer operativo el sistema catastral colombiano y también introduce modificaciones al tratamiento que el avalúo catastral y el impuesto predial reciben dentro de la tributación nacional, con el propósito de reducir el impacto de los impuestos por concepto de renta de goce, patrimonio y renta presuntiva. Así mismo reglamenta la relación entre el catastro y el registro de la propiedad, con el fin de mejorar la conservación catastral y hacer clara la jurisdicción sobre el dominio del inmueble.

CAPITULO II

Impuesto de Industria y Comercio y de avisos y tableros

A partir de lo previsto en los artículos 191 y 197, ordinal 2o., de la Constitución Política, este capítulo pretende reordenar y unificar el tratamiento de los impuestos de industria y comercio y de avisos y tableros, que constituye una de las más importantes fuentes de ingresos de los fiscales municipales, cuando no la primera de ellas.

El carácter tradicionalmente municipal de estos tributos está acreditado por la discrecionalidad con que los cabildos han determinado las bases impositivas y las tarifas correspondientes.

Sin embargo, esta misma discrecionalidad ha originado un régimen diverso que no siempre es el más adecuado y técnico y que los distintos sectores de la actividad económica han solicitado que se reglamente, sin perjuicio de que los concejos municipales dispongan lo que consideren más conveniente dentro de las condiciones y límites fijados por la ley.

De una manera general, con exclusión de Medellín, Cali y Bogotá, que tienen estatutos relativamente modernos, en los municipios colombianos hay bases muy dispares para establecer el impuesto y una infinita multiplicidad de tarifas, que en la práctica da lugar a evasión o, cuando menos, a menores recaudos.

Así, por ejemplo, existen municipios donde la base es el número de metros cuadrados que ocupa el local, el contrato de arrendamiento o el consumo de energía eléctrica, y no menos de sesenta tarifas.

De acuerdo con los preceptos constitucionales según los cuales las entidades territoriales pueden crear tributos en las condiciones y límites que determine la ley, el articulado que se somete a la consideración del Congreso gira sobre los aspectos fundamentales del impuesto: los sectores económicos objeto del mismo, la base gravable, las tarifas y las prohibiciones de afectar determinadas actividades.

Si se tiene en cuenta que el impuesto de industria y comercio técnicamente no debe recaer sobre artículos sino sobre actividades, el proyecto se refiere a las que se benefician de los recursos, la infraestructura y el mercado del municipio y son fuente de riqueza. Consecuentemente, se sujetan al impuesto las actividades industriales, comerciales y de servicios, según se las define en los artículos pertinentes del proyecto de ley.

De otra parte, se establece con precisión que la base del gravamen son los ingresos brutos, con exclusión de devoluciones, ingresos provenientes de la venta de activos fijos y de exportaciones, recaudo de impuestos y percepción de subsidios. De esta forma, se llega muy aproximadamente al concepto de ingresos operacionales netos y se uniforman las referencias para determinar el tributo.

El sistema que recoge hace justicia a la real capacidad tributaria de los sujetos del impuesto, pues adopta una base que refleja los ingresos efectivamente relacionados con la actividad fabril, comercial o de servicios. En estas condiciones, se agrupan las observaciones formuladas al concepto de ingresos brutos, que involucra pagos que no deben considerarse para este impuesto.

También se ha estimado necesario que la ley fije los topes máximos dentro de los cuales corresponde a los concejos municipales establecer las tarifas del impuesto de industria y comercio, ya que en la actualidad esa limitación no existe a pesar del mandato constitucional que la prevé.

Para este efecto se han examinado las tarifas que en general existen en los distintos municipios del país para establecer unas que consulten esa realidad, conforme se las propone en el articulado adjunto.

Habida cuenta de que la industria tiene una rentabilidad menor, el proyecto señala como tope máximo el 7 por 1.000 mensual para las actividades fabriles y el 10 por 1.000 mensual para las comerciales y de servicio, sobre el promedio mensual de ingresos brutos del año inmediatamente anterior, menos los conceptos ya mencionados. Ello concuerda con los niveles existentes en la gran mayoría de los municipios, pues sólo excepcionalmente las tarifas de ciertas localidades sobrepasan esos límites y han sido establecidos por razones de moral pública (por ejemplo: prenderías, bares, amoblados), y no conforme a los criterios de una adecuada tributación.

Según las cifras que el Gobierno Nacional posee se considera que por el impuesto de industria y comercio y de avisos y tableros, los municipios podrán recibir aproximadamente 600 millones de pesos adicionales anualmente, aun cuando el resultado podría ser mayor como consecuencia de la deficiencia en la información.

Como el Gobierno es consciente de que la aplicación de este ordenamiento para el impuesto de industria y comercio requiere de algún tiempo para que los municipios hagan los ajustes necesarios, se prevé que los concejos expidan los acuerdos respectivos antes del 30 de septiembre de 1984, sin perjuicio de mantener hasta el 31 de diciembre del mismo año las tarifas que en la actualidad tengan por encima de los límites máximos contemplados en el proyecto adjunto.

Igualmente, se considera importante racionalizar el impuesto de avisos y tableros autorizado originalmente para Bogotá por la Ley 97 de 1913, que ha sido objeto de reglamentaciones caprichosas y puede prestarse a manejos indebidos por la discrecionalidad que en la práctica existe para determinar su monto. En lo sucesivo este impuesto se liquidará y cobrará como complementario del de industria y comercio, con una tarifa de un tanto por ciento sobre el valor de éste fijado por los Concejos Municipales.

Finalmente, en este capítulo se precisa qué actividades no pueden gravarse con el impuesto de industria y comercio, conservando las prohibicio-

nes que corresponden a actividades que afectan directamente el nivel de vida del pueblo colombiano o que el estado tiene interés en desarrollar. Entre tales prohibiciones se encuentran la de gravar la producción primaria, agrícola o pecuaria; las plazas de mercado; el tránsito de artículos de un municipio o departamento a otro, los bienes destinados a la exportación; la explotación de ciertas minas cuando las regalías pagadas a los municipios no son inferiores al impuesto de industria y comercio que les correspondería y los establecimientos educativos públicos, entidades de beneficencia, culturales o deportivas, los hospitales del Sistema Nacional de Salud y el Instituto de Mercado Agropecuario, IDEMA.

Sin detrimento de la autonomía de los cabildos y a partir de una base gravable uniforme mucho más productiva que la existente en la gran mayoría de los municipios del país, el proyecto autoriza unos topes máximos dentro de los cuales se podrían mover para adelantar las políticas que juzguen apropiadas para el desarrollo de los municipios mediante atractivos a la inversión.

CAPÍTULO III

Impuesto de Industria y Comercio al Sector Financiero

El capítulo tiene por objeto modificar la Ley 57 de 1981, por medio de la cual se hizo objeto del impuesto de industria y comercio al sector financiero. Como ha sido reconocido de una manera general las bases y tarifas contempladas en este instrumento no son las más adecuadas porque no guardan la debida relación con la capacidad tributaria de los intermedios financieros.

A partir de esta apreciación el concepto que se propone para este efecto es el de ingresos operacionales, por ser el que mejor refleja la capacidad tributaria de esas instituciones y permitir una definición adecuada de las distintas fuentes de ingresos. El proyecto define con el necesario rigor los rubros que en cada una de las modalidades financieras deben tenerse en cuenta para configurar una base impositiva justa para aplicar las tarifas correspondientes.

En este orden de ideas, el articulado adjunto distingue entre los bancos, las corporaciones de ahorro y vivienda, las compañías de seguros de vida, seguros generales y reaseguradoras, las compañías de fianciamiento comercial, los almacenes generales de depósito, las sociedades de capitalización, otros establecimientos de crédito y el Banco de la República.

Sólo se propone exceptuar del impuesto a la Caja Agraria, que presta servicios en todos los municipios, porque es una institución de fomento que atiende las necesidades del pequeño agricultor, y a la Financiera Eléctrica Nacional, por el papel clave que tiene que cumplir en la actual etapa de desarrollo del país.

De la misma manera que lo ha previsto el Gobierno en el capítulo anterior sobre el impuesto de industria y comercio y de avisos y taberos, en el presente caso se establecen las tarifas del impuesto para el sector financiero, a fin de uniformar el tratamiento impositivo para el mismo en todo el territorio nacional.

Como las corporaciones de ahorro y vivienda tienen una menor rentabilidad y su actividad es prioritaria en los programas de vivienda gubernamentales para la estrategia de reactivación de la economía, se considera que deben ser objeto de una tarifa ligeramente más baja que la que rija para el resto del sector financiero.

En este orden de ideas, se dispone que las Corporaciones de Ahorro y Vivienda paguen por razón del impuesto de industria y comercio el 3 por 1.000 anual y las demás entidades del sector financiero el 4 por 1.000 en 1984 y el 5 por 1000 en 1985 y años siguientes.

El siguiente cuadro muestra lo que el impuesto de Industria y Comercio para el sector financiero produciría en favor de los municipios del país.

**IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
A LOS INTERMEDIARIOS FINANCIEROS**
(en millones de pesos)

Bancos	503.4
Compañías de Seguros Generales	36.7
Compañías de Seguros de Vida	18.7
Reaseguradoras	16.0
Sociedades de capitalización	6.9
Corporaciones Financieras	123.6
Corporaciones de Ahorro y Vivienda	102.2
Compañías de Financiamiento	49.7
Almacenes de depósito	22.2
Impuestos sobre ingresos operacionales	879.4
Impuesto sobre sucursales (estimado)	70.0
Total impuesto	349.4

Fuente: Superintendencia Bancaria

El Gobierno está convencido de que este tratamiento al sector financiero resultante de combinar los rubros de sus ingresos operacionales con

las tarifas indicadas, está de acuerdo con su real capacidad contributiva y hace justicia a los fiscos municipales, que en virtud de estas normas se verían favorecidos por la tributación que estas entidades harán por sus operaciones, obviamente ligadas de forma muy estrecha al sitio donde se cumplen.

El proyecto de ley no ignora que los establecimientos de crédito, compañías de seguros y reaseguradoras y, en general las instituciones financieras suelen tener varias oficinas en muchas de las localidades donde se ejecutan y que esta realidad debe ser recogida por la normatividad que se expide. Consiguientemente, el articulado sometido a la consideración del Consejo Nacional prevé que en municipios cuya población no sea superior a 250.000 habitantes, además de la cuantía que les resulte por concepto de las tasas anteriores, estas instituciones financieras pagarán por cada oficina adicional que tengan en el perímetro urbano la suma de \$5.000 mensuales y cuando la población exceda del límite indicado \$10.000. A fin de mantener actualizados estos valores, se faculta a los Concejos Municipales para reajustarlos anualmente conforme al índice general de precios de bienes para el consumidor certificado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE.

CAPITULO IV
Impuesto de Circulación y Tránsito y de Timbre Nacional
sobre automotores

Las normas de este capítulo del proyecto tienen por objeto regular la facultad de los municipios para gravar los vehículos automotores con el impuesto de circulación y tránsito y ceder a los departamentos, intendencias y comisarías y al Distrito Especial de Bogotá el correspondiente impuesto de timbre de que trata la Ley 2a. de 1976.

Conforme los preceptos constitucionales sobre las facultades impositivas de las entidades territoriales, se establece que los vehículos automotores serán gravados por concepto del impuesto de circulación y tránsito previsto en la Ley 48 de 1968 con una tarifa anual equivalente al 2 por 1.000 de su valor comercial.

Si bien actualmente este tope no existe, es sano consagrarlo para evitar la competencia entre municipios y que los vehículos se matriculen en localidades cuyas vías no van a utilizar. Sin embargo, esta limitación no afectará los ingresos municipales ya que por determinarse sobre los valores comerciales es garantía cierta de que recibirán mayores recursos.

De otra parte, esta iniciativa contiene las tarifas del impuesto de timbre nacional sobre vehículos automotores de servicio particular, motocicletas con motor de más de 185 c.c. de cilindrada y vehículos de carga

de 2,5 toneladas o más que se cede a las departamentos, intendencias y comisarías y al Distrito Especial de Bogotá. Para ajustar este impuesto de timbre a la real capacidad contributiva de los sujetos del gravamen, las tarifas son crecientes a medida que aumenta el valor comercial del vehículo, que será determinado anualmente mediante las tablas que para ese efecto elabora el Instituto Nacional del Transporte, INTRA.

El cuadro que se presenta a continuación para los departamentos de los cuales se obtuvo la información correspondiente muestra lo que recibirá por este impuesto municipal y la cesión del de timbre nacional.

IMPUESTO DE CIRCULACION Y TRANSITO Y DE TIMBRE NACIONAL SOBRE AUTOMOTORES

Incremento estimado por efecto de los Decretos Números 72 y 392 de 1983
(Miles de pesos)

Antioquia	849,865
Atlántico	200,000
Bolívar	100,000
Caldas	200,000
Caquetá	4,200
Cauca	17,388
César	75,800
Córdoba	72,796
Cundinamarca	768,000
Huila	17,990
Magdalena	13,000
Meta	12,000
Nariño	56,000
Norte de Santander	18,880
Quindío	30,000
Risaralda	90,000
Santander	70,000
Sucre	9,800
Tolima	46,710
Valle	400,000
Total	3,052,429

Fuente: Información suministrada por los departamentos y el Ministerio de Gobierno.

Como se es consciente de que algunos automotores deben exonerarse de este gravamen, al igual que lo están del de circulación y tránsito por

disposiciones vigentes, el articulado adjunto excluye los vehículos de servicios públicos de transporte, los de entidades oficiales, los buses para el transporte escolar y la maquinaria agrícola y de construcción de vías públicas.

Con el ánimo de que la cesión del impuesto de timbre nacional sobre los automotores beneficie a las entidades territoriales se dispone su aplicación en no menos del 80% a gastos de inversión, atención de la deuda contratada para ese fin y los Servicios Seccionales de Salud.

El articulado restante del capítulo se relaciona con el recaudo de los impuestos para lo cual se faculta a las entidades territoriales y se establecen mecanismos como el revisado anual de los automotores para evitar evasiones en el pago de los tributos y sanciones en caso de mora. Así mismo, se prevé la posibilidad de que entre los municipios y los departamentos se celebren convenios para la administración y el recaudo de estos impuestos.

El acápite concluye con una autorización al ejecutivo para reajustar anualmente los valores absolutos establecidos como bases del impuesto de timbre nacional cedido y las sumas que por el de circulación y tránsito deberá pagar anualmente los automotores. El Gobierno está seguro de que se reordenará la dispersa normatividad existente y, al mismo tiempo, se fortalecerán los fiscos municipales por los mayores ingresos que recibirán por el impuesto de circulación y tránsito y los departamentales, intendencias y comisarías y del Distrito Especial de Bogotá por el sacrificio que la Nación hace al cederles el impuesto de timbre sobre automotores.

CAPITULO V

Impuesto al consumo de bebidas alcohólicas

Este capítulo sigue muy de cerca el proyecto de ley que sobre la misma materia ha cursado durante las últimas legislaturas en el Congreso Nacional, en torno del cual existe un virtual consenso, después de varias iniciativas para regular el monopolio departamental sobre la producción, introducción y venta de licores destilados y establecer el impuesto de consumo a las bebidas alcohólicas.

Conforme una vieja tradición colombiana, se mantiene este monopolio de los departamentos como arbitrio rentístico y se prevé que, si no conviene, puedan gravarse esas industrias y actividades, sin perjuicio de unificar el régimen impositivo actual atendiendo solicitudes de los diversos sectores interesados, como las Cámaras han tenido oportunidad de hacerlo en los últimos años.

El proyecto excluye de este monopolio departamental los vinos, vinos espumosos o espumantes, los aperitivos y similares nacionales, sin perjuicio

cio del impuesto de consumo que regula. En desarrollo del monopolio sobre la producción, introducción y venta de licores destilados, los departamentos podrán celebrar convenios que permitan facilitar el comercio de estos productos, obteniendo previamente del departamento el correspondiente permiso para la introducción y venta de las bebidas alcohólicas sobre las cuales ejerza el monopolio, una vez se celebren los acuerdos respectivos, para los cuales no existe obligación de sujetarse a los límites tarifarios que se proponen a fin de que estas entidades territoriales puedan conseguir unos términos más ventajosos.

El articulado de este capítulo establece que el impuesto de consumo recaiga sobre los licores, vinos, vinos espumosos o espumantes, aperitivos y similares, nacionales y extranjeros, conforme al porcentaje señalado sobre el promedio nacional del precio de venta de la botella de aguardiente anisado nacional de 750 mililitros, según lo certifique el DANE.

A partir de esta base, las tarifas que se proponen para el impuesto de consumo a las bebidas alcohólicas son las siguientes:

1. El 35% para licores nacionales y extranjeros;
2. El 10% para los vinos y vinos espumosos o espumantes extranjeros, aperitivos y similares nacionales o extranjeros; y
3. El 5% para los vinos nacionales.

A continuación se ilustra lo que por este concepto recibirían las entidades territoriales del país.

IMPUESTO AL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS
Incremento estimado por efecto de los decretos números
71 y 396 de 1983
(Miles de pesos)

Atlántico	100.000
Boyacá	300.000
Bolívar	900.000
Caquetá	18.000
Cauca	(56.608)
Cesar	114.532
Córdoba	251.460
Cundinamarca	621.000
Chocó	249

IMPUESTO AL CONSUMO DE BEBIDAS

Huila	25.573
Magdalena	330.000
Meta	109.200
Nariño	32.000
Norte de Santander	14.750
Quindío	2.000
Risaralda	30.000
Santander	105.000
Sucre	69.000
Tolima	28.120
Valle	163.000
Intendencias y Comisarias	25.118

Total 3.182.394
=====

Fuente: Informe de los departamentos y Ministerio de Gobierno.

Este impuesto es de carácter nacional, pero su producto se cede a los departamentos, intendencias y comisarias y para efectos del recaudo se establece que los productores e introductores lo deberán pagar directamente a las entidades territoriales mencionadas.

Si bien este impuesto incrementaría levemente el precio de las bebidas alcohólicas, no es menos cierto que recoge un conjunto disímil y en ocasiones ilegal de gravámenes, de forma que incorporados en uno solo el efecto de la nueva tributación no será desorbitado. En este sentido, debe tenerse en cuenta la prohibición que el proyecto consagra para los departamentos, intendencias y comisarias de establecer contribuciones adicionales sobre la fabricación, introducción, distribución, venta y consumo de bebidas alcohólicas, bodegales obligatorios, gastos de administración o cualquier otro gravamen distinto del único de consumo regulado por la presente ley en este capítulo.

Sin afectar la condición de puerto libre de San Andrés y Providencia las bebidas alcohólicas que se importen o ingresen a la Intendencia pagarán en su favor este impuesto de consumo.

El Gobierno Nacional confía en que, además de simplificar la actual legislación sobre la materia, fuente de conflictos y demandas continuas ante los Tribunales por la manera como han actuado algunas entidades terri-

toriales, los fiscos de éstas se fortalecerán de modo significativo y podrán contar con los recursos necesarios para incrementar y atender mejor los servicios que les corresponden, permitiendo de paso una mayor movilidad al presupueste nacional para irrigar las regiones del país que no se encuentran en igualdad de condiciones para generar con el mismo dinamismo ingresos propios.

CAPITULO VI

Impuesto al consumo de cigarrillos

Frente a la dispersa legislación en materia de impuesto a los cigarrillos, el proyecto está orientado a hacer claridad mediante la formulación de un articulado breve pero suficientemente comprensivo del tema e introducir correctivos a la situación de privilegio que tienen los cigarrillos importados sobre los nacionales y hace equidad con la producción nacional y se ocupa exclusivamente del impuesto de consumo.

En este orden de ideas, se derogan gravámenes cuyo monto no es significativo o que fueron creados por distintas leyes para fines que ya se cumplieron o debieron cumplirse. Así, por ejemplo, se elimina el impuesto adicional de doce centavos por cajetilla de veinte cigarrillos o fracción que se destina a los departamentos, intendencias y comisarias, proporcionalmente al consumo de cigarrillos nacionales, que nunca ha representado en total más de \$5.000.000.

También el artículo 70. de la Ley 4a. de 1963 que establecía un impuesto *ad valorem* para los departamentos sobre los cigarrillos de producción nacional, cuando en su elaboración se emplee tabaco importado.

De igual modo, se derogan el gravamen adicional a los cigarrillos nacionales y extranjeros creado por la Ley 49 de 1967 para financiamiento de los VI Juegos Deportivos Panamericanos celebrados en 1971 en Cali y la Ley 36 de 1969, que dispuso una sobretasa similar para la construcción en Neiva del Centro Administrativo Departamental.

Estos tributos ocasionales se sustituyen por el impuesto de consumo para los cigarrillos nacionales, contengan o no insumos importados, del 100% sobre el precio de distribución, según define este concepto el decreto 214 de 1969. Esta referencia se considera adecuada por establecer correctamente el precio de distribución y haber sido probada con éxito durante muchos años.

Los cigarrillos de producción extranjera pagarán un impuesto de consumo del 100% sobre el precio de importación en puerto colombiano, excluidos todos los impuestos y cuotas de fomento que les correspondan. Esta base equivale de un modo muy aproximado al valor CIF.

De otra parte, como los cigarrillos de producción nacional pagan un impuesto adicional del 10% con destino al fomento del deporte, se propone establecer el mismo gravamen para los que se importen al país, pues no hay razón para que los cigarrillos extranjeros no contribuyan a las actividades de Caldeportes, cuando si lo hacen los nacionales.

Por el debido respeto de los compromisos internacionales del país, se prevé que los cigarrillos provenientes de países con los cuales existan regímenes de comercio de igualdad de tratamiento, serán gravados con los mismos impuestos que existen sobre los de fabricación nacional.

Al igual que se hizo respecto del impuesto de consumo de las bebidas alcohólicas, el proyecto adjunto estipula que los cigarrillos que sean importados o ingresen a San Andrés y Providencia pagarán en su favor el impuesto del 100% sobre su valor CIF en puerto colombiano y el 10% adicional para el fomento del deporte en el archipiélago.

El siguiente cuadro ilustra para algunas entidades territoriales los ingresos que percibirán por razón del impuesto de que trata este capítulo.

IMPUESTO AL CONSUMO DE CIGARRILLOS NACIONALES Y EXTRANJEROS (Miles de pesos)

Antioquia	47.792
Bolívar	2.000
Caquetá	1.500
Córdoba	116.000
Chocó	690
Huila	22.434
Magdalena	65.000
Meta	679
Nariño	10.000
Norte de Santander	4.200
Quindío	3.000
Santander	83.000
Tolima	54.700
Intendencias y Comisarias	33.635
Total	444.630

Fuente: Informe de los departamentos y del Ministerio de Gobierno

El ejecutivo considera que este articulado introduciría claridad en la dispersa legislación impositiva en esta materia, a la vez que se elevarán los ingresos fiscales de las entidades territoriales beneficiarias de este impuesto

y el fomento del deporte percibiría una importante inyección de recursos para ser utilizados por las Juntas seccionales y por Coldeportes.

Aun cuando el Gobierno es consciente de que el impuesto del 100% al consumo de cigarrillos extranjeros puede estimular el contrabando, está seguro de que, ejerciendo un mayor control, el nuevo régimen sería más equitativo con la producción nacional y resolvería las distorsiones que se están presentando en el mercado.

CAPITULO VII

Impuesto y subsidio a la gasolina motor

Esta parte del proyecto de ley adjunto persigue regular de una manera jurídicamente sólida el impuesto a la gasolina motor en favor del Distrito Especial de Bogotá y de los departamentos, inicialmente autorizado por los decretos 879 y 1148 de 1956. Este subsidio fue ratificado mediante un artículo transitorio de la Ley 15 de 1959, referido, además, al subsidio a cargo de ECOPELROL en favor de las mismas entidades territoriales.

Dichos impuesto y subsidio se establecieron en valores absolutos que el transcurso del tiempo ha desactualizado de modo muy severo, lo cual hace que su monto presente no sea significativo para esos fiscos.

Esta iniciativa tiene por objeto convertir el impuesto específico al consumo de gasolina motor en un impuesto *ad valorem* del 0.6 por 1.000 en 1984, el 1 por 1.000 en 1985 y el 2 por 1.000 en 1986 y años siguientes, liquidado sobre el precio de venta del galón al público. Para su recaudo se propone que los distribuidores al por mayor serán responsables y estarán obligados a hacer en la fuente la retención correspondiente para consignar dentro de los treinta días siguientes a órdenes de las entidades beneficiarias los dineros percibidos.

De igual manera, el subsidio a la gasolina motor en favor de las mismas entidades territoriales dejaría de ser específico para convertirse en *ad valorem* al 0.9 por 1.000 en 1984 y al 1.8 por 1.000 a partir de 1985, para ser girado directamente a las tesorías respectivas por ECOPELROL.

Los porcentajes señalados para 1984 por el impuesto y el subsidio al consumo de la gasolina motor en favor de Bogotá y los departamentos corresponden muy aproximadamente a los valores absolutos que en la actualidad se causan, si bien su conversión a *ad valorem* tiene la virtud de garantizar que frente a un alza en el precio de la gasolina no habrá disminuciones. En esta forma, los incrementos serán apreciables de manera gradual para 1985 y 1986 y con posterioridad a ese año de conformidad con los reajustes que haya en el valor de la gasolina. El Gobierno Nacional manifiesta que considera compatible esta evolución con la política de estabilización y la situación financiera de ECOPELROL durante los próximos años.

El siguiente cuadro contiene los estimativos de lo que por este concepto percibirán algunos departamentos.

IMPUESTOS AL CONSUMO DE LA GASOLINA MOTOR Y EL SUBSIDIO A LA MISMA (Miles de pesos)

Antioquia	179.000
Bolívar	10.000
Cagueta	500
Cesar	9.620
Córdoba	720
Chocó	4
Hulla	524
Magdalena	223
Meta	500
Nariño	3.000
Quindío	500
Risaralda	6.000
Santander	3.000
Sucre	500
Total	214.091

Fuente: Información suministrada por el Ministerio de Gobierno.

Por último de conformidad con la destinación que se ha establecido para este gravamen, en este capítulo se perceptúa con toda claridad que los recaudos provenientes del impuesto de consumo y el subsidio a la gasolina motor sólo podrán aplicarse por el Distrito Especial de Bogotá y los Departamentos a la construcción, conservación y mejoramiento de vías y a electrificación rural.

Este proyecto de ley busca sin modificar sustancialmente la estructura tributaria, mejorar la situación departamental mediante reformas al impuesto de circulación y tránsito y timbre nacional, licores, cigarrillos, subsidio e impuesto a la gasolina motor y mejorar la situación municipal mediante una reforma a las normas sobre catastro e impuesto predial y al de industria y comercio.

Se estima que la reforma propuesta podrá generar recursos adicionales a los departamentos, intendencias y comisarías en las siguientes cuantías:

Incrementos de Impuestos Departamentales, Intendenciales y Comisariales

Por este proyecto, para el primer año de vigencia *

	(Millones de pesos)
Antioquia	1.076,6
Atlántico	300,0
Bolívar	1.052,0
Boyacá	302,0
Caldas	200,0
Caquetá	24,7
Cauca	(31,1)
Cesar	216,7
Córdoba	443,9
Cundinamarca	2.389,0
Chocó	0,9
Huila	69,3
Magdalena	408,2
Meta	124,4
Nariño	101,0
Norte de Santander	55,8
Quindío	35,5
Risaralda	486,0
Santander	315,0
Sucre	82,6
Tolima	170,9
Valle	643,0
Total Departamentos	8.466,4
Intendencias y Comisarias	58,8
Total general	8.525,2

Fuente: Informe de los Departamentos y Ministerio de Gobierno

* Incluye chance

El incremento en los impuestos departamentales, intendenciales y comisariales, se estima para el primer año de vigencia en las siguientes cantidades:

	(Millones de pesos)
Circulación y tránsito y timbre nacional	3.052
Impuesto al consumo de bebidas alcohólicas	3.182
Impuesto al consumo de cigarrillos	445
Impuesto sobre apuestas permanentes	1.632(1)
Subsidio e impuesto a la gasolina motor	214
Total	8.525

El crecimiento en los impuestos municipales se estimó sobre la base del impuesto predial y de industria y comercio, en la siguiente forma

Incremento en los impuestos municipales para el primer año de vigencia

	(Millones de pesos)	
	Tarifa Mínima 4%	Tarifa Máxima 12%
1. Impuesto predial	1.611	4.038
Catastro Nacional	606	1.818
Avalúo urbano (151.605)	267	267
Avalúo rural (66.781)	53	53
Antioquia (Avalúo rural y urbano)	96	96
Valle de Aburrá (Avalúo rural y urbano)	371	1.115
Medellín (incluye sobretasas)	138	489
Call (incluye sobretasas)		
Bogotá (Modificaciones catastrales del Concejo)	80	200
2. Impuesto de Industria y Comercio (Instituciones Financieras)	949	949
3. Impuesto de Industria y Comercio (Avisos y Tableros) *	600	600
Totales	3.160	5.587

(1) El decreto 386 de 1983 fue declarado exequible por la Corte Suprema de Justicia

* Estimado

Señoras congresistas:

En las actuales circunstancias fiscales y económicas porque atraviesa el país, este proyecto reviste una especialísima importancia que los Senadores de la República y Representantes a la Cámara, perciben con igual claridad que el Gobierno, por vivir en contacto directo con los afanes y penurias de las regiones.

En estas condiciones, el ejecutivo está seguro que esta iniciativa será tramitada con la debida atención y diligenciada por el Congreso Nacional, para que como cuerpo representativo por excelencia de la democracia colombiana, decidida en su sabiduría lo que más convenga al fortalecimiento fiscal de los Departamentos, las Intendencias, las Comisarias, los Municipios

prios y el Distrito Especial de Bogotá y, por ende, para la prosperidad general de la República.

(Fdo.) **Rodrigo Escobar Navía**, Ministro de Gobierno. (Fdo.) **Florángela Gómez de Arango**, Ministro de Hacienda y Crédito Público (E.).

HISTORIAL DE LA CAMARA DE REPRESENTANTES

El proyecto de ley fue presentado a consideración del Congreso Nacional por los Ministros de Gobierno y de Hacienda y Crédito Público (E) doctores **Rodrigo Escobar Navía** y **Florángela Gómez de Arango**.

Correspondió su estudio a la Comisión III Constitucional Permanente y su Presidente nombró como ponentes para los debates reglamentarios a los H. Representantes **David Turbay Turbay**, **Rodrigo Pineda Gutiérrez**, **Daniel Mazuera Gómez** y **Miguel Motoa Kuri**.

Los honorables Representantes presentaron el informe para primer debate siendo aprobado en la sesión conjunta de las comisiones terceras constitucionales permanentes del Congreso Nacional realizada el día 15 de junio de 1983 con modificaciones.

Ponente para segundo debate fue nombrado el Honorable Representante, **Daniel Mazuera Gómez**, quien presentó el informe correspondiente, el 20 de junio de 1983.

Se transcriben a continuación las ponencias y autos pertinentes que dan fe de lo aseverado.

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE

"Proyecto de Ley por la cual se fortalecen los fiscos de las entidades territoriales y se dictan otras disposiciones".

Honorables Representantes:

Por honrosa designación que nos hiciera la Presidencia de la Comisión Tercera de la Honorable Cámara de Representantes, nos corresponde la responsabilidad de rendir ponencia para el primer debate del Proyecto de Ley No. 2 de 1983, "por la cual se fortalecen los fiscos de las entidades territoriales y se dictan otras disposiciones".

Persigue el Proyecto restablecer la vigencia jurídica de los instrumentos declarados por la Honorable Corte Suprema de Justicia como inexecutable,

bles, que en opinión del Gobierno, compartida por los ponentes frente al agenuado crecimiento de los gastos públicos, no sólo por la inflación sino, fundamentalmente, por las necesidades de la comunidad que cada día tiene que atender en mayor grado el Estado, constituyen eficaces medidas de fortalecimiento de los ingresos tributarios tanto de los departamentos como de los municipios.

Se pretende corregir la rigidez e inelasticidad de algunos impuestos departamentales y municipales a fin de dotar a las entidades territoriales de la República de mayores recursos económicos para que puedan cumplir sus trascendentes responsabilidades en la vida del país, relacionadas íntimamente con el mejoramiento de las condiciones de vida de los asociados y el propósito de consolidación de comunidades más fuertes, dentro de un sano criterio de descentralización y unidad nacional.

Con el exclusivo propósito de mejorar para la República el proyecto de Ley presentado por el Gobierno, sugerimos a ustedes algunas modificaciones sin perjuicio de que en el seno de la comisión surjan nuevas inquietudes que coadyuven nuestro objetivo, refiéranse éstas a las normas orgánicas del proyecto o a las propuestas en el pliego de modificaciones de esta ponencia para primer debate.

Procedemos por tanto, a cumplir nuestra responsabilidad, para lo cual hemos adoptado la metodología de análisis capitular.

CAPITULO I

Normas sobre Catastro

El capítulo I del Proyecto reúne con mínimas variaciones el contenido de los Decretos Nos. 3745 de 1982, 233 y 389 de 1983, expedidos con fundamento en las facultades del artículo 122 de la Constitución Nacional. Estos decretos, como es de público conocimiento, fueron declarados inexecutable por la Corte Suprema de Justicia, razón por la cual han sido presentados ahora a la consideración del Congreso en este periodo de sesiones extraordinarias.

Introducción

El Catastro constituye un tema de gran trascendencia desde el punto de vista fiscal pues es la base sobre la cual descansa el Impuesto Predial. Este tributo es una parte fundamental de los ingresos fiscales de los municipios y debe modernizarse si se quiere que los fiscos locales se fortalezcan. Pues bien, para lograr este propósito es requisito indispensable renovar y actualizar el inventario catastral del país.

Pase a su importancia el catastro ha venido sufriendo en los últimos años un progresivo y preocupante atraso en relación con la evolución de la economía y con las mutaciones en los usos y valores monetarios a lo

ancho y largo de La Nación. El Catastro nacional está hoy muy desactualizado y en la situación presente, lo que es más grave, corre el riesgo de atrasarse más. El Instituto Geográfico Agustín Codazzi, entidad que, en el ámbito nacional administra los catastros no tiene hoy ni el presupuesto ni la infraestructura suficientes para actualizar los registros catastrales con la celeridad y el dinamismo necesarios.

En efecto, según informaciones del mismo Instituto, su capacidad de actualización y formación escasamente permite hoy revisar anualmente un 10% del total de las fichas catastrales de Colombia.

Alcance de estas normas

La desactualización del catastro de la mayor parte del país es un hecho imposible de desconocer e irremediable, si no se emprende un dinámico proceso de modernización de técnicas y equipos.

Las normas sobre catastro que han sido sometidas a nuestra consideración no tiene sin embargo ese alcance. No se trata por lo tanto de un conjunto completo de disposiciones para la reestructuración y fortalecimiento de los instrumentos y entidades nacionales dedicadas a la formación, conservación y actualización del catastro. El Proyecto busca unos objetivos mucho más modestos ya que su contenido está enderezado fundamentalmente a crear mecanismos automáticos y masivos de reajuste de los valores monetarios de los avalúos vigentes, con el propósito principal de mejorar las bases fiscales de tributación del predial. Se trata pues, de un conjunto de disposiciones eminentemente fiscalistas.

En este contexto y teniendo a la vista estos limitados objetivos, procederemos a analizar su contenido normativo.

La urgencia de legislar sobre el tema es, con todo, evidente. Como lo ha señalado numerosos estudios, el retraso que se observa en el catastro y la evidente dificultad de actualizarlo a escala nacional con la rapidez necesaria, hecho que se manifiesta en una baja elasticidad del recaudo del impuesto predial frente a los incrementos del Producto Interno Bruto, hacen que la situación de los fiscos municipales sea precaria y carezca de verdaderas perspectivas. De ahí la importancia de concebir un mecanismo que permita recuperar parte del atraso, al menos en relación con su aplicación más importante, cual es la fiscal.

No se pretende entonces defender *per se* y fuera de este panorama los reajustes masivos de los avalúos catastrales previstos en las normas de este proyecto. Es claro para todos que estos reavalúos masivos no son en manera alguna procedimientos técnicos, defensables en sí mismos. Son apenas un recurso extremo, justificable solo en las actuales circunstancias del país, y por lo tanto, no podrían aceptarse como un mecanismo permanente de actualización del censo de la propiedad inmueble.

Perspectivas fiscales

Como se ha señalado reiteradamente en numerosos estudios y en documentos recientes del Gobierno Nacional la decadencia de las finanzas municipales constituye desde hace años una característica colombiana.

Esta preocupante tendencia ha vuelto a los municipios colombianos aún más dependientes del Gobierno central, y todavía más raquítica la capacidad de las comunidades locales para enfrentarse solas a los retos de su propio desarrollo. No existe duda alguna de que la postración de los entes territoriales está íntimamente asociada a su exigua disponibilidad de recursos para forjar su propio progreso y por consiguiente, tienden a una creciente dependencia del nivel central. Son inculcables los vicios y por consiguiente nefastas de todo orden que esta situación produce y por eso, los esfuerzos que se realicen para fortalecer los fiscos departamentales y municipales son, en principio, sanos y recomendables.

Los estimativos por nuevos recaudos realizados por el Gobierno para las zonas urbanas y rurales del país cuyo catastro está administrado por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi son sorprendentemente exiguos. En efecto, según las cifras que aparecen en la exposición de motivos, el impacto inicial de la aplicación de los reajustes correspondientes a la vigencia de 1983 sería de apenas un poco más de 600 millones de pesos para las zonas urbanas y de 267 millones para las áreas rurales. Aunque en términos relativos estos incrementos son significativos (un 53% y un 30% respectivamente), la verdad que es difícil creer que con ellos solo se pueda rescatar a los municipios colombianos. Las consideraciones anteriores, nos llevan sin embargo a concluir que aunque el renacimiento de los fiscos municipales requiere de otros estímulos además del que pueda provenir del fortalecimiento del impuesto predial, también es cierto que las funestas consecuencias que según muchos comentaristas producirían estos reajustes, podrían resultar en la vida real un poco exageradas.

El Catastro y la Inflación

No puede de manera alguna desconocerse que Colombia tiene una economía en la que la inflación es un factor importante. Por esto, se ha vuelto indispensable que las normas fiscales tengan mecanismos de ajuste de los valores absolutos que permitan al Estado mantener sus ingresos *pari passu* con la evolución de precios internos. Así ha sido reconocido desde hace varios años en la legislación tributaria en relación con los impuestos de renta y complementarios en la que progresivamente se han venido introduciendo normas de actualización en este sentido.

El catastro, sin embargo, se había constituido en una excepción. No existe, en efecto, un mecanismo rápido mediante el cual las modificaciones monetarias originadas en el proceso inflacionario, se reflejen en el va-

lor de los avalúos catastrales. La legislación sobre catastro vigente hace caso omiso de esta realidad inflacionaria y sólo permite los reajustes cuantitativos de un proceso de formación, actualización o conservación de los predios. Así las cosas, y teniendo en cuenta que la capacidad operativa de las oficinas de catastro en el país es totalmente insuficiente para realizar una actualización de los registros anualmente, ha sido inevitable el atraso permanente y progresivo de las fichas catastrales.

Las normas en discusión buscan corregir en parte esta situación al establecer la posibilidad de que los catastros sean actualizados masivamente durante 1983 en un 10% anual y al facultar al Gobierno para que todos los años previo concepto del COMPE y utilizando claros y precisos criterios de valorización, establezca un reajuste porcentual de los avalúos vigentes.

Aunque es claro que los reajustes masivos no son técnicos, y por lo tanto tampoco corrigen las inequidades ni las mutaciones que transforman la propiedad raíz a través del tiempo, pensamos que en esta ocasión, dada la urgencia de fortalecer los fiscos municipales, se justifica la utilización de este recurso extremo.

Llamamos sin embargo la atención sobre el hecho de que el proyecto concibe estos reajustes como un mecanismo supletorio de los procesos de formación y actualización del catastro los cuales continuarán realizándose en las distintas oficinas de catastro, de acuerdo con normas y procedimientos técnicos de nivelación primaria y secundaria, en todo el país.

El Catastro y el sector agropecuario

Ha sido motivo de gran preocupación evitar que los reajustes de las fichas catastrales de los predios rurales produzcan en vastas zonas del país efectos depresivos y desestimulantes.

Esta inquietud, expresada por la opinión pública y compartida por el Gobierno, es también nuestra preocupación. En efecto, ante una deplorable situación de los sectores agrícola y pecuario en el país, manifiesta en un crecimiento negativo en los últimos años, parece en extremo delicado modificar el valor catastral de los predios rurales, máxime cuando tal actividad conlleva efectos fiscales. Subsiste empero, la imperiosa necesidad de fortalecer las finanzas de los municipios, parte sustancial de las cuales la forman los ingresos por concepto del impuesto predial.

El catastro constituye la base sobre la cual se liquida este impuesto, y por lo tanto, lo que suceda con él influye directamente en el monto de los recaudos y en la carga fiscal que deben soportar propietarios rurales. De ahí la conveniencia de ser cautos en extremo y de encontrar un justo medio entre estas dos situaciones que permita a los propietarios sobrea-

guar en esta dura época de recesión y a los municipios recibir un impulso fiscal de importancia.

El proyecto establece para el sector agropecuario algunas condiciones excepcionales que tienden a aminorar el impacto de los reavalúos. Así por ejemplo, prevé que el impacto de los reavalúos masivos que se realicen en 1983 no se tome en cuenta para efectos fiscales en el sector rural sino en un 50% en el primer año. De igual manera, se reconoce expresamente la facultad de los concejos municipales de pedir al Gobierno Nacional el aplazamiento de la vigencia y de los reavalúos anuales y la reducción de los porcentajes de ajustes de esos avalúos, incluso por debajo del 50% de la variación del índice de precios al consumidor, cuando las condiciones económicas y sociales no sean propicias.

Además, se establece que el avalúo catastral en los predios rurales sea del 85% de su valor para efectos de la determinación de la renta presuntiva y el patrimonio bruto, líquido y gravable.

La autoestimación del avalúo

Constituye un aspecto importante el reconocimiento que se hace de la posibilidad de que todo propietario pueda presentar ante la correspondiente Oficina de Catastro su estimación del valor del avalúo catastral. De esta manera se permite al ciudadano intervenir en la actualización y conservación del catastro con lo cual se facilita extraordinariamente este proceso y se introduce además, un elemento dinámico de la mayor importancia. Esta atribución, la cual tiene por otra parte, repercusiones trascendentes en la legislación vigente sobre arrendamientos, otorga al público un nuevo instrumento de defensa frente a las tropelías que suelen cometerse. El ciudadano será ahora dueño de estimar el valor de su inmueble y de medir, dentro de ciertos límites las consecuencias fiscales del avalúo. Por eso, varios artículos del proyecto buscan el estímulo a las autoestimaciones, pues piensa el Gobierno y nosotros con él, que este mecanismo es benéfico y favorable para todos.

El Catastro y los servicios públicos

He aquí una disposición importante. El proyecto ordena que en un plazo razonable se desvinculen del avalúo catastral las tarifas de los servicios públicos. Se trata de evitar que el cambio en el valor del avalúo incida desorbitantemente sobre el monto de los servicios, como ha venido sucediendo en el país. En realidad, no es conveniente que uno y otro fenómeno estén conexos pues en la práctica sus consecuencias han resultado funestas, tanto para los usuarios como para los municipios. En un caso porque las tarifas suben en forma desproporcionada y en el otro porque los reajustes de las tarifas evitan que eso pase, no promueven o permiten los reajustes catastrales. Pensamos que al producirse la desvinculación, tanto las tarifas de los servicios públicos como el monto de los recaudos del impuesto predial, ganarán una flexibilidad que hoy en día no tienen.

La amnistía catastral

El artículo 25 del proyecto en su inciso 2o. establece una virtual amnistía catastral para todos aquellos propietarios o poseedores de predios y mejoras, que dentro del año siguiente a la fecha de promulgación de esta Ley, informen a las oficinas de catastro el valor de las mejoras y el precio y fecha de adquisición o posesión de los inmuebles.

Los que así lo hagan no serán molestados por las omisiones pasadas y los impuestos dejados de pagar tampoco les serán cobrados. Consideramos que mediante este otorgamiento el Estado está otorgando a la ciudadanía una excelente oportunidad para sanear frente al catastro su patrimonio.

El articulado

Con el ánimo exclusivo de complementar y mejorar el contenido de las normas que sobre catastro trae el proyecto sometido a nuestra consideración, presentamos a continuación los argumentos en los que se basan las modificaciones propuestas en el pliego de modificaciones del capítulo uno adjunto a esta ponencia.

Artículo 1o. Este artículo busca el reajuste masivo e inmediato de los avalúos catastrales de las áreas cuyo catastro administra el Instituto Geográfico Agustín Codazzi y las oficinas de catastro de Cali, Medellín y Antioquia. En él se establece un reajuste anual acumulado de un 10% de acuerdo con la antigüedad del último avalúo vigente, la cual para estos efectos no puede ser mayor de 15 años. Aunque pensamos que este tipo de reajuste no es técnico y por lo tanto, no es ideal, la verdad es que constituye la única manera de mejorar rápidamente las bases de tributación del impuesto predial. Se trata pues de un recurso extremo, de estirpe fiscalista, que no puede ni debe reemplazar el proceso técnico de formación, actualización y conservación de los catastros nacionales. Sólo en este sentido puede ser defensible.

La modificación propuesta busca armonizar el texto legal con la época en que la ley será posiblemente promulgada para evitar efectos retroactivos abiertamente contrarios a derecho. Por eso se prefiere sustituir la expresión "Vigencia de 1983" por la más exacta "de año de 1983", la cual permite que los efectos se proyecten hacia el futuro como corresponde.

Artículo 3o. Los cambios sugeridos están enderezados 1) a establecer un reajuste anual de los avalúos, de acuerdo con criterios concretos y relevantes; 2) a fijar límites objetivos a los reajustes, aminorando su discrecionalidad; y 3) a fijar la época en que tales reajustes deben hacerse para asegurar que los nuevos avalúos puedan ser conocidos por el público oportunamente.

Artículo 4o. Se establece el 31 de diciembre como la fecha de entrada en vigencia de los avalúos realizados durante el año para así asegurar su efecto en la determinación de los impuestos de renta y complementarios.

De otra parte, se amplía la vía gubernativa para incluir la posibilidad de interponer el recurso de apelación contra las revisiones catastrales. Nos parece peligrosa la instancia única como aparece en el proyecto presentado. En la vida real las revisiones son efectuadas por funcionarios de mediana y baja jerarquía, lo cual podría redundar en arbitrariedades sin cuento, desatrabables de acuerdo con el texto original, a través de la jurisdicción sólo, desatrabables de acuerdo con el texto original, a través de la jurisdicción contenciosa. El recurso de apelación permite al propietario o poseedor ser oído en los niveles más altos del gobierno, y garantiza mejor que los ciudadanos no sean atropellados.

Artículo 7o. La modificación propuesta es complemento de lo anterior y se explica por sí misma.

Artículos 9, 10 y 11. Los cambios sugeridos tienen el propósito de ampliar la facultad del gobierno nacional para decidir cual debe ser la oportunidad y dimensión de los reajustes catastrales. Por eso se propone que pueda "voluntariamente", y no sólo porque se lo soliciten los concejos municipales, aplazar su vigencia. De igual manera, se establece que los aplazamientos sean anuales, pero se reconoce al gobierno la potestad de decidir si proroga o no esos aplazamientos.

Por otra parte se sugiere suprimir el artículo 10 del proyecto, pues al ser el Ministerio de Agricultura parte del gobierno y "el precio de los productos agropecuarios" un elemento típicamente determinante de las condiciones económicas de los municipios, los eventos contemplados en él están ya previstos en el texto del artículo 9o.

La modificación del artículo 11 es complemento de lo anterior.

Artículo 12. Se busca precisar que la demora en la consideración de las mejoras agropecuarias de los predios rurales tenga efectos únicamente fiscales. No debe olvidarse que el aspecto fiscal es tan sólo uno de los que justifican la realización del catastro, hay otros y por lo tanto, no hay lógica en demorar innecesariamente la adecuación de los registros catastrales por ese único motivo.

Artículo 13. Se sugiere suprimir la expresión "más el reajuste que corresponda al año en el cual se hace la correspondiente destinación" pues siendo el 30 de junio la fecha límite para hacer la autoestimación del avalúo, en esa fecha todavía no se sabe el valor del reajuste correspondiente, el cual de acuerdo con el artículo 3o. de esta ley, sólo se conocerá entre septiembre y octubre de cada año. Al dejar tan sólo la expresión "avalúo septiembre y octubre de cada año. Al dejar tan sólo la expresión "avalúo vigente" se está haciendo referencia al que entró al regir el 31 de diciembre del año anterior, con lo cual se respeta el espíritu de las normas.

Artículo 15. El objetivo de este artículo es el de estimular la autoestimación del avalúo catastral. Para lograrlo, el proyecto del gobierno propo-

ne castigar al propietario que no lo haga, estableciendo que en caso de expropiación el Estado pagará el menor de estos dos valores: el avalúo vigente más un 30% o el avalúo comercial hecho por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Aunque estamos de acuerdo con la intención, de la norma, auspiciar las autoestimaciones, pensamos que el mecanismo propuesto atenta contra la filosofía de la expropiación cual es la de hacer prevalecer el interés general sobre el particular pero pagando por lo expropiado el precio debido.

Para alcanzar el objetivo deseado, proponemos en cambio la creación de un estímulo a la autoestimación del avalúo al establecer que el Estado pagará no el menor sino el mayor de estos dos valores. De esta manera se respeta la filosofía de la expropiación y se fomenta el alza de los avalúos. Desde luego, y para evitar abusos, se prescribe que las autoestimaciones, para que puedan ser consideradas, deben tener una antigüedad mayor de dos años en la fecha de la sentencia de expropiación.

Artículos 16 y 27. Tanto la modificación del texto del artículo 16 como la del artículo 27 tienden, respetando el espíritu original a evitar posibles problemas de inconstitucionalidad. En nuestra opinión, los textos, en la forma como han sido propuestos, contradicen el artículo 30 de la Constitución Nacional al atentar contra uno de los atributos esenciales del derecho de propiedad. Si bien es cierto que la propiedad, de acuerdo con nuestra Constitución, tiene una función social y que el interés individual, según ella misma, debe ceder al interés público o general, ello no quiere decir que el Estado pueda coartar la capacidad de todo propietario para fijar libremente el precio de la cosa vendida. Impedir, como lo propone el proyecto, que los notarios autoricen escrituras sobre inmuebles cuyo precio de enajenación sea inferior al avalúo catastral vigente supone aceptar que esta indebida intromisión del Estado pueda colocar a multitud de propietarios en la increíble situación de tener sus inmuebles fuera del comercio al haber sido revaluados por encima de los precios del mercado.

Para evitar estas dificultades y teniendo en cuenta que el espíritu de la norma no es otro que el de desestimular las escrituras con precios por debajo de los avalúos vigentes, sugerimos en el caso del artículo 16 la supresión de la expresión "o cualquier otra operación financiera adelantada con organismos vigilados por la Superintendencia Bancaria", y en el del artículo 27 el texto que incluimos en el pliego de modificaciones anexo a esta ponencia. Como se deduce con claridad de su lectura, consideramos que aunque no es posible impedir legalmente que los propietarios fijen el precio de la enajenación por debajo de los avalúos catastrales se pueden lograr los mismos objetivos al suprimir las ventajas tributarias y económicas de hacerlo.

De igual manera, se propone suprimir la prohibición de rematar bienes inmuebles por valores inferiores al avalúo catastral. El procedimiento civil que regula los remates prevee en sucesivas instancias, la reducción de las posturas peligrando entonces, si no se suprime esta prohibición, la cumpli-

da realización de los remates al poder en un momento dado resultar éstos inferiores al avalúo del inmueble.

Artículo 17. Se propone suprimir este artículo por ser redundante y por lo tanto, innecesario.

Artículo 18. La fecha de la vigencia del nuevo rango, dentro del cual los Concejos Municipales fijarán las tarifas del impuesto predial, se traslada al 31 de diciembre de 1983. Así se evita la retroactividad de la ley, la cual en materia fiscal está prohibida, especialmente cuando es desfavorable al contribuyente.

Por otra parte se amplía la excepción prevista en el inciso final del artículo a los lotes urbanizables no urbanizados, con lo cual se permite a los Municipios gravarlos por encima del doce por mil.

Artículo 22. Se proponen dos modificaciones: La primera, en el sentido de precisar que el 85% del avalúo catastral de los predios rurales será el valor relevante para determinar la renta presuntiva, el patrimonio y el valor de los bienes relictos, cosa que en el texto original no aparece suficientemente clara. La segunda, para establecer que la limitación según la cual el avalúo catastral, superior al costo fiscal, sólo se tendrá en cuenta para determinar la utilidad en la enajenación cuando tenga una antigüedad mayor de dos años, se refiere exclusivamente a los originados en una autoestimación y no a los realizados mediante procesos de formación o actualización, como es lo justo.

Artículo 25. Se sugieren algunas pequeñas modificaciones tendientes a precisar el caso de los simples poseedores de bienes inmuebles.

Artículo 26. No parece justo que el propietario actual de un inmueble tenga que sufragar los impuestos que han debido pagar propietarios anteriores. Por esta razón se limita esta posibilidad a los impuestos dejados de pagar causados durante el tiempo que ha poseído el bien el actual propietario. Hacia el futuro, y con el propósito que esta disposición no pueda ser fácilmente burlada, se prevee que los impuestos debidos por los dueños anteriores sean cancelados por el nuevo propietario, cuando este haya adquirido el inmueble con posterioridad a la promulgación de esta ley.

De esta manera se preserva el aspecto tributario deseado pero sin vulnerar el derecho que tiene todo ciudadano a que no le cambien hacia el pasado las reglas del juego.

Artículo 28. La modificación propuesta obedece a la necesidad de hacer armónico el texto de este artículo con el del artículo 27.

Artículo 30. Se pretende precisar que los predios exceptuados son aquellos cuyos avalúos fueron reajustados de acuerdo con lo dispuesto por el Acuerdo No. 1 de 1981, y no otros.

Artículo 31. Este artículo nuevo tiene como propósito fundamental permitir que las asociaciones de municipios a que se refiere el artículo 198 de la Constitución Nacional y la Ley 1a. de 1975 puedan utilizarse como un mecanismo para la modernización del recaudo del impuesto predial. Mejorar la eficiencia del recaudo es una necesidad imperiosa, especialmente en los Municipios pequeños, los cuales carecen del presupuesto y de la capacidad operativa para identificar los predios y cobrar el correspondiente tributo territorial. Pensamos que reuniendo esfuerzos en un nivel provincial sería posible crear una organización moderna capaz de llevar a cabo la dispendiosa y muchas veces compleja labor exigida para el cobro eficiente de los impuestos prediales.

PLIEGO DE MODIFICACIONES

El Artículo 10. quedará así: El avalúo catastral de todos los inmuebles se actualizará durante el año de 1983. Para este efecto el último avalúo vigente se reajustará en un 10% anual acumulado año por año, de acuerdo con su antigüedad o fecha. El periodo del reajuste no podrá exceder de 15 años.

El Instituto Geográfico Agustín Codazzi y las oficinas de Catastro de Cali, Medellín y Antioquia incorporarán dichas modificaciones en los registros catastrales.

El Artículo 20. queda igual al original del proyecto.

El Artículo 30. quedará así: El Instituto Agustín Codazzi y las Oficinas de Catastro de Bogotá, Cali, Medellín y Antioquia, reajustarán los avalúos catastrales para vigencias anuales a partir del 1o. de enero de 1984.

El Gobierno establecerá el porcentaje de ajuste para cada año, previo concepto del Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES, teniendo en cuenta, entre otros, los siguientes factores:

- a) El valor de la tierra;
- b) El valor de la mano de obra y los insumos de la construcción
- c) La política económica.

El Gobierno determinará el porcentaje de ajuste para cada año, a más tardar el 31 de octubre. Este porcentaje no podrá ser inferior al 50% ni su-

perior al ciento por ciento (100%) del incremento porcentual del índice de precios al consumidor para empleados que determine el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, para el periodo comprendido entre el 1o. de septiembre del respectivo año y la misma fecha del año anterior.

Lo dispuesto en este artículo no se aplicará a los catastros formados o actualizados en el año inmediatamente anterior, según lo previsto en los artículos 50, 60, y 70, de la presente ley.

El Artículo 40. quedará así: Los avalúos establecidos de conformidad con el artículo anterior entrarán en vigencia el 31 de diciembre de cada año.

El propietario o poseedor podrá obtener su revisión en la Oficina de Catastro correspondiente, durante los dos primeros meses del año siguiente, cuando demuestre que el valor no se ajusta a las características y condiciones del predio. Dicha revisión se hará dentro del proceso de conservación catastral y contra la decisión procederán por la vía gubernativa los recursos de reposición y apelación. El recurso de apelación se concederá en el efecto devolutivo.

Los Artículos 50, y 60, quedan igual.

El Artículo 70. quedará así: La vigencia de los catastros elaborados por formación o actualización empezará, para todos los efectos, el 31 de diciembre del año en que fue notificado.

El Artículo 80. queda igual.

El Artículo 90. quedará así: El Gobierno Nacional voluntariamente o por solicitud fundamentada de los Concejos Municipales, debido a especiales condiciones económicas o sociales que afecten a determinados municipios o zonas de éstos, podrá aplazar la vigencia de los catastros elaborados por formación o actualización, por un periodo hasta de un año. Este plazo podrá ampliarse de año en año si subsisten las condiciones que originaron el aplazamiento.

Igualmente, por los mismos hechos y bajo las mismas condiciones del inciso anterior, el Gobierno podrá en octubre de cada año, para determinados municipios o zonas de éstos, reducir el porcentaje de ajuste establecido en el artículo 30, de la presente ley.

Suprímese el Artículo 10.

El Artículo 11 quedará así: La reducción a que se refiere el inciso final del artículo anterior podrá ser inferior al límite del 50% del incremento porcentual del índice de precios al consumidor señalado en el artículo 30, de la presente ley.

El **Artículo 12.** quedará así: En ningún caso los inmuebles por destinación harán parte del avalúo catastral.

Cuando se trate de predios afectados con mejoras agropecuarias, éstas sólo se tomarán en cuenta para efectos fiscales, cuatro (4) años después de su realización.

El inciso segundo del **Artículo 13.** quedará así: "Dicha estimación no podrá ser inferior al avalúo vigente y se incorporará al catastro con fecha 31 de diciembre del año en el que se haya efectuado".

El resto del artículo 13 queda igual.

El **Artículo 14** queda igual.

El **Artículo 15.** quedará así: En caso de expropiación de inmuebles, el Estado pagará el mayor de estos dos valores: El avalúo catastral vigente en la fecha de la sentencia que decreta la expropiación, o el avalúo comercial determinado para tal fin por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi en la misma fecha.

Para los efectos de este artículo, si el avalúo catastral vigente fue reavilizado mediante el procedimiento establecido en el artículo 13 de la presente ley, su estimación debe hacerse presentado ante la correspondiente oficina de catastro con una antelación no menor de dos años a la fecha de la sentencia que decreta la expropiación.

El **Artículo 16.** quedará así: Para fines de negociaciones crediticias, el valor de los inmuebles a que ellas se refieren no podrá ser superior al avalúo catastral vigente.

El **Artículo 17** Suprimido.

El **Artículo 18.** quedará así: A partir del 31 de diciembre de 1983, las tarifas del impuesto predial, incluidas todas las sobretasas municipales, serán fijadas por los Concejos Municipales y por el del Distrito Especial de Bogotá entre el 4 y el 12 por mil anual del avalúo catastral, sin perjuicio de que las entidades territoriales conserven las tarifas y sobretasas que en la fecha de promulgación de la presente ley tengan establecidas por encima de estos límites.

Exceptúanse de la limitación anterior los lotes urbanizados no edificados y los lotes urbanizables no urbanizados.

Los **Artículos 19, 20 y 21** quedan igual.

El **Artículo 22** quedará así: En el caso de los impuestos que administra la Dirección General de Impuestos Nacionales, cuando el avalúo catastral de los bienes inmuebles que tengan el carácter de activos fijos fuere superior al costo fiscal, dicho avalúo se tomará en cuenta para determinar:

- a) La renta o ganancia ocasional obtenida en su enajenación;
- b) La renta presuntiva.
- c) Los patrimonios bruto, líquido y gravable
- d) El avalúo de los bienes relictos.

Parágrafo 1o. Para los predios rurales el avalúo catastral señalado en los literales b, c y d sólo se tomará en el 85% de su valor.

Parágrafo 2o. Cuando el avalúo catastral previsto en este artículo fuere el resultado de una auto-estimación y resultare superior al costo fiscal, únicamente se tendrá en cuenta, para efectos de determinar la utilidad en la enajenación del respectivo inmueble, al finalizar el segundo año de vigencia de la respectiva estimación.

El **Artículo 23** quedará así: Cuando las tarifas de servicios públicos se determinen con fundamento en los avalúos catastrales, las escalas para dichas tarifas deberán reajustarse anualmente en los mismos porcentajes con que se reajusten los avalúos, de conformidad con el artículo 3o. de esta ley.

Antes del 30 de junio de 1984, los Concejos Municipales y el Concejo del Distrito Especial de Bogotá y las demás autoridades competentes, desvincularán de los avalúos catastrales la fijación de las tarifas de los servicios públicos.

El **Artículo 24** queda igual.

El **Artículo 25** quedará así: Los propietarios o poseedores de predios o mejoras no incorporados al catastro, tendrán la obligación de comunicar a las oficinas seccionales del Instituto Geográfico Agustín Codazzi o a las oficinas de Catastro de Bogotá, Cali, Medellín y Antioquia o a las Tesorerías Municipales en donde no estuvieren establecidas dichas oficinas tanto el valor como la fecha de adquisición o posesión de estos inmuebles así como también la fecha de terminación y el valor de las mejoras con el fin de que dichas entidades incorporen estos valores con los ajustes correspondientes como avalúos del inmueble.

A los propietarios de predios y mejoras que dentro del término de un (1) año contado a partir de la fecha de promulgación de la presente ley, no cumplieren con la obligación prescrita en este artículo, se les establecerá de oficio el avalúo catastral tomando en cuenta el valor de la escritura, el cual se reajustará anualmente en un ciento por ciento (100%) del incremento del índice de precios al consumidor para empleados que determine el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE desde la fecha de la correspondiente escritura de adquisición.

Cuando las mejoras no estén incorporadas en la escritura se tendrá en cuenta para el avalúo el valor fijado por la oficina de catastro, previa una inspección ocular.

El Artículo 26 quedará así: Los impuestos dejados de pagar, según la liquidación que establece el artículo anterior, causados desde la fecha en que el propietario actual adquirió el inmueble, se le cobrarán con intereses moratorios equivalentes al doble del interés bancario corriente, certificado por la Superintendencia Bancaria.

En los casos de enajenación de inmuebles realizados con posterioridad a la fecha de promulgación de la presente ley, el valor de los impuestos dejados de pagar por los anteriores propietarios, liquidados de acuerdo con lo establecido en el artículo anterior, será pagado por el nuevo propietario junto con los correspondientes intereses de mora.

La sanción prevista en este artículo no se aplicará a los predios rurales cuando el avalúo catastral de oficio de que trata el artículo anterior no exceda de \$200.000.

El Artículo 27 quedará así: Para protocolizar actos de transferencias, constitución o limitación de dominio de bienes inmuebles, el Notario, o quien haga sus veces, exigirá e insertará en el instrumento de certificado catastral expedido por la Oficina de Catastro o el Tesorero Municipal.

Cuando se trate de inmuebles procedentes de la segregación de uno de mayor extensión, el certificado catastral exigido podrá ser el del inmueble del cual se segrega.

Cuando las escrituras de enajenación total de inmuebles se corran por valores inferiores a los avalúos catastrales vigentes, se tendrá en cuenta para todos los efectos fiscales y catastrales, el avalúo catastral vigente en la fecha de la respectiva escritura.

Cuando se trate de protocolizar escrituras que contengan contratos de compra-venta de inmuebles que se vayan a construir o se estén construyendo, el Notario exigirá copia debidamente sellada y radicada, de la solicitud del avalúo del correspondiente inmueble acompañada del certificado de paz y salvo del lote donde se va a adelantar o se está adelantando la construcción.

Los otorgantes de la respectiva escritura, dentro de los dos meses siguientes deberán presentar copia auténtica de la escritura ante la Oficina de Catastro o la Tesorería Municipal, según el caso, para que realicen las actualizaciones a que haya lugar.

El Artículo 28 quedará así: Antes de registrar los instrumentos sobre transferencia, constitución o limitación del dominio de bienes inmuebles, los Registradores de instrumentos públicos deberán cerciorarse de si los Notarios han cumplido en cada caso con los requisitos exigidos en el Artículo anterior.

Los registradores se abstendrán de inscribir en sus libros cualquier acta o instrumento sobre transferencia, constitución o limitación del dominio de inmuebles si tales instrumentos no aparece inserto el certificado catastral a que se refiere el artículo precedente.

El Artículo 29 queda igual.

El Artículo 30 quedará así: La actualización del avalúo catastral prevista en el artículo 1.º de la presente ley no rige para los predios del Distrito Especial de Bogotá, cuyo avalúo catastral ya hubiere sido reajustado, en desarrollo de lo dispuesto en el Acuerdo No. 1 de 1981, del Concejo de Bogotá.

En todo lo demás, los predios del Distrito Especial de Bogotá se registrarán por las disposiciones de este capítulo.

El Artículo 31, quedará así: Facúltase a las Asambleas Departamentales para que, a iniciativa del respectivo gobernador, ordenen la asociación de municipios con el fin de recaudar y administrar conjuntamente el impuesto predial.

Para todos los efectos, estas asociaciones se organizarán y registrarán según lo dispuesto en la Ley 1ª. de 1975 y sus disposiciones reglamentarias.

Exposición de Motivos con relación al Capítulo II del
Impuesto de Industria y Comercio y de avisos y tableros

El proyecto ha recogido las recomendaciones que se hicieron en el informe de la misión Wiesner - Bird, en el sentido de unificar el régimen de impuesto de Industria y Comercio en todo el país, para poner fin a la multiplicidad de bases gravables que se venían aplicando desde el año de 1913. Como es sabido, algunos municipios tomaban como base gravable el valor de los arrendamientos, otros la extensión del local, y otros los activos o el consumo de energía.

El proyecto pretende universalizar la experiencia positiva que han tenido las ciudades de Medellín desde 1970, Bogotá, desde 1974 y Cali des-

de 1978, las que han llevado a convertir el impuesto de Industria y Comercio en estas tres ciudades en la principal fuente de ingresos tributarios armonizando la ley en lo previsto en los artículos 191 y 197, ordinal 2o. de la Constitución Política, reordenando y unificando el tratamiento de los impuestos de Industria y Comercio y de avisos y tableros.

Al tomar como base gravable los ingresos, descontando de éstos las devoluciones, los ingresos provenientes de ventas de activos fijos, de las exportaciones, del recaudo de impuestos y de la percepción de subsidios, se logra que las personas tributen en relación con las operaciones que constituyen su actividad empresarial, permitiendo una base dinámica al Impuesto de Industria y Comercio; base elástica que permita mantener en pesos constantes el ingreso tributario municipal, sin que éste se deteriore como consecuencia de la pérdida del poder adquisitivo de la moneda.

El impuesto refleja además la dinámica económica que tenga cada uno de los municipios, sin necesidad de establecer diferentes regímenes para los mismos.

A continuación comentaremos cada uno de los artículos:

El Artículo 32 establece como materia imponible la actividad comercial, industrial o de servicios que se realice en el municipio. Esta definición guarda armonía con la filosofía del impuesto de Industria y Comercio, que es la contribución de la persona por utilizar la infraestructura urbana y el mercado que genera el desarrollo de la comunidad municipal.

Por ello el impuesto debe ser pagado por la persona que ejerciendo una actividad Industrial, comercial o de servicios, se beneficia de los servicios, y el mercado creado con el esfuerzo de toda esa comunidad municipal. El Artículo igualmente establece que no es necesario tener establecimiento de comercio por ser sujeto pasivo del impuesto de Industria y Comercio, ya que éste recae sobre las actividades comerciales y no sobre los establecimientos.

Artículo 33. La base gravable sobre la que se aplica el impuesto está determinada por los ingresos excluyendo de éstos las devoluciones; los ingresos provenientes de la venta de activos fijos, las exportaciones y el recaudo de impuesto y subsidio. El impuesto se liquida sobre el promedio mensual de los ingresos anuales obtenidos en el año inmediatamente anterior aplicando una tarifa mensual que determinarán los Concejos Municipales dentro de unos límites máximos del 7 y 10 por mil mensual, según que la actividad sea Industrial, comercial o de servicios. Se establece el plazo hasta el 30 de septiembre de 1984 para que los Concejos adopten el nuevo sistema.

El Artículo 34 define cuáles se consideran actividades comerciales e industriales.

El Artículo 35 define cuáles se consideran actividades comerciales propiamente tales incluyendo todas las contempladas en el Código de Comercio, siempre y cuando no estén comprendidas como actividades industriales en el **Artículo 34** o como actividades de servicio en el **Artículo 36**. Lo importante es que todas las personas que desarrollen actividades comerciales definidas por el Código de Comercio deben pagar impuesto de Industria y Comercio, ya sea que estén definidas como industria, como comercio o como servicio.

El Artículo 36 define las actividades de servicio; esta definición no es taxativa sino enunciativa, o sea que lo que no está comprendido como actividad comercial en el Código de Comercio o actividad industrial en el mismo o en esta ley, se entiende, si constituyen actos de comercio, como actividad de servicios. Se agrega a las actividades de servicio los prestados por consultoría profesional hechos a través de sociedades regulares o de hecho.

El Artículo 37 establece que el impuesto de avisos, y tableros, autorizado por la Ley 97 de 1913 se liquidará y cobrará en adelante como complemento del de industria y comercio, pero no establece su cuantía y deja a los Concejos Municipales la potestad de fijar el porcentaje.

Creemos que la ley debe fijar este porcentaje y proponemos una tarifa hasta de un 15% sobre el valor de éste, fijados por los concejos municipales. Así evitamos caer nuevamente en el desorden institucional regulando la actividad de los Concejos en materia impositiva. Además en esto se evita el sistema anacrónico de fijar las tarifas por medición de los avisos u otros igualmente anacrónicos.

El Artículo 38 permite a los municipios establecer exenciones pero de conformidad con los planes de desarrollo municipal, lo que busca que las exenciones se manejen como un instrumento de desarrollo y no de forma gratuita.

En el **Artículo 39** Numeral 2o. Literal a) se incluye a la producción avícola.

Es necesario hacer claridad de que de todas maneras esta prohibición no cobija a ninguna empresa procesadora o enfiadora de aves y a la vez comercializadora de huevos o de productos derivados de la industria ganadera, agrícola y avícola los cuales son sujetos pasivos del impuesto de Industria y Comercio.

Se mantiene el estímulo a las exportaciones, se suprime la prohibición del Numeral 2o. Literal c) "La de gravar plazas de Mercado" porque consi-

deramos peligroso que muchos comercios o centros comerciales con miras a evadir el impuesto argumentan con definiciones acomodadas que son plazas de mercado.

Y como protección a los municipios pequeños que viven de sus plazas de mercado. En el Literal e) adicionamos algunas entidades como a los Sindicatos, los Gremios, las Asociaciones de Profesionales sin ánimo de lucro y los Partidos Políticos porque pensamos que son entidades que por su carácter y actividad no son sujetos del impuesto de Industria y Comercio.

Se excluye el literal f) por considerar que si hay transformación hay industria y debe ser gravado con el impuesto de Industria y Comercio y además contradice el literal o) haciendo muy difícil su aplicación. Establecería privilegios indebidos para molinos, trilladoras o ingenios que deben pagar el impuesto.

El Artículo 40 establece que este régimen se aplica al Distrito Especial de Bogotá.

CAPITULO III

Impuesto de Industria y Comercio al sector financiero

El proyecto busca restablecer la justicia tributaria con relación al sector financiero, que venía gozando desde 1968 de un tratamiento privilegiado que no alcanzó a ser corregido por la Ley 57 de 1981.

El sector financiero pasa a tributar como los demás sectores sobre los ingresos pero dándosele una ventaja, ya que la base no son los ingresos brutos sino los ingresos operacionales los que en algunos casos representan sólo el 70% de los ingresos brutos del sector financiero. El proyecto fue elaborado con la colaboración de la Superintendencia Bancaria la que está en capacidad de dar la información para efectos del cobro del mismo impuesto.

Como ni el sector estatal ni el sector agrícola, ni los ingresos provenientes de exportaciones son tributarios de Industria y Comercio, es muy claro que el impuesto de Industria y Comercio en Colombia sólo recae sobre el sector industrial, el comercial y el financiero. A pesar del proyecto que se propone, seguirá siendo la industria y el comercio las que contribuyen con más del 85% del total de los impuestos de Industria y Comercio. Por ello el sector financiero a pesar de que el proyecto representa un avance, sigue siendo tratado más favorablemente que los demás sectores tributarios de Industria y Comercio; por lo demás el sector financiero se le

acepta deducir de su impuesto de renta lo que paga por impuesto de Industria y Comercio, con lo que cerca del 40% de lo que pagará el sector financiero constituye en realidad una transferencia de impuesto de los ción a los municipios. El proyecto mantiene además la participación de los pequeños municipios que pueden cobrar sumas reajustadas cada año según el índice del DANE, a cada sucursal que funciona dentro de su jurisdicción; con esto se logra que los municipios pequeños no vayan a ver disminuidos sus ingresos por este concepto.

Las tarifas que se han aplicado son más bajas que las del sector industrial y comercial, constituyendo un tratamiento más favorable para el sector financiero y en especial para las corporaciones de Ahorro y Vivienda de acuerdo con la política de estímulo a la construcción.

La única modificación que se propone en el Capítulo III Artículo 43 en su Parágrafo es la de excluir a la Financiera Eléctrica Nacional por considerar que no se hace justicia de aquellos municipios en donde realice sus actividades.

Cosa distinta es el de la Caja de Crédito Agrario Industrial y Minero que es una entidad financiadora del sector agropecuario.

PLIEGO DE MODIFICACIONES

Artículo 33. Los municipios que tenían adoptados sistemas semejantes al de la presente ley podrán mantener las tarifas que en la fecha de la promulgación de esta ley tengan establecidas por encima de los límites consagrados en el presente artículo.

Artículo 36. Se añade "y los servicios de consultoría profesional prestados a través de sociedades regulares o de hecho".

Artículo 37. El impuesto de avisos y tableros, autorizado por la Ley 97 de 1913 se liquidará y cobrará en adelante a todas las actividades comerciales, industriales y de servicios como complemento del impuesto de Industria y Comercio, con una tarifa hasta de un 15% sobre el valor de éste, fijada por los Concejos Municipales.

Artículo 39. Se adiciona al literal c) con Avícola.

Se suprimen los literales c) y f) que constituyen exenciones no establecidas hasta el momento, los cuales debilitarían los fiscos municipales.

Se adiciona el literal e) con Sindicatos - Gremio - Asociaciones Profesionales sin ánimo de lucro y partidos políticos.

Artículo 43. Se suprime la Financiera Eléctrica Nacional.

EXPLICACION

Artículo 33. Bogotá, Medellín y Cali gravan las prenderas y grilles con tarifas más altas, no sería justo beneficiarlos cuando a todo el país se le pide un esfuerzo fiscal.

Artículo 36. Bogotá, Medellín y Cali han venido gravando el ejercicio profesional a través de sociedades y los tribunales lo han aceptado hasta ahora.

Artículo 37. La filosofía del impuesto de avisos y tableros es gravar la publicidad y anuncios, debe adecuarse a los tiempos actuales.

Artículo 39. Las exenciones se suprimen porque mantenerlas afecta a los pequeños municipios

PROYECTO DE LEY MODIFICADO

CAPITULO II

Impuesto de Industria y Comercio y de avisos y tableros

Artículo 32. El impuesto de industria y comercio recaerá, en cuanto a materia imponible, sobre todas las actividades comerciales, industriales y de servicios que se ejerzan o realicen en las respectivas jurisdicciones municipales, con ánimo de lucro, directa o indirectamente, por personas naturales, jurídicas o por sociedades de hecho, ya sea que se cumplan en forma permanente u ocasional, en inmuebles determinados, con establecimiento de comercio o sin ellos.

Artículo 33. Este impuesto se liquidará sobre el promedio mensual de ingresos brutos del año inmediatamente anterior, expresados en moneda nacional y obtenidos por las personas y sociedades de hecho indicadas en el artículo anterior, con exclusión de devoluciones e ingresos provenientes de la venta de activos fijos y de las exportaciones, recaudo de impuestos y percepción de subsidios.

Sobre la base gravable definida en este artículo se aplicará la tarifa que determinen los Concejos Municipales dentro de los siguientes límites máximos:

1. El 7 por 1.000 mensual para las actividades industriales; y
2. El 10 por 1.000 mensual para las actividades comerciales y de servicios.

Los municipios que tenían adoptados sistemas semejantes al de la presente ley podrán mantener las tarifas que en la fecha de la promulgación de esta ley tengan establecidas por encima de los límites consagrados en el presente artículo.

Parágrafo. Para la aplicación de lo dispuesto en el presente artículo, los Concejos Municipales expedirán los acuerdos respectivos antes del 30 de septiembre de 1984.

Artículo 34. Para los fines de esta ley, se considerarán actividades industriales las dedicadas a la producción, extracción, fabricación, confección, preparación, transformación, reparación, manufactura y ensamblaje de cualquier clase de materiales o bienes.

Artículo 35. Se entiendan por actividades comerciales, las destinadas al expendio, compra-venta, o distribución de bienes o mercancías, tanto al por mayor como al por menor, y las demás definidas como tales por el Código de Comercio siempre y cuando no estén consideradas por el mismo Código o por esta ley, como actividades industriales o de servicios.

Artículo 36. Son actividades de servicio las dedicadas a satisfacer necesidades de la comunidad mediante la realización de una o varias de las siguientes o análogas actividades: expendio de bebidas y comidas; servicio de restaurante, cafés, casas de huéspedes, motales, amoblados, transporte y aparcaderos, formas de intermediación comercial, tales como el corretaje, la comisión, los mandatos y la compra-venta y administración de inmuebles; servicios de publicidad, interventoría, construcción y urbanización, radio y televisión, clubes sociales, talleres de reparaciones eléctricas, mecánicas, automovilísticas y afines, lavado, limpieza y teñido, salas de cine y arrendamiento de películas y de todo tipo de reproducción que contenga audio y vídeo, negocios de montepíos y los servicios de consultoría profesional prestados a través de sociedades regulares o de hecho.

Artículo 37. El impuesto de avisos y tableros, autorizado por la Ley 97 de 1913 se liquidará y cobrará en adelante a todas las actividades comerciales, industriales y de servicios como complemento del impuesto de Industria y Comercio, con una tarifa hasta de un 15% sobre el valor de éste, fijada por los Concejos Municipales.

Artículo 38. Los Municipios sólo podrán otorgar exenciones de impuestos municipales por plazo limitado, que en ningún caso excederá de diez años, todo de conformidad con los planes de desarrollo municipal.

Artículo 39. No obstante lo dispuesto en el artículo anterior, continuarán vigentes:

1. Las obligaciones contraídas por el Gobierno en virtud de tratados o convenios internacionales que haya celebrado o celebre en el futuro, y las contraídas por la Nación, los departamentos o los municipios, mediante contratos celebrados en desarrollo de la legislación anterior.

2. Las prohibiciones que consagra la Ley 26 de 1904, además, subsisten para los departamentos y municipios las siguientes prohibiciones:

a) La de imponer gravámenes de ninguna clase o denominación o la producción primaria, agrícola, ganadera o avícola, sin que se incluyan en esta prohibición las fábricas de productos alimenticios o toda industria donde haya un proceso de transformación por elemental que este sea.

b) La de gravar los artículos de producción nacional destinados a la exportación.

c) La de gravar con el impuesto de industria y comercio la explotación de canteras y minas diferentes de sal, esmeraldas y metales preciosos, cuando las regalías o participaciones para el municipio sean iguales o superiores a lo que corresponderá pagar por concepto del impuesto de industria y comercio.

d) La de gravar con el impuesto de industria y comercio los establecimientos educativos públicos, las entidades de beneficencia, las culturales y deportivas, los sindicatos, los gremios, las asociaciones de profesionales sin ánimo de lucro y los partidos políticos; los hospitales, adscritos al Sistema Nacional de Salud.

e) La de gravar las actividades del Instituto de Mercadeo Agropecuario, IDEMA.

Artículo 40. Este capítulo de la presente ley se aplicará también al Distrito Especial de Bogotá.

CAPÍTULO III

Impuesto de Industria y Comercio al sector financiero

Artículo 41. Los bancos, corporaciones de ahorro y vivienda, corporaciones financieras, almacenes generales de depósito, compañías de seguros generales, compañías reaseguradoras, compañías de financiamiento co-

mercial, sociedades de capitalización y los demás establecimientos de crédito que defina como tales la Superintendencia Bancaria e instituciones financieras reconocidas por la ley, son sujetos del impuesto municipal de industria y comercio de acuerdo con lo prescrito por esta ley.

Artículo 42. La base impositiva para la cuantificación del impuesto regulado en la presente ley se establecerá por los Concejos Municipales o por el Concejo del Distrito Especial de Bogotá, de la siguiente manera:

1. Para los bancos, los ingresos operacionales anuales representados en los siguientes rubros:

A) Cambios posición y certificado de cambio.

B) Comisiones de operaciones en moneda nacional, de operaciones en moneda extranjera.

C) Intereses de operaciones con entidades públicas, de operaciones en moneda nacional, de operaciones en moneda extranjera.

D) Rendimiento de inversiones de la Sección de Ahorros.

E) Ingresos varios.

F) Ingresos en operaciones con tarjetas de crédito.

2. Para las corporaciones financieras, los ingresos operacionales anuales representados en los siguientes rubros:

A) Cambios posición y certificado de cambio.

B) Comisiones de operaciones en moneda nacional, de operaciones en moneda extranjera.

C) Intereses de operaciones en moneda nacional, de operaciones en moneda extranjera, de operaciones con entidades públicas.

D) Ingresos varios.

3. Para las corporaciones de ahorro y vivienda, los ingresos operacionales anuales representados en los siguientes rubros:

A) Intereses.

B) Comisiones.

- C) Ingresos varios.
- D) Corrección monetaria, menos la parte exenta.
- 4. Para compañías de seguros de vida, seguros generales y compañías reaseguradoras, los ingresos operacionales anuales representados en el monto de las primas retenidas.

5. Para compañías de financiamiento comercial, los ingresos operacionales anuales representados en los siguientes rubros:

- A) Intereses.
- B) Comisiones.
- C) Ingresos varios.

6. Para almacenes generales de depósito, los ingresos operacionales anuales representados en los siguientes rubros:

- A) Servicio de almacenaje en bodegas y silos.
- B) Servicios de Aduana.
- C) Servicios varios.
- D) Intereses recibidos.
- E) Comisiones recibidas.
- F) Ingresos varios.

7. Para sociedades de capitalización, los ingresos operacionales anuales representados en los siguientes rubros:

- A) Intereses.
- B) Comisiones.
- C) Dividendos.
- D) Otros rendimientos financieros.

8. Para los demás establecimientos de crédito, calificados, como tales por la Superintendencia Bancaria y entidades financieras definidas por la ley, diferentes a las mencionadas en los numerales anteriores, la base impositiva será la establecida en el numeral 1.º del artículo 42 en los rubros pertinentes.

9. Para el Banco de la República los ingresos operacionales anuales señalados en el numeral 1.º de este artículo, con exclusión de los intereses percibidos por los cupos ordinarios y extraordinarios de crédito concedidos a los establecimientos financieros, otros cupos de crédito autorizados por la Junta Monetaria, líneas especiales de crédito de fomento y préstamos otorgados al Gobierno Nacional.

Artículo 45. Ninguno de los establecimientos de crédito, instituciones financieras, compañías de seguros y reaseguros que trata la presente ley, pagará en cada municipio o en el Distrito Especial de Bogotá como impuesto de Industria y Comercio una suma inferior a la válida y efectivamente liquidada como impuesto de industria y comercio durante la vigencia presupuestal de 1982.

Artículo 46. Para la aplicación de las normas de la presente ley los ingresos operacionales generados por los servicios prestados a personas naturales o jurídicas se entenderán realizados en el Distrito Especial de Bogotá o en municipio según el caso, donde opere la principal, sucursal, agencia u oficinas abiertas al público. Para estos efectos las entidades financieras deberán comunicar a la Superintendencia Bancaria el movimiento de sus operaciones discriminadas por las principales, sucursales, agencias u oficinas abiertas al público que operen en los municipios, o en el Distrito Especial de Bogotá.

Artículo 47. La Superintendencia Bancaria informará a cada municipio y al Distrito Especial de Bogotá, dentro de los cuatro (4) primeros meses de cada año, el monto de la base descrita en el artículo 42 de esta ley, para efectos de su recaudo.

Artículo 43. Sobre la base gravable definida en el artículo anterior, las corporaciones de ahorro y vivienda, pagarán en 1983 y años siguientes el 3 por mil anual y las demás entidades reguladas por la presente ley, el 4 por mil en 1983 y el 5 por mil los años siguientes sobre los ingresos operacionales anuales liquidados el 31 de diciembre del año inmediatamente anterior al del pago.

Parágrafo. La Caja de Crédito Agrario, Industrial y Minero estará exenta del impuesto de industria y comercio de que trata esta ley.

Artículo 44. Los establecimientos de crédito, instituciones financieras y compañías de seguros y reaseguros de que trata la presente ley que realicen sus operaciones mercantiles en municipios cuya población sea superior a doscientos cincuenta mil habitantes sin exceder de quinientos mil, además de la cuantía que le resulte liquidada al aplicar como base gravable los ingresos operacionales, pagarán, por cada oficina comercial adicional, la suma de diez mil pesos anuales.

Autorizase a los Concejos Municipales y al Concejo del Distrito Especial de Bogotá para elevar anualmente y con vigencia al año siguiente, los valores absolutos en pesos mencionados en este artículo hasta en un porcentaje igual a la variación del índice general de precios debidamente certificado por el DANE entre el 1.º de octubre del año anterior y el 30 de septiembre del año en curso.

INFORME

PROYECTO DE LEY No. 2 DE 1983

CAPITULO IV

Impuesto de Circulación y Tránsito y de Timbre Nacional sobre automotores

En el propósito de robustecer los ingresos de los Departamentos, Intendencias, Comisarias y Distrito Especial de Bogotá y con el objeto de regular la potestad de los Municipios para gravar los vehículos automotores con el impuesto de circulación y tránsito el capítulo IV establece la cesión a los primeros del impuesto de timbre a que se refiere la Ley 2a. de 1976 y la unificación del impuesto de circulación y tránsito a cargo de los segundos.

El artículo 48 dispone que los vehículos automotores de uso particular serán gravados por los municipios con una tarifa anual equivalente al 2 por mil de su valor comercial, persistiendo la vigencia de normas municipales sobre este impuesto respecto de vehículos de servicio público al igual que las exenciones establecidas para el mismo.

Este artículo que trata sobre un impuesto ya existente, le fija un límite y lo unifica sin que los ingresos municipales se incrementen en mayor medida, ni el contribuyente se afecte en grado significativo y, por el contrario, en algunos casos disminuya la tributación.

La importancia de la propuesta radica en el establecimiento de normas claras y precisas- 2 por mil del valor comercial- que puedan eliminar la competencia entre municipios para atraer y obtener el mayor número de matrículas.

La iniciativa propone la fijación de las tarifas del impuesto de timbre nacional comenzando por "vehículos automotores de servicio particular, incluidas las motocicletas de motor de más de 185 c.c. de cilindrada: Hasta \$350.000 del valor comercial.; 8 por mil "hasta \$2.000-001 o más de valor comercial; \$25. por mil y para vehículos de carga de dos y media toneladas o más- hasta de \$350.000 de valor comercial 8 por mil y de \$700.000 o más diez y seis por mil.

712

Para mayor claridad debe determinarse que las tarifas del impuesto de timbre nacional son anuales.

Proponemos una reducción del porcentaje del monto de las tarifas y que muchos de estos vehículos, especialmente los incluidos en el literal a) del artículo 49 que son elementos de trabajo o de transporte de las clases medias.

Se exceptúan como materia de este impuesto los vehículos de servicio público, de entidades de derecho público, los buses para el transporte exclusivo de estudiantes, las bicicletas, motonetas, motocicletas con motor hasta 185 c.c. de cilindrada, tractores, trilladoras, cargadores, motoniveladoras y demás maquinaria agrícola o similar de construcción de vías públicas.

Este impuesto de timbre nacional, llamado también "nacional de rodamiento", y que en la actualidad recibe el Gobierno Nacional se cede a los Departamentos, a las entidades territoriales y al Distrito Especial de Bogotá, los cuales los recaudarían directamente o podrán convenir las formas de administración delegadas de este recaudo.

Para efectos de los avalúos comerciales de los vehículos, el INTRA establecerá anualmente la tabla correspondiente de valores.

El artículo 55 debe suprimirse, pues crea confusión al decir que "los Municipios donde no existan Secretarías de clase A. podrán convenir con sus respectivos Departamentos el recaudo del Impuesto Municipal de Circulación y Tránsito", y que donde no existen secretarías de clase A., no hay ninguna posibilidad de matricular vehículos automotores.

La destinación que las entidades territoriales deben dar a lo recibido por el impuesto previsto en el artículo 49 de esta Ley se destinará en un 80% por lo menos, a unos o varios de los siguientes fines: gastos de inversión, servicio de la deuda contratada para inversión y servicios sectoriales de salud. Esta es una medida benéfica y podrá aliviar un poco la situación financiera porque atraviesan estos entes administrativos, especialmente en lo que se refiere al servicio de la deuda.

Las sanciones por mora, un poco altas, pues serían las mismas que para el impuesto de renta y complementarios, sugerimos se rebajen.

Anualmente el Gobierno Nacional reajustará los valores contemplados para los avalúos comerciales de los vehículos y las tarifas mínimas para los impuestos de circulación y tránsito y timbre nacional, de acuerdo con el porcentaje que el Gobierno Nacional señale en el año inmediatamente anterior para el impuesto sobre la renta y complementarios.

Se cede, pues a los Departamentos el Impuesto de Timbre Nacional que venía recibiendo la Nación, se fijan límites para el de circulación y tránsito, se exceptúan varias clases de vehículos del pago del impuesto, y se

713

uniforma su cobro sobre la base del avalúo comercial fijado anualmente por el INTRA.

Asimismo, sugerimos establecer claramente que el debido cobrar sea también cedido a las entidades territoriales.

PLIEGO DE MODIFICACIONES

Al Capítulo IV, Impuesto Circulación y Tránsito y Timbre Nacional sobre automotores, Proyecto de Ley No. 2 de 1983, (por la cual se fortalecen los fiscos de las entidades territoriales y se dictan otras disposiciones complementarias).

Artículo 48. Queda igual.

Artículo 49. Fianse las siguientes tarifas anuales del impuesto de timbre nacional establecido por el numeral 20. del artículo 14 de la Ley 2a. de 1976 y regulado por el numeral 20. del artículo 10 del Decreto 3674 de 1981:

a) Vehículos automotores de servicio particular, incluidas las motocicletas con motor de más de 185 c.c. de cilindrada: hasta \$350.000 de valor comercial: seis por mil. Entre \$350.001 y \$700.000 de valor comercial: doce por mil. Entre \$700.001 y \$1.200.000 de valor comercial: 16 por mil. Entre \$1.200.001 y \$2.000.000 de valor comercial: 20 por mil. \$2.000.001 o más de valor comercial: veinticinco por mil.

b) Vehículos de carga de dos y media toneladas o más: hasta \$350.000 de valor comercial: 8 por mil. Entre \$350.001 y \$700.000 de valor comercial 12 por mil \$700.001 o más de valor comercial 16 por mil.

Artículo 50. Igual

Artículo 51. Adiciónase con el siguiente párrafo: El debido cobrar será cedido a las entidades territoriales.

Artículo 52. Igual

Artículo 53. Igual

Artículo 54. Igual

Artículo 55. Se suprime

Artículo 56. Igual

Artículo 57. Se suprime

714

Artículo 58. Igual

Artículo 59. Modificado. Quedaría así: En caso de mora en el pago de los impuestos de que trata la presente ley, se aplicará la sanción del 2% mensual sobre el monto de los impuestos dejados de pagar.

Artículo 60. Igual

Artículo 61. Igual

CAPÍTULO V

Impuesto al consumo de bebidas alcohólicas

El Gobierno Nacional, con el propósito de simplificar la legislación vigente sobre el impuesto al consumo de bebidas alcohólicas, fuente de conflictos y derramas continuas ante los Tribunales por la manera como han actuado algunas entidades territoriales, ha presentado a consideración del Congreso Nacional el Capítulo V del Proyecto de Ley No. 2 de 1983, capítulo este que recoge el espíritu y buen número de normas del Proyecto de Ley No. 25 de 1982, que fuera aprobado por unanimidad en la Comisión Tercera de la Honorable Cámara de Representantes. Y por abrumadora mayoría, luego de amplios debates, por la Plenaria de la Corporación, haciendo tránsito al Senado de la República.

Hemos dividido este trabajo en cuatro apartes:

- I. Historia de la legislación tributaria y el monopolio de licores y vinos.
- II. Problemas de las legislaciones nacional y local actuales.
- III. Contenido del proyecto presentado por el Gobierno.
- IV. Pliego de modificaciones

I. Historia de la legislación tributaria y el monopolio de licores y vinos

Un recuento histórico de las normas afines al Impuesto de Consumo sobre los licores y los vinos nos lleva a considerar, en los primeros años de este siglo la necesidad del legislador de dotar a los Departamentos de recursos para la atención de sus necesidades administrativas, incrementadas por los efectos de la difícil situación política y económica de la época.

A) Libertad de producción y gravamen

El impuesto sobre el consumo de los licores nació a la vida jurídica con carácter nacional y su producto fue inicialmente aprovechado por el Fisco

715

Central. En el año de 1909 el órgano legislativo de entonces denominado Asamblea Nacional Constituyente y Legislativa, expidió la Ley VIII (1) y dispuso (Art. 10.) que "serán en lo sucesivo Rentas Departamentales, además de las que lo eran antes de la expedición de la Ley 1a. de 1908 y que no están cedidas a los Municipios: las de licores nacionales, deguello de ganado mayor, registro y anotación".

"La renta de licores nacionales comprende aquellas que en la actualidad la constituyen. Respecto de los vinos de producción nacional, pueden los Departamentos declararlos incluidos o no en dicha renta".

Es evidente que para el legislador de 1909 la actividad industrial de producir licores y vinos y su posterior distribución no tenía, desde el punto de vista del particular, alguna restricción y se mantenía como una actividad libre y lícita, pero sujeta al gravamen del orden nacional creado en la ley.

Si examinamos la norma transcrita encontramos que la Nación se reservó la definición de la naturaleza del impuesto nacional y entregó a los departamentos el producto para que éste ingresara a las rentas necesarias, pero si se trataba de los licores y opcionalmente si se refiere a los vinos.

Queda, pues, desde sus orígenes, la estructuración del impuesto de consumo en cabeza del Congreso de la República y la administración de los recursos provenientes de él, así como el control para la prevención y represión de la evasión dentro de la competencia de las Asambleas Departamentales.

Es apenas lógico que los entes colegiados departamentales al decidir la inclusión del producto del impuesto dentro de sus rentas se pronuncien sobre los sistemas de recaudo, control y distribución interna del producto, pero, en ningún caso, esa atribución de carácter administrativo suspende o subroga la función legislativa de crear, señalar tarifas y reglamentar el tributo por el Congreso.

B) Monopolio sobre la introducción, producción y venta de licores

1. Régimen Opcional de la Ley 88/10 y del Código de Régimen Político y Municipal

Con la introducción del hoy Artículo 31 de la Constitución Política en virtud del Acto Legislativo No. 3 de 1910, se dio dentro del orden jurídico colombiano la posibilidad de establecer monopolios como arbitrios rentísticos.

Este acto legislativo entró a regir "desde su sanción para los actos poderes nacionales, y para la Nación después de treinta días de publicado en el diario oficial", es decir el 30 de noviembre de 1910 (2).

Uno de los primeros monopolios establecidos en las condiciones previstas en el Acto Legislativo No. 3 de 1910 es el relativo a los licores.

En efecto, mediante la Ley 88 del mismo año se dispuso que las Asambleas ya restablecidas por la misma reforma, podrán "monopolizar en beneficio de su Tesoro, si lo estiman conveniente y de conformidad con la Ley, la producción, introducción y venta de licores destilados embriagantes, o gravar esas industrias, en la forma que lo determine la ley, si no conviene al monopolio".

El constituyente, al restablecer las Asambleas Departamentales sustituidas durante el quinquenio del General Reyes por los Consejos Administrativos Departamentales, y el Legislador al desarrollar el Artículo transcrito del Acto Legislativo de 1910, concibieron desde entonces la posibilidad para los Departamentos de establecer el monopolio sobre la producción, introducción y venta de licores o estimar que esas actividades eran libres de ofrecerlas por los particulares y aplicarles en consecuencia el gravamen de consumo nacional ya señalado por la Ley y cuyo producto fue cedido por la Ley VIII de 1909 (originaria del mismo cuerpo legislativo que modificó la Constitución) a los Departamentos.

Con todo, los departamentos, según esa legislación que ha permanecido inmodificada hasta nuestros días, no podrán ejercer simultáneamente el monopolio y la opción de gravar la industria y el comercio de licores.

En este sentido se ha pronunciado el Honorable Consejo de Estado recientemente cuando estimó (3), que la Ley es clara al indicar que el mecanismo del gravamen es alternativo a la utilización del monopolio, pues aquél opera cuando a juicio de la Asamblea éste no conviene.

El régimen de la Ley 88 de 1910, pasó incólume al ser aprobada la nueva legislación contenida en el Código de Régimen Político y Municipal (Ley 4a. de 1913), el cual en su artículo 97 dispuso:

"Son funciones de las Asambleas:

3) Establecer y organizar los impuestos que se necesitan para atender a los gastos de la Administración Pública, con arreglo al sistema tributario nacional, pero sin gravar artículos que sean materia de impuestos de la Nación, a menos que para hacerlo se les dé facultad expresa por la Ley".

(2) Cfr. Diario Oficial Nos. 14.131 y 14.132 del 31 de octubre de 1910

(3) Cfr. Consejo de Estado Auto de enero 31 de 1980. Rad. 8678. Consejero Dr. Bernardo Ortiz Amaya.

36) *Monopolizar en beneficio de su tesoro*, si lo estima conveniente, y de conformidad con la Ley, la producción, la introducción y venta de licores destilados embriagantes, o gravar esas industrias en la forma en que lo determine la Ley, si no conviene el monopolio”.

La alternativa para las Asambleas es clara: a) *Monopolizar* la industria y el comercio de licores o, en su lugar, si esto no conviene: b) *Grava* esas actividades en la forma que le indique la Ley y con arreglo al sistema tributario nacional, puesto que ya, desde la Ley VIII de 1909 el impuesto de consumo tiene el carácter de *nacional*.

Todo lo anterior debe entenderse además conforme a las voces del Artículo 31 de la Constitución Política, puesto que, si bien la Ley autoriza el monopolio, éste no puede aplicarse antes de indemnizar a las personas que en virtud de la exclusividad oficial deban quedar privados del ejercicio de una actividad lícita. Es este principio esencial en el régimen colombiano que protege la propiedad privada y los demás derechos adquiridos con justo título con arreglo a las Leyes civiles (Art. 30 de la C.N.)

La indemnización exigida por la Constitución ocurre no en el momento de expedirse la Ley por el Congreso sino en el instante en que la Asamblea determine que, en adelante, sólo la entidad oficial departamental tendrá la posibilidad de producir y comercializar licores en forma exclusiva, vale decir sin la concurrencia de otras personas en el provecho derivado de la actividad que ha de producir arbitrios rentísticos.

La opción de gravar la producción, distribución y venta de licores de acuerdo con la Ley y el sistema tributario nacional, implica que el Departamento desecha la posibilidad de monopolizar, o sea, la exclusividad. Y, por lo tanto, tales actividades pueden ser ejercidas LIBREMENTE por las personas. Estas se convierten al ejercer ese derecho, en sujetos pasivos del impuesto de consumo, cuyo producto entra al tesoro departamental.

Dentro del régimen optativo de libertad de producción y consumo de Departamento grava la actividad del particular según la Ley pero no ejerce en modo alguno el monopolio porque éste se opone esencialmente a la libertad de producción y de comercio la cual tiene sólo como condición el pago del tributo nacional.

Estos conceptos, respaldados por la reiterada jurisprudencia del Consejo de Estado, nos dicen que los Departamentos no pueden, bajo forma alguna, señalar cargas, gravámenes o servicios a los productores o comerciantes de licores, cuando las respectivas Asambleas han decidido otorgar la libertad de producción y comercio porque estimaron que el monopolio no convenía y prefirieron, a su juicio, percibir las rentas provenientes del impuesto de consumo, cedidas por la Ley.

Los servicios, bodegajes, regalías, etc., son concebibles dentro del régimen exclusivo del monopolio porque es el Departamento quien es dueño de ejercer la producción y el comercio de licores sin que sea lícito a algu-

na persona competir con él en el mercado. Si el Departamento estima que puede explotar mejor los beneficios del monopolio podrá hacerlo, excluyendo, en primer lugar todo tipo de tributo de consumo, y celebrando los contratos que le permita, la ley vigente, en esta materia.

Pero es apenas lógico que de un contrato no se puede derivar la facultad de establecer tributos a los administrados, no sólo porque los convenios comerciales sólo tienen la virtud de producir derechos y obligaciones (sinalagmáticas y equitativas) para las partes sino porque desde las primeras épocas de la edad moderna, los tributos solo pueden ser establecidos por el órgano legislativo que tiene la representación del pueblo.

Repugna, por lo tanto, al régimen del monopolio el establecimiento de tributo o carga alguna, y es contrario al sistema de libertad de comercio y de producción de licores que tiene un régimen impositivo legal, al decretar pagos por servicios y regalías propios del régimen del monopolio.

En síntesis, el monopolio se desarrolla mediante contratos y aprovechamientos exclusivos de la actividad de producción y comercio de licores y la libertad de producir y comercializar licores lleva consigo la obligación de pagar tributos, sin retribución alguna que medie cualquier forma contractual que fundamente la soberana facultad del Estado de señalar contribuciones. Estas contribuciones, no obstante, son taxativas y previamente definidas en la Ley y no por la voluntad del Ente departamental que sólo se beneficia del producto que, a su voluntad, le cedió la Nación.

El Honorable Consejo de Estado fue preciso al sostener esta tesis cuando en sentencia de fecha, 7 de febrero de 1980, dijo: “Cualquier denominación que se le dé a las tarifas establecidas en la mencionada ordenanza tiene que considerarse como un impuesto o contribución ya que reúne todas las características propias de la imposición tributaria, que no puede ser establecida por decisión autónoma sin previa autorización expresa de la Ley”.

2. Determinación de los gravámenes y sus tarifas por el legislador

Una vez establecida la posibilidad de gravar la producción y el comercio de licores, las Asambleas podían tomar ese camino siempre y cuando la Ley señalara las tarifas y demás requisitos generales del tributo.

La Ley estableció al respecto una serie de limitaciones a ese derecho de percibir tributos, como por ejemplo al dejar libre del monopolio y gravámenes la industria del vino nacional, señaló mediante Decreto 0992 de 16 de abril de 1953 que “Las Asambleas Departamentales sólo tendrán la facultad de gravar con impuesto de consumo, en favor de los departamentos, municipios, los vinos nacionales de frutas que se produzcan o se vendan en sus territorios, más no aquéllos que, legalmente fabricados en otros, viajen en tránsito por el departamento o municipio”.

Como éstas se encuentran algunas normas que liberan el tránsito de este tipo de mercancías.

Posteriormente al legislador, en ejercicio de su función, precisó las tarifas del impuesto de consumo nacional.

Las tarifas legales quedaron así:

a) Vinos y licores extranjeros

Empleando las facultades del Estado de Sitio el Presidente de la República señaló las tarifas del impuesto de consumo, mediante el Decreto Ley 131 de 1958, el cual adquirió fuerza de Ley permanente en virtud de la Ley 141 de 1961.

Las tarifas para estos productos son las siguientes:

Aguardiente: (Whisky, brandy, coñac, ginebra, pusee catés, cremas, ronnes, anisados y similares); *Champañas y vinos espumosos:* un peso con cincuenta centavos por cada cien gramos de líquido o fracción.

"Vinos generosos, de menos de 22 grados y tintos blancos de menos de 15 grados centesimales, se cobrará a razón de tres pesos por cada botella cuya capacidad exceda de 374 gramos y no sea mayor de mil gramos netos".

Esas tarifas, con fuerza legal permanente, son las que actualmente rigen dentro del orden jurídico colombiano.

Tales tarifas fueron aumentadas en virtud del Decreto 803 de 1963, pero este incremento rigió hasta 1974 cuando el Presidente de la República en uso de las facultades que le otorga el Artículo 122 de la Constitución para la emergencia económica lo derogó íntegramente en virtud del Decreto 1988 de 1974 (septiembre 20).

b) Vinos y licores nacionales

La Ley expresamente dejó de lado el establecimiento de tarifas para el impuesto de consumo de los vinos nacionales porque siempre estimó que esta industria debía ser libre y contar con estímulos tributarios que permitan su desarrollo.

Realmente la industria de vinos nacionales exigida por el producto extranjero de tradicional y antitiquísima calidad tiene que realizar esfuerzos gigantes para hacer competitivo su producto no solo con los importados sino con los mismos licores nacionales y poder, así, ingresar dentro de los gustos de los colombianos. Pero esta industria ha sido pequeña y el legislador acertadamente la ha favorecido eximiéndola de cargas tributarias, puesto que ya tiene aquellas relativas al impuesto a las ventas y al de industria y comercio municipal que son altamente gravosas.

En síntesis, la Ley nunca gravó la producción y la distribución de vinos nacionales con impuestos de consumo.

En cuanto a los licores nacionales, el Gobierno expidió, en uso de las facultades del Artículo 121 de la Constitución el Decreto 2956 de 1955, cuya vigencia permanente la obtuvo de la Ley 33 de 1968, y señaló en él las tarifas.

El monto de ella se encuentra en su artículo 80, que dice: "A partir del 1.º de enero de 1956, grávase el consumo de licor destilado de producción nacional con la suma de un peso por cada botella de 720 gramos que se dé al consumo dentro del territorio de la República o proporcionalmente por fracciones".

Esa tarifa se vio incrementada por mandato de la Ley 47 de 1968 al establecer un gravamen para el fomento del deporte equivalente a un peso por cada botella o envase de licores extranjeros, sea cual fuere su contenido (Art. 20. Lit. b) Sin embargo este nuevo impuesto es independiente de aquél correspondiente al consumo. En efecto el mismo literal dispuso que "Estos gravámenes se recaudarán independientemente de las alzas o reajustes que se decreten sobre el consumo de tales productos".

Definidas las tarifas por virtud de Ley, es obvio que las Asambleas que dan con su facultad de disponer su recaudo, destino y administración pero carecen de competencia para modificarlas.

Todo lo expuesto se resume en estos puntos:

10. El impuesto de consumo sobre la producción y venta de licores fue creado por la Ley y es de naturaleza nacional, por lo cual sólo el Congreso de la República es competente para definir su estructura, destinación, tarifas, etc.

20. Por determinación soberana del Congreso, se cedió a los Departamentos el producido del impuesto de consumo sobre la producción y distribución de licores nacionales, mediante la Ley VIII de 1909.

30. Una vez expedido el Acto Legislativo No. 3 de 1910, fue posible que la Ley constituyera el monopolio sobre la producción y comercialización de licores, como arbitrio rentístico en favor de los departamentos, los cuales, si es exclusividad no les conviene podrán optar por decretar la libertad de producción y comercio de licores y gravar esas actividades en la forma y con los límites que les señale la Ley. Este sistema alternativo fue consagrado por las Leyes 88 de 1910 y 4a. de 1913 (Código de Régimen Político y Municipal).

En adelante los departamentos podrán acogerse al monopolio o bien al gravamen, pero, en ningún caso, por ambos sistemas simultáneamente, ya que uno es excluyente del otro.

40. La Ley señaló las tarifas para los impuestos de consumo de los licores nacionales y los vinos y licores extranjeros mediante los Decretos 131 de 1958 (Ley 141 de 1961) y 2956 de 1955 (Ley 33 de 1968). Los

montos de las tarifas sólo pueden ser modificados por Ley del Congreso. Las Asambleas son incompetentes para producir variaciones a la tarifa legal.

50. Los vinos de producción nacional solo están sometidos al impuesto a las ventas, de conformidad con el Decreto 1988 de 1974 y no recaen sobre ellos el impuesto de consumo, porque la Ley nunca los gravó.

Los licores y vinos extranjeros y los licoras nacionales causan el impuesto a las ventas y el de consumo.

60. Las Asambleas Departamentales tienen facultad para establecer el monopolio y determinar su ejercicio o, si no conviene, decidir el cobro del impuesto de consumo, para lo cual tienen atribuciones relativas a su recaudo, control y todas aquellas relacionadas con la administración de esos dineros.

C) Facultad legislativa del Congreso y atribuciones de las Asambleas Departamentales

Una de las conquistas y de las características esenciales del constitucionalismo democrático atañe a la institución política del establecimiento de los tributos, cargas y contribuciones.

Bien es sabido que antes de la promulgación de la Carta Magna de San Juan Sin Tierra de 1925, que marcó el inicio de la vida política moderna de la Gran Bretaña, regía en el mundo el principio incontestable de la facultad soberana del rey o monarca de establecer los tributos, cargas, etc., que a su entender y conveniencia fueran necesarios para su mantenimiento y el de las necesidades del Estado.

No solo la evolución del régimen británico por medio de la Carta Magna de Enrique III (1225), Petition Of. Right (1628) y el Bill Of. Rights (1689), sino con las crisis sangrientas del antiguo régimen de Francia (4) que, con todo, conquistó para el género humano las libertades y los derechos del nombre, el sometimiento de los gobernantes al derecho, y preservó, con esto al ciudadano del abuso oficial, se estableció el principio, consagrado en nuestra constitución, consistente en que no hay tributación sin representación, quedando en poder del organismo de representación popular la posibilidad de fijar los tributos, porque se suponía, aún en esos tiempos, que el particular podía contribuir al sostenimiento del Estado en una forma equitativa. Esta forma equitativa - más que justa - provenía del acuerdo entre el Estado y el particular en cuanto al monto y la calidad del tributo.

El representante del pueblo, pues, asumió el mandato del pueblo de ciudadanos que le permitía aceptar o no el tributo sugerido por el gobernante.

(4) Cfr. SAUTEL, Gérard. Histoire des Instituts publics. Ed. Précis Dalloz, Paris, 1978, p. 3 y Jiménez Deparga, M. Los Regímenes Políticos Contemporáneos. Madrid, 1974, n. 342 y ss.

Se requirieron muchos lustros desde que Simón de Montfort decidió llamar a la Curia Regia a los representantes de los burgos británicos para definir institucionalmente el poder exclusivo del parlamento de señalar a los súbditos del nuevo Estado los tributos que estaban obligados a pagar.

Sin embargo, una vez consolidada esa institución se convirtió en uno de los principios fundamentales de la democracia que fue consagrado entre nosotros por el Artículo 43 de la Constitución cuando dice "En tiempo de paz solamente el Congreso, las Asambleas Departamentales y los Concejos Municipales podrán imponer contribuciones".

Ahora bien, si analizamos el Artículo transcrito, la facultad de establecer contribuciones por parte de las Asambleas no es una atribución "originaria" porque ella depende de la previa voluntad del Congreso de la República y, con mayor razón cuando el Órgano Legislativo Nacional ha definido que un determinado impuesto es de carácter nacional. Esta explicación es suficiente para entender cómo el Artículo 191 de la Constitución autoriza a las Asambleas el establecer contribuciones, para cubrir los gastos de administración "con las condiciones y dentro de los límites que fije la ley".

Al respecto dijo la Honorable Corte: "Las Asambleas Departamentales para cubrir los gastos de administración que les corresponde, podrán establecer contribuciones con las condiciones y dentro de los límites que fije la ley, o sea que para el efecto se requiere la previa autorización legal... en realidad de verdad añade, la ley juega con el caso de la autonomía administrativa y patrimonial de las entidades territoriales, un papel predominante como quiera que es llamada por la Constitución para señalar el cauce al ejercicio y desarrollo de dicha autonomía... por tanto, en relación con el régimen tributario de los departamentos, con la competencia para imponer contribuciones, la Constitución mantiene la norma de los artículos 190 del Estatuto de 1886 y 56 del Acto Legislativo de 1910, y en su Artículo 191 dispone: "Las Asambleas Departamentales podrán establecer contribuciones con las condiciones y dentro de los límites que les fije la ley (5)".

En el mismo sentido el Honorable Consejo de Estado dispuso:

"De conformidad con los Artículos 43 y 76 de la Constitución de Colombia, la función legislativa en materia impositiva corresponde exclusivamente al Congreso, aunque naturalmente en casos excepcionales aquélla puede dar facultades al Presidente de la República para ejercer esa función, pero sin que con ello se desvirtúe la esencia del principio. La aparente capacidad o función impositiva que el mismo artículo 43 da a las Asambleas Departamentales y a los Concejos Municipales solo resulta de una interpretación aislada de este Artículo porque esa función aparece subordinada en cuanto a las Asambleas Departamentales por el Artículo 191 a las con-

(5) CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sentencia de 28 de enero de 1971 Magistrado: Dr. Eustorgio Samia.

diciones límites y atribuciones que señalen la Constitución, la Ley y las Ordenanzas. Esto significa, presentando el problema de otra forma, lo siguiente: En Colombia sólo pueden establecerse impuestos o contribuciones por disposición de la Ley. Las Asambleas Departamentales sólo pueden crear impuestos o tributos, cuando las Leyes las autorice para ello y dentro de los lineamientos que ella misma impone..."(6)

Recientemente los Tribunales Administrativos, y, ante todo, el Honorable Consejo de Estado han tenido la oportunidad de examinar esos principios constitucionales frente al problema del impuesto de consumo sobre las bebidas alcohólicas y en especial vinos y licores, importados y nacionales.

Los particulares han demandado permanentemente todas las Ordenanzas y Decretos departamentales que han aumentado o variado de alguna manera los impuestos de consumo de licores y vinos, y permanentemente la jurisdicción ha anulado y previamente ha suspendido todos esos actos por considerarlos contrarios a la Constitución y la Ley.

Las tesis sostenidas por los demandantes y acogidas por los Tribunales Administrativos y el Consejo de Estado son las siguientes:

1a. *Carácter nacional del impuesto de consumo*

El Honorable Consejo de Estado dispuso en providencia de 3 de julio de 1981 que unos actos ordenanzas y Decretos del Departamento del Valle del Cauca eran violatorios de la Constitución por cuanto el impuesto de consumo es de naturaleza nacional, quedando reservada su estructura y definición de tarifas a la Ley. Al ratificar el análisis que hemos hecho en esta ponencia, el Consejo dijo:

"En efecto, se tiene que si el Artículo 191 de la Carta faculta a las Asambleas para establecer contribuciones, "con las condiciones y dentro de los límites que establece la Ley", está otorgándoles una potestad impositiva limitada en cuanto es sublegal, acorde con la filosofía centrista que inspiró la Constitución Política de 1886. En ese orden de ideas, el Artículo 10. 97-3 del C. de R. P. M., repitió la misma facultad" pero sin gravar artículos que sean materia de impuestos de la Nación, a menos que para hacerlo se les dé facultad expresa para ello por la Ley. "Interesa, entonces precisar si el consumo de licores extranjeros y el de vinos son impuestos nacionales o si la Ley ha dado expresas autorizaciones a las Asambleas para reglamentarlos, dentro de las normas invocadas por el actor como violadas" Entonces se tiene:

"a) El Decreto Legislativo 2956 de 1955 (ratificado por la Ley 33 de 1968) en su Artículo 8o. grava el consumo de los licores destilados de producción nacional en un PESO por cada botella de 720 Gramos; y el Artículo

(6) Consejo de Estado, Sentencia de mayo 19 de 1971. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección 4a. Consejero: Dr. Hernando Gómez Mejía. Anales Nos. 429 y 430 pag. 467.

10 9o. íbidem, ordena que se destine el producto del gravamen, exclusivamente a la Corporación Nacional de Servicios Públicos".

"b) El Decreto 131 de 1958 (ratificado por la Ley 141 de 1961) dice en su Artículo 1o. que: "Autorízase a los Departamentos, Intendencias y Comisarias para cobrar a partir de la vigencia del presente decreto, el impuesto sobre consumo de licores extranjeros, conforme a la siguiente tarifa..."

"El Decreto Ley 803 de 1966, Artículo 2o. aumenta las tarifas establecidas para licores en el Artículo 1o. del Decreto 131 de 1958. Pero ese Decreto 803 de 1966 fue derogado, en su Artículo 1o. a 8o., por el Decreto 1988 de 1974, que modifica el régimen del impuesto sobre las ventas.

"c) Se concluye, entonces, que en la actualidad es la Ley (Decreto Ley 2956 de 1955 y Ley 33 de 1968) la que grava el consumo de licores nacionales y les señala las tarifas del Decreto 131 de 1958 relativas al impuesto de consumo de licores extranjeros, o que el de ventas lo absorbió, aspecto que requeriría análisis de fondo, pero en ambos casos (sea consumo o de venta) se trataría de impuestos nacionales. Se concluye así mismo que como de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 191 de la Constitución Nacional y 97-3 del C. de R. P. y M. las Asambleas sólo pueden crear y modificar impuesto sobre la autorización legal, la ordenanza acusada resulta ser violatoria de la Carta y de la Ley. Para ello ha bastado la confrontación objetiva de las normas".

Iguales consideraciones hace el Honorable Consejo para los impuestos Nacionales de consumo sobre los vinos extranjeros.

2a. *Carácter optativo del impuesto o del monopolio*

El principio de las Leyes 88 de 1910 y 4a. de 1913 consistente en que los Departamentos pueden obtener rentas de uno de los dos sistemas, pero no de ambos conjuntamente quedó reconocido por el Honorable Consejo de Estado (7) cuando sostuvo en providencia de la Sección 4a. el 31 de enero de 1980, al conocer de un juicio promovido contra una Ordenanza del Departamento de Antioquia en la cual se reglamentaba el monopolio, pero, al tiempo, se establecían tarifas impositivas.

La Jurisprudencia dice:

"Indudablemente la Ordenanza No. 29 de 1977 intenta reglamentar el ejercicio del derecho otorgado a los Departamentos por la Ley, de monopolizar en beneficio de su tesoro y de conformidad con la Ley, la producción, introducción y venta de licores destilados embriagantes (Ley 4a. de 1913 Artículo 97, Numeral 36) pero en su Artículo 2o. establece que podría autorizar a personas jurídicas o naturales para que importe los licores,

(7) CONSEJO DE ESTADO, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta Consejero: Dr. Bernardo Ortiz Amaya, enero 31 de 1980.

o sea que renuncia a ejercer el derecho del monopolio para permitir que lo hagan particulares, en contra del espíritu que anima a la Ley, de que dicha actividad pueda realizarla en forma excluyente el propio departamento”.

“El término monopolio al decir del diccionario de la Academia de la Lengua, consiste en el aprovechamiento exclusivo de alguna industria o comercio, bien provenga de un privilegio, bien de otra causa cualquiera”.

En este caso la facultad otorgada por la Ley para que los Departamentos puedan ejercer el monopolio de la introducción y venta de licores, es un privilegio del cual pueden hacer uso, si así lo consideraran conveniente para aprovechar en forma exclusiva de esa actividad.

“Al permitir la Ordenanza comentada que dicha actividad, la puedan realizar personas jurídicas o naturales diferentes al propio departamento, significa sencillamente que renuncia al privilegio, para que sean los particulares quienes se beneficien de esa actividad, contrariando en esa forma la razón de ser de la materia que se pretende reglamentar”.

“El Artículo 3o. de la Ordenanza, fija unas tarifas por unidad de botella que deben pagar los importadores de licores extranjeros al obtener la autorización de introducción de los licores, lo que equivale obviamente a un gravamen al artículo importado, sin perjuicio del impuesto de consumo a los licores establecido por el Decreto Legislativo No. 131 de 1958, como lo estableció la misma Ordenanza en su Artículo 6o., e impone un gravamen adicional de VEINTICINCO PESOS por cada botella de 750 c.c. y posteriormente, “por los servicios administrativos especiales que sean necesarios para legalizar toda la introducción de los licores sometidos a monopolio”.

Cualquier denominación que se les de a las tarifas establecidas en la mencionada ordenanza, tiene que considerarse como un impuesto o contribución, ya que reúne todas las características propias de una imposición tributaria que no puede ser establecida por decisión autónoma sin previa autorización expresa de la Ley (subrayamos).

“Permitir la Ordenanza que los particulares introduzcan mediante previa autorización, licores al departamento de Antioquia, no está reglamentado el monopolio a que tiene derecho, sino desistiendo de ejercitar ese monopolio, para la libre introducción y comercio de esos artículos, para con ese pretexto gravarlos en forma adicional, contra expresa prohibición del numeral 3o. del Artículo 97 de la Ley 43 y 131 de la Constitución Nacional”.

3a. Facultades de las Asambleas:

Las Asambleas frente al impuesto de consumo sólo tienen la facultad de decidir si se acogen al monopolio o decretan la libertad de producción y comercio y entran a cobrar el gravamen establecido por la Ley, para lo cual dispondrán de los medios adecuados para su recaudo, control y aquéllos propios de la administración de una renta.

La decisión de gravar, dentro de las autorizaciones legales, no puede ser una atribución de los Concejos Intendenciales y Comisariales porque la enumeración del Artículo 43 de la Constitución es taxativa al indicar que en tiempo de paz “sólo el Congreso, las Asambleas Departamentales y los Concejos Intendenciales, podrán imponer contribuciones”.

No incluyó la norma constitucional los Concejos Intendenciales y Comisariales, como organismos capaces de recibir del Congreso la atribución de imponer gravámenes. Es elemental que la Ley no puede, por tanto, en una materia donde las atribuciones son expresas, delegar una función en un organismo no previsto por la Constitución. Sin embargo, sí puede la Ley crear el impuesto nacional, señalar sus tarifas y ordenar que en las Intendencias y Comisarias, quedarán gravadas la producción y el comercio de licores y vinos de conformidad con el régimen preciso adoptado en esa Ley. Los Concejos Intendenciales, tendrán la función de administrar los recursos y adoptar las medidas pertinentes para asegurar el recaudo y legal empleo de los dineros. Vale decir, tendrán las facultades propias de la administración de las rentas, pero carecerán de aquéllas que implica decidir sobre la imposición del tributo.

II. Problemas de las legislaciones nacional y local actuales

El estudio sobre la legislación del impuesto de consumo que ella contiene no lo ha asumido el Congreso de la República, desde que fue expedido el Código de Régimen Político y Municipal de 1913, puesto que los Decretos que señalan las tarifas vigentes, aunque tienen fuerza de ley permanente, se expidieron en desarrollo de las facultades del Artículo 121. En esta oportunidad se analizarán todos los aspectos de este tema para dar una legislación apta y de conformidad con las necesidades de los Departamentos, Intendencias y Comisarias y, además, con los requerimientos de la industria y el comercio nacional que han vinculado un gran capital a este sector que no solo produce impuestos sino que crea un considerable número de empleos en el país.

A) Desuetud de las tarifas

Es evidente que los montos señalados por los Decretos 131 de 1958 y 2956 de 1955, han perdido actualidad por el simple transcurso de los años y la devaluación de la moneda colombiana. Además, los gastos a que están obligados los departamentos exceden las ínfimas sumas de dinero que representan las cifras señaladas en esos Decretos.

Sin embargo, esa situación real que causa inconvenientes a los departamentos nunca fue tratada adecuadamente por las autoridades que sólo propusieron hasta ahora, un pronunciamiento del Congreso que remediará tal problema.

Los Gobiernos Departamentales, en su totalidad recurrieron a las Asambleas para que mediante Ordenanzas o empleando el expediente de las fa-

cuidades extraordinarias, fueran modificadas las tarifas legales. Esta solución es evidentemente irregular y contraria a la Constitución y a la Ley como tantas veces lo ha dicho el Consejo de Estado.

Las distintas Asambleas obedeciendo, cada una de ellas, a necesidades locales específicas y sin consultar ningún sistema tributario nacional, han señalado tarifas ilegales en forma individual y dispersa, con lo cual encontramos una verdadera anarquía tributaria en materia de impuesto de consumo.

No se puede explicar cómo, si este impuesto es de carácter nacional, los departamentos hayan entrado sin excepción alguna a variar sus tarifas, contenido y reglas generales del tributo, asumiendo una facultad exclusiva del Congreso de la República.

En el cuadro siguiente, se puede observar la variedad de los montos del tributo y del desorden de esta legislación local que responde a un desbordamiento de las facultades de las Asambleas. Más aún, los departamentos siguen decretando nuevas alzas, aunque es bien claro que les está vedado hacerlo.

Tales son los casos de los Departamentos de Cundinamarca, Boyacá y Naríño, donde en recientes Ordenanzas y en simples Decretos Ordinarios como en Naríño, los gobiernos seccionales han tomado facultades propias del legislador nacional.

Esos hechos a más de ser irregulares, no favorecen en nada la situación de los departamentos, porque todo ingreso oficial fundamentado en actos cuya nulidad ya nadie discute, es una renta incierta que, de un momento a otro, debe ser reintegrada a los particulares por orden jurisdiccional, pues la Ordenanza o el Decreto departamental, desaparecen de la vida jurídica dejando sin sustentación legal alguna de las partidas de ingreso y gastos de los presupuestos departamentales.

Igual razón puede predicarse de las Intendencias y Comisarias, que ni siquiera tiene facultad otorgada por el legislador para percibir el tributo de consumo de que hemos hablado.

Ahora bien, si observamos los distintos actos departamentales, no contienen un criterio claro sobre el objeto gravable porque dentro de los distintos casos clasifican las bebidas alcohólicas con la más absoluta ausencia de técnica.

B) Problemas de la industria y el comercio

La inestabilidad de las tarifas y las múltiples dificultades creadas por el contrabando que ve en los altos impuestos una facilidad de venta de su producto ilícito, ocasionan dentro de la producción y el comercio legal de bebidas alcohólicas serios problemas.

El productor nacional y comerciante, no saben cuáles serán sus costos en las actividades que desarrollan, pues los impuestos no tienen correspondencia con un sistema tributario, que al menos le sirva de referencia para sus cálculos financieros.

La anarquía oficial en los tributos, implica necesariamente una inestabilidad en el comercio y en la industria.

El problema es más grave si consideramos que la industria nacional de vinos y licores, no tienen los altísimos recursos con que cuentan actividades similares en países como Francia, Italia, Inglaterra y aún en Chile y Argentina, y tiene que enfrentarse al contrabando de licores extranjeros que proliferan sin costo alguno en todo el país.

Es por lo tanto imprescindible otorgar a los Departamentos, Intendencias y Comisarias, una base legal sobre la cual fundamenten sus recursos, que considere un sistema de actualización del tributo y una aplicación del mismo a una lógica y técnica clasificación de los productos a gravar.

Por otra parte los particulares que han invertido en este sector para el beneficio de los mismos departamentos y del país, deben tener unas reglas claras que les permitan realizar sus negocios con la certeza que no serán sorprendidos con alzas ilegales e intempestivas de las autoridades seccionales.

C) Competencia de los productos del Pacto Andino

Si bien el Pacto Andino ha sido y será un instrumento eficaz para promover el desarrollo de la subregión, su aplicación unida a la desuetud y desvertebración del sistema del impuesto de consumo es perjudicial para las industrias licoreras departamentales de Colombia.

Si consideramos que los productos importados del Ecuador, por ejemplo, no pagan impuestos arancelarios y sí, además, en departamentos como Cundinamarca, la Asamblea fijó el impuesto para el producto importado en veintiséis pesos, mientras que el licor de producción nacional paga noventa pesos, surge a cualquier inteligencia que los beneficios andinos, más la irregular legislación departamental del impuesto de consumo, dan lugar a una competencia abiertamente desfavorable para los productos colombianos, con la cual no puede comulgar el Congreso de la República y se debe, dentro de los marcos que permite el Pacto Andino, proponer una solución respaldada en el tratamiento por lo menos igualitario, del producto colombiano y de aquel proveniente de otro país del Grupo Andino.

Por razones de soberanía y de elemental protección de la industria nacional, el Congreso debe ocuparse de este tema y colocar al Grupo Andino, lombiano en condiciones de igualdad con el productor del Grupo Andino. Lo contrario sería romper, en desmedro de los colombianos, el principio de la reciprocidad que rige todo tratado o convenio internacional y dejar a las industrias licoreras departamentales, que deben ser defendidas indiscutiblemente, en peligro de ser acabadas por la competencia desleal.

III. Contenido del proyecto presentado por el Gobierno

El Gobierno Nacional consciente de los problemas expuestos, presenta a consideración del Congreso proyectos de normas que realmente respondan a las necesidades anotadas y persiguen la implantación de unas políticas claras que informan un verdadero sistema tributario nacional en esta materia.

Las políticas que adopta el proyecto del Gobierno, pueden sintetizarse así:

A) Unificación del sistema tributario

El Proyecto parte del fundamento acertado de que sólo el Congreso puede definir un sistema tributario y unas tarifas para el impuesto nacional de consumo, pues las razones dadas por tribunales y el Consejo de Estado, son ciertas y suficientes y dan lugar a que el Congreso asuma nuevamente un problema que no trata desde 1913.

El sistema tributario único, aplicable en todo el territorio nacional, aún dentro de las Intendencias y Comisarias, permite a esas entidades garantizar sus ingresos con respaldo en la Ley y no con el precatario e ilegal título de las Ordenanzas y los Decretos departamentales, que continuamente son anulados por los jueces administrativos.

Esta reglamentación de la Ley, considera el Proyecto, deja la posibilidad de establecer reajustes para evitar que las Asambleas y los Gobernadores, ante una tarifa legal fija e inmodificable y unos gastos que obviamente suben año tras año, por el mismo incremento del valor de las mercancías y las nuevas políticas que es necesario implementar, introduzcan modificaciones ilegales a las tarifas y estructuren su presupuesto de ingresos y gastos con apoyo en actos ilegales.

La estabilización de las tarifas y sus reajustes supone crear reglas seguras para los particulares que han llevado un considerable capital a este sector y pueden clarificar su esquema de costos sin los sobresaltos propios del cambio arbitrario e intempestivo de los impuestos.

B) Unificación de los conceptos gravables

El Proyecto es bastante técnico en unificar los conceptos gravables y no incurra en los vicios de la legislación anterior, y en los de las distintas Ordenanzas y Decretos departamentales, de enunciar una cantidad limitada de productos a los cuales se les aplican las más diversas e ilógicas tarifas. Al reducir los productos a los conceptos de vinos y licores, el Proyecto hace viable la aplicación y el control del tributo.

De otra parte consideramos importante que el Proyecto contemple la determinación de un control sanitario, frente a la preocupante y permanente adulteración de licores y vinos importados y nacionales, que día a día cobran víctimas en Colombia o dejan inválidas a las personas por toda la vida.

Cotidianamente la prensa registra casos de intoxicaciones, de laboratorios clandestinos de licores, de fábricas o de envasadores irrescrupulosos que pensando en el lucro sacrifican la vida y la salud de los colombianos.

Sobre este tema, habremos de adicionar, con las razones ya explicadas, el articulado del Gobierno, incluyendo los que al respecto aprobará unánimemente la Comisión Tercera en sus Sesiones Ordinarias de 1982.

Resulta conveniente que entremos a analizar los Artículos propuestos por el Gobierno al Congreso.

En efecto el Artículo 62 se ocupa del Régimen del Monopolio. Resulta al respecto importante resaltar el hecho consistente en que por esta Ley no habrá de constituirse ningún monopolio nuevo, porque éste ya ha sido establecido por las Leyes 88 de 1910 y 4a. de 1913. Por lo tanto las restricciones actualmente vigentes en algunos departamentos, corresponden al desarrollo del Monopolio, porque en esos casos el departamento deseó la opción de gravar y, por lo tanto, su ejercicio hoy en día no implica crear limitaciones a los productos del Grupo Andino.

Sin embargo, si algún departamento opta por el monopolio, dejando de lado la posibilidad tributaria, deberá aplicar las reglas del Artículo 31 de la Constitución, en donde se exige que antes de reservar determinada actividad para su beneficio, deben ser indemnizadas las personas que estén desarrollando la industria lícita.

Es por consiguiente el monopolio ratificado en el Artículo 62 del Proyecto un sistema alternativo para obtener rentas en favor de los Departamentos. Resulta clara, por tanto, para las Asambleas la alternativa: a) Monopoliza la industria y el comercio del licor o, en su lugar, si éste no conviene: b) Grava esas actividades en la forma en que le indique la Ley y con arreglo al sistema tributario nacional.

Todo lo anterior, se repite, deben entenderse además de acuerdo con el Artículo 31 de la Carta, puesto que si bien la Ley autoriza el monopolio este no puede aplicarse antes de indemnizar a las personas que en virtud de la exclusividad oficial deban quedar privados del ejercicio de una actividad lícita. Es este principio esencial en el régimen colombiano que protege la propiedad privada y los demás derechos adquiridos con arreglo a las leyes civiles (Art. 30 de la C.N.).

El Artículo 63 excluye del monopolio, considerándolos de libre producción y distribución, a los vinos, vinos espumosos o espumantes, los aperitivos y similares nacionales, pero los grava con el impuesto nacional de consumo señalado en la Ley. Es conveniente resaltar, que la Ley nunca gravó con impuestos de consumo de producción y distribución de vinos, nacionales. Los vinos, vinos espumosos o espumantes, los aperitivos y similares extranjeros también causan el impuesto de consumo que regula la Ley.

El Artículo 64, afirma que en desarrollo del monopolio sobre la producción, introducción y venta de licores destilados los departamentos podrán celebrar contratos de intercambio con personas de derecho público o de derecho privado y todo tipo de convenio que, dentro de las normas de contratación vigentes permita agilizar el comercio de estos productos. Le da esta norma base legal a los convenios. Ella fue aprobada unánimemente por los Miembros de esta Comisión Tercera.

Consideró el Gobierno conveniente adicionar el Artículo 64 con un segundo párrafo, mediante el cual se establece que para introducción y venta de licores destilados, nacionales o extranjeros, sobre los cuales el Departamento ejerza el monopolio, será necesario obtener previamente su permiso, el cual solo se otorgará con la previa celebración de convenios económicos con los productores, introductores o importadores en los cuales se determine la participación porcentual del Departamento en el precio de venta del producto, sin que para ello esté sujeto a los límites tarifarios establecidos en esta Ley. Se consagra por tanto, una autorización legal para establecer convenios que permitan la introducción y venta de licores destilados sometidos al ejercicio del régimen del Monopolio.

El Artículo 65, establece de manera clara el carácter del impuesto, que como ya se explicó a lo largo de este estudio, es Nacional, pero su producción se cede a los Departamentos, Intendencias y Comisarías.

El Artículo 66, determina los sujetos de la obligación tributaria, las facultades de las Asambleas Departamentales y de los Consejos Intendenciales y Comisarías en materias administrativas de reglamentación y control de los recaudos del gravamen de consumo y fija la norma de pago de éste. Estos dos últimos artículos, habían recibido aprobación de la Comisión Tercera en las Sesiones Ordinarias de 1982.

El Artículo 67, establece que el Impuesto de consumo recaiga sobre los licores, vinos, vinos espumosos o espumantes, aperitivos y similares, nacionales y extranjeros, conforme al porcentaje señalado por el promedio nacional del precio de venta de la botella de aguardiente anisado nacional de 750 mililitros, según lo certifique el DANE.

Desde esta base, las tarifas que se proponen para el impuesto de consumo a las bebidas alcohólicas son las siguientes:

- 1a. El 35% para licores nacionales y extranjeros.
- 2a. El 10% para los vinos, vinos espumosos o espumantes extranjeros aperitivos y similares nacionales o extranjeros, y
- 3a. El 5% para los vinos nacionales.

Como lo anota FENALCO, liquidado el promedio nacional por el DANE, el impuesto de consumo para esta clase de licores será de \$93.40 por unidad. Esta suma, para los licores, es inferior inclusive a la de \$96.00 aprobada por la Comisión Tercera en las últimas Sesiones Ordinarias.

Consideramos los ponentes que así como se pretende estimular la industria nacional vinícola, con un impuesto de consumo inferior al que pagarán los vinos extranjeros, debe darse igual favorabilidad a los aperitivos y similares nacionales, que de acuerdo con nuestra propuesta sólo pagarían un 5%, como los vinos nacionales, con base en el incipiente estado de esta industria nacional.

En su párrafo, el Artículo 67 grava con los impuestos de consumo consagrados en la Ley, las bebidas alcohólicas que se importen o ingresen a la Intendencia de San Andrés y Providencia. Con ello pretende el Gobierno cerrar una brecha importante para el ingreso de bebidas alcohólicas de contrabando a Colombia.

El Artículo 68, consagra que el impuesto de consumo es único y que la Ley no patrocina impuestos de consumo disfrazados.

El Artículo 69, ratifica lo consagrado por Decreto 444 de 1967, en el sentido de que las bebidas alcohólicas destinadas a la exportación o en tránsito no serán objeto de gravamen alguno.

El Artículo 70, simplemente ratifica la vigencia de las normas sobre impuestos a las ventas aplicables a los licores, vinos, vinos espumosos o espumantes, aperitivos y similares y aquellas relativas a la cesión de este impuesto, lo mismo que el gravamen de fomento para el deporte de que trata el literal b) del Artículo 2o. de la Ley 47 de 1968. Este texto fue aprobado por la Comisión Tercera de la Cámara en la discusión del precitado Proyecto de Ley 25 de 1982. Sin embargo el Gobierno lo amplía ratificando la vigencia de las normas reguladoras del impuesto a las cervezas, excepto la prohibición de gravar a la industria cervecera con el impuesto de Industria y Comercio. La redacción es impropia, da la impresión de que se gravara cada botella con el impuesto de Industria y Comercio, cuando lo que se-grava con dicho impuesto es a la Actividad Industrial o Comercial.

El impuesto al consumo de cervezas de producción nacional, está regulado por el Decreto 190 de 1969, y de acuerdo con el Artículo 5o. de dicho decreto, se calcula con base en el valor de la facturación al detallista, siendo el gravamen del 48% de este valor.

El doctor Andrés Angulo, Director del Fondo Nacional de Caminos Vecinales, propone el incremento de ese porcentaje, del 48% al 55%, lo cual significaría un fortalecimiento de los fiscos departamentales y del Fondo Nacional de Caminos Vecinales, aumento de recursos que sería destinado de manera exclusiva a los Programas ordinarios y gastos de inversión en cuanto a lo que al Fondo Nacional de Caminos Vecinales se refiere.

Propone, por tanto el doctor Angulo, y esta Comisión lo acoge con modificaciones, un nuevo Artículo, que estaría redactado así:

Artículo: El impuesto sobre el consumo de cervezas será del 55%, que se calculará con base en el valor de venta del producto al detallista puesto en el expendio, y de acuerdo con el precio autorizado por el Gobierno. La distribución del gravamen será del 50% para los Departamentos, Intenden-

cias y Comisarias y Distrito Especial de Bogotá, y el 5% restante para el Fondo Nacional de Caminos Vecinales, con destino exclusivo a los programas ordinarios y gastos operativos de inversión, que los productores de cerveza cancelarán en la Tesorería de la respectiva regional.

El Gobierno Nacional reglamentará el sistema de recaudo, pago y distribución del impuesto regulado en este Artículo".

De aceptarse el texto de este Artículo, es decir el incremento del impuesto de consumo sobre la cerveza, del 48% al 55%, lo cual implica un aumento en el caso de la Costeña, la Andina, Póker, Germania, Dorada, Bavaria, Agulla, Maltina y Pilsen, en el valor total de la unidad de \$11.37 a \$11.80 lo cual genera un incremento en el precio de venta de \$0.43 por botella, los presupuestos departamentales se aumentarían en \$424.100.000.00 y el Fondo Nacional de Caminos Vecinales incrementaría su presupuesto de inversión en \$1.011.160.000.00, con lo cual se podría hacer una eficaz política de arreglo y construcción de vías. Se anexan los cuadros estadísticos sobre la materia.

Por tanto, en lo que hace relación a la redacción original del Artículo 70, habría que modificarla así:

"Quedan vigentes las normas sobre impuesto a las ventas aplicables a los licores, vinos, vinos espumosos o espumantes, aperitivos y similares y aquéllos relativos a la cesión de este impuesto, así como el gravamen de fomento para el deporte de que trata el literal b) del Artículo 20, de la Ley 47 de 1968 y todas las normas relacionadas con el impuesto a las cervezas, excepto los Artículos 50, y 90, del Decreto 190 de 1969, y la prohibición de gravar la industria y el comercio cerveceros con el impuesto de industria y comercio"

El Artículo 71, del Proyecto original relega a la Potestad Reglamentaria del Gobierno y teniendo en consideración las normas técnicas del Ministerio de Salud y del ICONTEC, el definir qué se entiende por licores, vinos, aperitivos y similares para los efectos de la Ley.

Esta comisión considera conveniente agregarle a este articulado, un nuevo artículo que afirme:

"El control sanitario de los productos a que se refiera esta Ley se ejercerá por el Ministerio de Salud, de conformidad con las leyes vigentes y con los reglamentos que expida el Gobierno para garantizar la salubridad pública".

Asimismo consideramos conveniente hacer expresa la derogatoria de las normas que le sean contrarias al Capítulo.

PLIEGO DE MODIFICACIONES

CAPITULO V

Impuesto al consumo de bebidas alcohólicas

Artículo 62. Sin modificaciones

Artículo 63. Sin modificaciones

Artículo 64. Sin modificaciones

Artículo 65. Sin modificaciones

Artículo 66. Aclarar que se trata del artículo 67 y no del 68

Artículo 67. Con modificaciones: El impuesto de consumo sobre licores, vinos, vinos espumosos o espumantes, aperitivos y similares, se determina sobre el precio promedio nacional al detal en expendio oficial o en defecto de éste, del primer distribuidor autorizado de la botella de 750 mililitros de aguardiente anisado nacional, según lo determine semestralmente el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE.

Las tarifas por botella de 750 mililitros o proporcionalmente a su volumen, serán las siguientes:

1. El 35% para licores nacionales y extranjeros.
2. El 10% para vinos, vinos espumosos o espumantes y aperitivos y similares extranjeros, y
3. El 5% para vinos, vinos espumosos o espumantes, aperitivos y similares nacionales.

Parágrafo. Sin modificaciones

Artículo 68. Sin modificaciones

Artículo 69. Artículo nuevo: "El impuesto sobre consumo de cervezas será el 55% que se calculará con base en el valor de venta del producto al detallista puesto en expendio. La distribución del gravamen será del 50% para los Departamentos, Intendencias y Comisarias y Distrito Especial de Bogotá y el 5% restante para el Fondo Nacional de Caminos Vecinales con destino exclusivo a los Programas ordinarios y gastos operativos de inversión, que será cancelado por los productores de cerveza.

El Gobierno Nacional reglamentará el sistema de pago, recaudo y distribución del impuesto regulado en este artículo".

Artículo 70. Sería el 69 del proyecto original al cual no se le hacen modificaciones.

Artículo 71. Sería el 70 del proyecto original. Se le formularían modificaciones. Quedaría redactado así:

Quedan vigentes las normas sobre el impuesto a las ventas aplicables a los licores, vinos, vinos espumosos o espumantes, aperitivos y similares y aquellos relativos a la cesión de este impuesto, así como el gravamen de fomento para el deporte de que trata el literal b) del artículo 2o. de la Ley 47 de 1968 y todas las normas relacionadas con el impuesto a las cervezas, excepto los artículos 5o. y 9o. del Decreto 190 de 1969 y la prohibición de gravar la industria y el comercio carcereros con el impuesto de Industria y comercio".

Artículo 72. Sería el 71 del proyecto original, sin modificaciones.

MINISTERIO DE OBRAS PUBLICAS Y TRANSPORTE
FONDO NACIONAL DE CAMINOS VECINALES
OFICINA DE PLANEACION
PROYECTO MODIFICACION IMPUESTO A LA CERVEZA
PRIMERA PROPUUESTA
(En miles)

No. de Botellas	Valor Facturación	Impuesto 40%	Impuesto Departamental	Impuesto F.N.C.V.	Departamental 50%	F.N.C.V. 5%	Incremento Departamental	Incremento F.N.C.V.
395.000	3'034.800	1'456.700	1'448.800	7.900	1'517.400	161.740	60.700	143.940
162.600	1'248.500	599.300	596.050	3.250	624.200	62.420	24.900	59.170
82.500	653.800	304.200	302.550	1.650	318.900	31.690	12.700	30.040
320.090	2'458.600	1'180.100	1'173.700	6.400	1'229.300	122.930	49.200	116.530
100.000	788.300	388.800	386.800	2.000	384.100	38.410	15.300	38.410
2.500	19.200	9.200	9.190	60	9.600	960	400	910
32.500	249.700	119.900	119.250	650	124.800	12.480	4.900	11.830
55.000	422.600	202.800	201.700	1.100	211.300	21.130	8.500	20.030
45.000	345.700	165.900	165.000	900	172.800	17.280	6.900	16.380
430.000	3'303.700	1'585.900	1'581.500	4.300	1'651.800	165.180	66.000	160.880
10.000	76.800	36.900	36.700	200	30.400	3.840	1.500	3.640
60.000	172.900	93.000	92.550	480	86.400	8.640	3.400	8.190
22.500	461.000	221.300	220.100	1.200	230.500	23.050	9.200	21.850
55.000	422.600	202.800	201.700	1.100	211.300	21.130	8.500	20.030
100.000	788.300	388.800	386.800	2.000	384.200	38.420	15.400	36.420
32.500	249.700	119.900	119.250	650	124.800	12.480	4.900	11.830
137.500	1'056.400	507.100	504.350	2.750	528.200	52.820	7.700	18.210
58.000	422.600	202.800	201.700	1.100	192.210	19.210	7.700	50.070
180.000	1'382.900	663.800	660.200	3.600	691.400	69.140	27.600	20.030
25.000	192.100	92.800	92.300	500	96.100	9.610	3.300	65.540
157.500	1'210.100	580.800	577.650	3.150	605.100	60.510	24.300	9.110
255.000	1'959.200	940.400	935.300	5.100	979.600	97.960	39.200	57.360
1'165.000	21.243.700	10.197.500	10.146.500	51.000	10.621.600	1'082.160	424.100	1'011.160

3727 del 23 de diciembre de 1982
Datos para Territorios Nacionales

MINISTERIO DE OBRAS PUBLICAS Y TRANSPORTE
FONDO NACIONAL DE CAMINOS VECINALES
OFICINA DE PLANEACION
VALORES DE LA UNIDAD DE CERVEZA AL DETALLISTA
(En \$)

Clase de cerveza	Valor facturación detallista sin impuesto	Valor impuesto 48%	Valor total unidad	Impuesto para el departamento	Impuesto F.N.C.V.	Primera propuesta			Segunda propuesta			Tercera propuesta		
						Departamento 50%	F.N.C.V. 5%	Valor total unidad	Departam. 48%	F.N.C.V. 5%	Valor total	Departamento	F.N.C.V.	Valor total unidad
Costeña-Andina-Poker-Rúbia-Germán-Dorada-Bavaria-Aguila-Maltina-Pilsen	7.683	3.687	11.37	3.667	0.02	3.841	0.384	11.908	3.687	0.384	11.754	3.80	0.40	11.883
Carla	8.460	4.060	12.52	4.040	0.02	4.230	0.423	13.113	4.060	0.423	12.943	4.20	0.45	13.110
Club-Colombia	9.095	4.365	13.46	4.345	0.02	4.547	0.454	14.096	4.365	0.454	13.914	4.50	0.50	14.095
Sifón Litro	23.180	11.120	34.30	11.100	0.02	11.590	1.159	35.929	11.120	1.159	35.459	11.50	1.20	35.88

Fuente: Resolución 113 de marzo 4 de 1983 - Ministerio de Desarrollo

Para las cervezas populares:

1. En la primera propuesta el aumento es de \$0.538 que representa el 4.73%
2. En la segunda propuesta el aumento es de \$0.384 que representa el 3.37%
3. El impuesto para cerveza tipo popular de 360 mililitros será de \$4.20, de los cuales los Dptos. Intendencias y Comisarias recibirán \$3.80 y el Fondo Nacional de Caminos Vecinales \$0.40.

Artículo 73. Artículo nuevo. Quedaría así: El control sanitario de los productos a que se refiere esta Ley se ejercerá por el Ministerio de Salud, de conformidad con las Leyes vigentes y con los reglamentos que expida el Gobierno para garantizar la salubridad pública.

Artículo 74. Artículo nuevo. Quedaría así: A partir de la vigencia de esta Ley quedan derogadas las Leyes 88 de 1923, 34 de 1925, 88 de 1928, 47 de 1930 y los Decretos 2956 de 1955 y 131 de 1958 y todas las demás normas contrarias a lo dispuesto en este capítulo.

CAPÍTULO VI

I. Impuesto al consumo de cigarrillos

Introducción

El Gobierno Nacional, "Frente a la dispersa legislación en materia de impuesto a los cigarrillos", mediante el proyecto de Ley que somete a la consideración del Congreso, pretende hacer "claridad mediante la formulación de un articulado breve pero suficientemente comprensivo del tema e introducir correctivos a la situación de privilegio que tienen los cigarrillos importados sobre los nacionales", haciendo equidad con la producción nacional y ocupándose exclusivamente del impuesto de consumo.

Es esta la filosofía, la razón de ser de las modificaciones que el Gobierno presenta a la legislación vigente en materia de impuesto de consumo sobre cigarrillos nacionales y extranjeros.

Nos proponemos, en este capítulo de la Ponencia estudiar el tema del Impuesto al consumo de cigarrillos, contemplado en el Capítulo VI del Proyecto de Ley No. 2 de 1983, para lo cual nos ocuparemos de los siguientes temas:

- I. Impuesto al consumo de cigarrillos nacionales;
- II. Impuesto al consumo de cigarrillos extranjeros;
- III. Respeto de convenios Internacionales
- IV. Artículo 75 del Proyecto de Ley No. 2 de 1983
- V. Impuesto a favor de Coldeportes (Ley 30 de 1971)
- VI. Plazo para el pago del Impuesto de consumo sobre cigarrillos
- VII. Impuesto al consumo sobre cigarrillos importados a la Intendencia de San Andrés y Providencia
- VIII. Supresión de Tasas Especiales.

IX. Pliego de Modificaciones de Capítulo VI del Proyecto de Ley No. 2 de 1983.

X. Cuadros Estadísticos.

I. Impuesto al consumo de cigarrillos nacionales

A) Necesidad de equilibrar la carga tributaria entre los cigarrillos nacionales y extranjeros.

En Colombia ha existido una situación verdaderamente absurda cual es una discriminación tributaria en contra de los cigarrillos nacionales y en favor de los extranjeros.

En efecto: los primeros pagan un impuesto departamental de consumo del 100% sobre el precio de distribución (Decreto 1626 de 1951 y Decreto 214 de 1969) el cual se eleva al 120% cuando tienen alguna cantidad de tabaco importado (artículo 7o. de la Ley 4a. de 1963). Pagan también un 15% de impuesto nacional de ventas (Decreto 3288 de 1963 y 1595 de 1966) y un 10% a favor de Coldeportes (Ley 30 de 1971). Igualmente están sujetos a sobretasas especiales de \$0.10 por cajetilla a favor de los deportes del Valle, Huila y Tolima (Ley 49 de 1967 y Ley 36 de 1969). En cambio los cigarrillos extranjeros legalmente importados están sujetos a un arancel del 12% sobre el precio CIF y otros pequeños gravámenes adicionales de importación, así como a un impuesto departamental de consumo equivalente al impuesto que paga el cigarrillo nacional de mayor precio (Ley 19 de 1970) y al impuesto nacional de ventas del 15%. No están sometidos al impuesto a favor de Coldeportes.

En resumen, los cigarrillos nacionales tiene que pagar impuestos incorrectos del 125 o del 145%, según el caso, sobre su precio de distribución más las sobretasas especiales de algunos Departamentos y los cigarrillos extranjeros solamente pagan impuestos que en concepto del Comité que estudió el Plan Indicativo para la Industria del Cigarrillo no alcanzan al 100% de su precio de distribución.

Para comprobar lo anterior se puede consultar "Bases del plan indicativo para la industria del cigarrillo - documento DNP - 1820 -UEI - Bogotá octubre 21 de 1981", página 6 que dice textualmente:

"Estos impuestos vienen a gravar en un porcentaje que oscila entre 125 y 145% el consumo de los cigarrillos nacionales y el 95% y 103% del precio de los cigarrillos importados".

Por este motivo el Comité que produjo el documento citado, integrado por el Ministerio de Desarrollo, el Ministerio de Hacienda, el Ministerio de

Agricultura, el Incomex, el Departamento Nacional de Planeación, la Asociación Nacional de Industriales y la Asociación Nacional de Exportadores de Tabaco propuse lo siguiente:

"a) Hacer, a corto plazo, una igualación al impuesto de consumo Cigarillos en término *ad valorem* del 100%. Con esto se suprime la discriminación existente contra los cigarillos de producción nacional, sin costo para los fiscos departamentales".

"b) Hacer extensivo el impuesto para Coldeportes para los cigarillos importados y reducir la tasa del 10% al 8%".

"c) Establecer como base para los anteriores impuestos la misma del impuesto a las ventas".

B) Supresión del recargo del 20% en el impuesto departamental de consumo cuando se incorpore tabaco importado.

El Proyecto de Ley presentado por el Gobierno elimina el recargo del 20% en el impuesto departamental de consumo establecido por el artículo 70. de la Ley 4a. de 1963 sobre los cigarillos nacionales cuando incorporan alguna porción de tabaco importado.

Esta disposición es justa y conveniente por las razones siguientes:

Desde el punto de vista técnico dicho recargo merece fuertes reparos puesto que si su objeto ha sido el de proteger la producción de tabaco nacional sólo ha debido afectar el valor de la materia prima que se importe. En cambio, gravó con un 20% el valor del producto elaborado el cual está compuesto no sólo por el valor del tabaco importado sino por el del tabaco nacional que se agrega en las mezclas y por los insumos empleados en la producción de cigarillos, salarios, etc., la utilidad del fabricante y la del distribuidor. O sea que una porción de tabaco extranjero, así sea muy pequeña, ocasiona un gravamen sobre la otra cantidad de tabaco colombiano y demás insumos producidos en el país, con lo cual la pretendida protección se convierte en castigo para el trabajo nacional.

Para graduar la protección a una determinada actividad económica el Gobierno dispone del instrumento del arancel, el cual no solamente tiene limitada su liquidación al valor de la materia prima que viene del exterior sino además la venta de ser un instrumento flexible que puede variarse de acuerdo con las circunstancias.

Además, a pesar de los grandes esfuerzos y erogaciones que ha hecho la industria nacional para la producción en Colombia de las variedades de tabaco Virginia y Burley, con gran éxito en la calidad de los tabacos obtenidos, hay un déficit de naturaleza cuantitativa, que sólo hoy paga el cigarillo Montecarlo, son muy pequeños y en cambio habrán de obtener mayores recursos fiscales a través de la sustitución de importaciones de cigarillos que esta reforma propicia.

El Artículo 72 del Proyecto de Ley dispone lo siguiente:

"Los cigarillos de fabricación nacional, contengan o no insumos importados, pagarán un impuesto de consumo del 100% sobre el precio de distribución, el cual se establecerá conforme a los dispuesto en el Decreto Extraordinario 214 de 1969".

En primer término, debemos observar la corrección que hace el texto propuesto al artículo 10. del Decreto 383 del 10 de febrero de 1983, declarado inexecutable por la Corte Suprema de Justicia. En efecto el precitado Decreto, erróneamente, mencionaba el Decreto Extraordinario 214 de 1968, para determinar qué se entiende por precio de distribución para los cigarillos nacionales, siendo que la norma que regula dicho aspecto es el Decreto Extraordinario 214 de 1969.

El Artículo 72 elimina el recargo del 20% que en la parte introductoria de este capítulo comentamos.

Por causa del fuerte desplazamiento hacia los cigarillos de tabaco rubio ocasionado principalmente por las importaciones de cigarillos y la publicidad.

Para sustituir las importaciones de cigarillos, especialmente de contrabando, que están causando grandes perjuicios no sólo a la industria sino a los fiscos, es preciso colocar a las empresas colombianas en mejor situación de competencia y por ello es necesario facilitarles la adquisición de ciertos insumos que no pueden producirse en el país, como es el caso de los tabacos orientales que sólo pueden darse en condiciones satisfactorias en países como Grecia y Turquía, así como de otros tabacos rubios que tienen que venir a suplir el déficit cuantitativo de la producción nacional.

Para el país resulta más benéfico facilitar la importación de estos insumos que han de sustituir gastos mayores en las divisas que se emplean en la importación de cigarillos y han de contribuir al empleo nacional por el valor agregado que en Colombia reciben esas materias primas.

Los fiscos departamentales no sufrirán menoscabo con la eliminación de este recargo puesto que los recaudos que representa este 20%. De la lectura el artículo 72, podría entenderse que el impuesto que se crea es nacional y por ende lo va a recaudar la Nación y no los Departamentos, Entidades que lo percibían con anterioridad, ya que los impuestos de consumo del 100% para los cigarillos de fabricación enteramente nacional y del 120% para los cigarillos nacionales con insumos importados, eran impuestos departamentales.

Podríamos preguntarnos si los impuestos de consumo departamentales subsisten paralelamente con este nuevo impuesto que es nacional y que en ninguna parte del Proyecto de Ley lo ceden a los entes regionales y entonces los cigarillos de fabricación nacional, tributarían doblemente, a los

Departamentos y a la Nación, o la nueva norma derogó los impuestos departamentales de consumo, siendo por tanto los nuevos recaudos para la Nación, con exclusión total de los Departamentos.

Como el Proyecto de Ley que nos ocupa tiene por finalidad el fortalecimiento de los fiscos departamentales y municipales, creemos, que lo que falta es darle una mayor claridad a la redacción del mismo, en aras de evitar equívocos jurídicos sobre su interpretación.

En consecuencia, nos permitimos modificar la redacción del artículo 72 del Proyecto de Ley, el cual quedaría así:

Artículo 72. El consumo de cigarrillos de fabricación nacional, contengan o no insumos importados, causará en favor de los Departamentos, Intendencias y Comisarias, un impuesto equivalente al 100% sobre el precio de distribución, el cual se establecerá conforme a lo dispuesto en el Decreto Extraordinario 214 de 1969.

II. Impuesto al consumo de cigarrillos extranjeros

Mediante la Ley 10 de 1909 se eliminó como impuesto nacional el de consumo al tabaco de producción nacional, pero se previó que los Departamentos que quisieran establecerlo serían propietarios de esa renta. Por el contrario, en relación con el tabaco de procedencia extranjera, se mantuvo como una renta nacional, conformada por un impuesto de aduanas o de importación y otro de consumo. Cuatro años después, mediante la Ley 117 de 1913 (Arancel de Aduanas) se aumentó al consumo del tabaco extranjero, o sea que se refundieron las cargas, dentro de un criterio de racionalización y de racionalización del recaudo.

En el año de 1915, en virtud de decretos que se dictaron en uso de facultades extraordinarias, se creó de nuevo un impuesto nacional sobre el consumo de cigarrillos extranjeros, gravamen que, más tarde, la Ley 102 de 1923 incorporó nuevamente al impuesto de aduanas, como adicional de éste. El producto de este impuesto debía ingresar al Presupuesto Nacional para ser repartido entre los Departamentos, Intendencias y Comisarias en proporción al consumo de cada uno en el año inmediatamente anterior.

Mediante el Decreto Legislativo 1626 de 1951, se reiteró lo establecido en las normas antes citadas. Dice así el artículo 20. del precitado Decreto:

“La importación de cigarrillos de procedencia extranjera causará un impuesto adicional al establecido en el Arancel de Aduanas, de doce centavos por cada veinte cigarrillos o fracción cualquiera que sea su empaquetación. Este impuesto se recaudará en la Aduana en el momento de la nacionalización de la mercancía, se incorporará en el Presupuesto Nacional y su producido será distribuido por el Ministerio de Hacienda entre los Departamentos, Intendencias y Comisarias, en proporción al consumo de cigarrillos nacionales en cada uno de ellos, en el año inmediatamente anterior”.

Por el Decreto 1099 de 1954 se señaló, nuevamente, la cuantía del impuesto adicional de Aduanas, aumentándolo con un recargo de \$0.50, reiterándose la forma de su recaudo y distribución.

El Artículo 10. de la Ley 19 de 1970, afirma: “Los cigarrillos de procedencia extranjera estarán sujetos a un impuesto de consumo a favor de los Departamentos, del Distrito Especial de Bogotá, de las Intendencias y Comisarias donde se expendan, igual al impuesto de consumo Departamental que paguen los cigarrillos de producción nacional de mayor precio. Dicho impuesto será liquidado y recaudado en la misma forma establecida para los impuestos correspondientes a los cigarrillos de producción nacional”.

Como lo afirma el Doctor Carlos Galindo Pinilla, Ex-consejero de Estado, es manifiesto el contraste entre el Artículo transcrito y el artículo 10. de la Ley 10 de 1909, relacionado este último con el impuesto al consumo de tabaco (cigarros y cigarrillos) de producción nacional. La Ley del año de 1909 no creó el tributo; apenas contempló la posibilidad de que los Departamentos, en uso de su autonomía fiscal lo establecieran o no, según sus propias conveniencias y necesidades, vale decir dentro de un marco de discrecionalidad y, para el caso de hacerlo, les reconoció expresamente la propiedad sobre el tributo. En cambio la Ley del año 70 dispuso imperativamente el gravamen a los cigarrillos de procedencia extranjera, sin dejar margen alguno de discrecionalidad a los Departamentos, las Intendencias, las Comisarias o el Distrito Especial de Bogotá, de donde se concluye que el impuesto fue creado directamente por la Ley. La Ley del año 70, al contrario de la de 1909 no hizo ningún reconocimiento sobre la propiedad del tributo, se limitó a decir que su producto se destinaba a favor de los Departamentos. Por consiguiente si la renta fue creada directamente por la Ley, el fenómeno que se operó fue el de una transferencia del producto de una renta de origen nacional a los Departamentos. Que la propia ley no reconociera propiedad Departamental sobre el impuesto, manteniéndole su carácter de renta nacional, tiene su explicación muy clara en la circunstancia de tratarse de una mercancía extranjera, sobre cuyo manejo impositivo debe conservar la Nación el más amplio poder de regulación, pues a ella corresponde exclusivamente el manejo de la política económica del comercio exterior, amén de que como los cigarrillos extranjeros también tienen un gravamen de Aduanas, la Nación debe conservar toda la amplitud de su competencia normativa para coordinar las cargas tributarias y para ello es preciso que disponga de la facultad plena para eliminar eventualmente el tributo, sin que pueda aducirse quebranto del artículo 183 de la Constitución, por desconocimiento de la propiedad sobre una renta Departamental, protegida “con las mismas garantías que la propiedad y rentas de los particulares”.

Existe, pues, una diferencia esencial o de naturaleza, entre el impuesto al consumo del tabaco de producción nacional y el que grava los cigarrillos de procedencia extranjera, diferencia que no se altera, ni se cambia, ni se modifica por razón de la equiparación que hace el mismo artículo 10.

de la Ley 19 de 1970 para efectos de cuantificar los gravámenes y en relación con los procedimientos para la liquidación y el recaudo, pues tanto lo uno como lo otro carece de significación o trascendencia cualitativa y lo segundo apenas abarca aspectos puramente formales. Afirmar lo contrario equivaldría a sostener que lo accidental, lo accesorio y lo formal pueden determinar lo sustancial y lo principal, lo cual resultaría ilógico, y opuesto al orden mismo de las cosas y, por lo mismo, injurídico.

El Profesor Galindo Pinilla formula dos reparos de tipo jurídico y técnico fiscal a la Ley 19 de 1970, reparos que por su importancia a continuación transcribimos:

Primero:

El impuesto no quedó suficientemente determinado, pues para conocer su cuantía y estar en condiciones de poder liquidarlo en los casos concretos, no basta conocer las circunstancias propias del mercado de los cigarrillos extranjeros y de los hechos relacionados con la operación que causa el impuesto, sino que tanto el sujeto pasivo del gravamen como el funcionario liquidador deben verificar hechos y circunstancias extraños, como son el precio del cigarrillo de producción nacional y el valor del impuesto de consumo correspondiente para estar en condiciones de aplicar el artículo 10. de la Ley, en relación con el cigarrillo extranjero. En otros términos, la aplicación de la norma no es el resultado enunciado, para deducir la consecuencia prevista en la misma norma, sino que es preciso investigar, primero, cuál es el precio más alto del cigarrillo de producción nacional, aplicar, luego, a ese precio la tarifa señalada en la norma del impuesto de consumo Departamental, para hacer finalmente la liquidación del impuesto nacional del consumo de cigarrillos extranjeros sobre la base indicada y teniendo en cuenta la cantidad de cajetillas de cigarrillos extranjeros despachadas por el distribuidor.

Mientras no se conozca cuál es el cigarrillo de producción nacional de mayor precio, en determinado momento, cuestión que no es de fácil determinación según lo ha puesto de presente la realidad práctica, no hay certidumbre sobre el tributo, con lo cual se quebranta uno de los principios cardinales de la teoría impositiva, enunciado desde Adam Smith y sobre el cual se expresa así el Profesor Esteban Jaramillo: "Es necesario que el individuo que ha de pagar el tributo sepa de antemano con absoluta precisión en qué tiempo debe hacer el pago, en qué forma ha de efectuarlo, ante qué funcionario y en qué cuantía, a fin de que pueda arreglar sus negocios y tomar sus disposiciones para no verse sorprendido con una deuda que no entraba en sus cálculos".

Con fundamento en los datos e informaciones al alcance del importador o distribuidor de cigarrillos extranjeros por lo general precarías, este

liquida el valor del impuesto y lo carga a su precio, pero si más tarde, cuando la administración liquida y verifica que era otro más elevado el precio del cigarrillo de producción nacional y sobre esta base liquida la operación del importador o distribuidor de cigarrillo extranjero, se produce una obligación para trasladar el impuesto total al consumidor y viéndose obligado a asumirlo, el importador, con grave mengua de sus legítimas utilidades. En ocasiones también ocurre que las liquidaciones oficiales se hacen sobre la base del precio que rige al liquidar y no del que rige en el momento de la operación que hizo exigible el impuesto. Estas circunstancias generan incertidumbre hasta en la misma administración, que se traduce en que el importador se vea sorprendido con una deuda que no entraba en sus cálculos, y frente a la cual ya no puede tomar disposición alguna, pues ya es imposible que se opere el traslado hacia el consumidor sobre quien debería recaer, en último término, la totalidad de la carga del impuesto. Es así como, a consecuencia de una incertidumbre que se origina en la propia ley, se causa una lesión injusta a un patrimonio particular que debe gozar de la garantía prevista en el artículo 30 de la Constitución Nacional.

Segundo:

Que el impuesto de consumo al cigarrillo de procedencia extranjera se determine por el que daba pagar el cigarrillo de producción nacional de mayor precio, como se dispone en el artículo 10. de la Ley 19 de 1970, equivale, en un sistema de libertad de precios, a dejar en manos de los productores nacionales, es decir, de los particulares que compiten en el mercado, la determinación de un tributo. Dada la situación casi monopolística de la elaboración de tabaco en Colombia, la cuestión se torna aún más aberrante porque, a la postre una sola entidad de carácter privado, que domina la producción nacional viene a ser la que señala la base de imposición para gravar el consumo del cigarrillo extranjero.

En los términos de la Constitución, solo las corporaciones Públicas de origen popular pueden decretar contribuciones y determinar la carga impositiva a que deban estar obligadas las personas, y únicamente en situaciones de quebranto de la paz, otras autoridades igualmente públicas podrían hacerlo (Artículos 43, 76-13, 187-2, 197-2, 118-8). Por consiguiente, el legislador no puede, sin incurrir en violación de las disposiciones citadas, deferir ni expresa ni implícitamente la determinación de los tributos a una entidad privada distinta de las señaladas y mucho menos depositar en una entidad privada esta función pública que reviste tanta trascendencia y delicadeza en un régimen democrático.

La Constitución y las leyes le confieren también a las autoridades públicas la función de eleccionar las disposiciones tributarias y específicamente la de recaudar sus rentas, previa liquidación de las mismas. En el orden nacional ello corresponde al Gobierno al tenor de lo preceptuado en el artículo 11 del artículo 120 de la Constitución y en lo Departamental al Go-

bernador y a autoridades subalternas (Art. 194 Nums. 1o. y 2o.). Por consiguiente, ninguna de las atribuciones inherentes a esta función, podría asignarse por ley a autoridades que no hagan parte de los Gobiernos nacional o departamentales y mucho menos a entidades de consumo a los cigarrillos así que, para la determinación del impuesto de consumo a los cigarrillos extranjeros se requiere de una verificación sobre cuál es el cigarrillo nacional de mayor precio, luego es indiscutible que tal determinación deba ser, al menos, el resultado de una indagación del mercado, realizada por la autoridad correspondiente y no el producto de una decisión directa de los productores nacionales (personas privadas o de uno solo de ellos, como hoy ocurre), con violación flagrante de los textos constitucionales antes citados.

Frente a esta crítica, los directivos de COLTABACO, afirman: "Expendida la Ley 19 de 1970, los mismos importadores han argumentado que dicha ley colocó en manos de los productores nacionales la facultad de señalar el impuesto a los cigarrillos extranjeros, lo que es una falacia puesto que el objeto de dicha ley ha sido simplemente el que los cigarrillos extranjeros al menos no paguen un impuesto inferior en cifras absolutas al que tienen que pagar los cigarrillos nacionales.

De ser cierta la crítica de los importadores todos los impuestos *ad valorem* serían en realidad determinados por los distribuidores o vendedores de un bien o servicio.

Pero de todas maneras la queja de los señores importadores tendría que terminar si se aprueba el proyecto que se estudia, puesto que la liquidación de los impuestos para los cigarrillos extranjeros no quedaría atada a ningún precio de los cigarrillos de producción nacional".

Por su parte la Federación Nacional de Comerciantes FENALCO al respecto comenta: "La Ley 19 de 1970 entregó a la potestad de una empresa privada la facultad de determinar el monto del impuesto de consumo que extranjero, al disponer que este último paga el impuesto de consumo que corresponde al cigarrillo nacional de valor más alto".

Esta ponencia compara la necesidad de modificar la Ley 19 de 1970 y comparte el criterio de que el Estado debe recobrar sus prerrogativas de imposición, las cuales, en la materia que nos ocupa, había perdido parcialmente por virtud del sistema consagrado en la Ley 19 de 1970 y de la falta de una reglamentación adecuada, que en nuestro sentir da margen para la aparición de prácticas inconvenientes, quedando a discreción del productor nacional, con violación de la Carta Fundamental, la determinación de la cuantía del gravamen al cigarrillo extranjero.

El Gobierno Nacional ha presentado a consideración del Congreso, un correctivo a la anómala situación descrita, en los términos del artículo 73

del Proyecto, que resulta idéntico al artículo segundo del Decreto 383 de 1983, declarando, como ya se afirmó, inexecutable por la Corte Suprema de Justicia.

El Artículo 73, afirma: "Los cigarrillos de producción extranjera pagarán un impuesto de consumo del 100% sobre el precio de importación en puerto colombiano, excluidos todos los impuestos y cuotas de fomento que le correspondan".

Comenta el precitado artículo la Asociación de Importadores de Cigarrillos -ASICIGA-, en los siguientes términos:

A) El Decreto establece en el artículo segundo (73 del Proyecto de Ley) "que el impuesto para el cigarrillo extranjero, es del 100% sobre el precio de importación en puerto colombiano".

Es preciso aclarar que el precio de importación en puerto colombiano, es el precio unitario que aparece en el registro de importación o sea el F./O/B., en concordancia con el Decreto 444 de 1967 que define lo que es precio de importación para efectos de la exacta facturación con relación al precio declarado y el vigente en el mercado internacional. No se trata pues, del precio C.I.F., como pretenden interpretarlo, y por lo tanto, es necesario aclarar este punto, para definir la base del impuesto.

B) ¿Qué tipo de cambio se va a utilizar para convertir el precio de importación, de dólares a pesos colombianos?

Como el decreto no establece (el proyecto tampoco) ¿en qué momento se causa el impuesto de consumo, para esa conversión y el pago consiguiente, que se tendrá en cuenta: el tipo de cambio vigente de la llegada de la mercancía a puerto colombiano o el del mes en que se distribuya el cigarrillo?

Si este aspecto no se reglamenta con claridad los importadores tendrían que cambiar con cada introducción los precios finales de venta al público, con los problemas que esto traería para las entidades Departamentales y para los consumidores. Inclusive podría fomentarse además, un pre-trabando interno entre departamentos en un momento dado, según el precio del impuesto.

La Empresa Colombiana de Tabaco - COLTABACO -, expresa sobre el mencionado artículo 73 del Proyecto, lo siguiente:

"Aunque esta norma aproxima la carga tributaria de los cigarrillos extranjeros a la que soportan los productos nacionales, no alcanza a establecer igualdad impositiva entre unos y otros, puesto que la base de liquidación del impuesto departamental de consumo para los cigarrillos nacionales vendría a ser el precio de distribución el cual obviamente es superior al precio CIF ya que incluye además los fletes de transporte interno, los gastos de venta y de publicidad del distribuidor.

Además el precio CIF es más susceptible de manipulaciones en fraude a los fiscos, tales como subfacturación, fenómenos de dumping, etc. En cambio el precio de distribución, que está claramente definido por el Decreto Extraordinario 214 de 1969, artículo 10., "como el que factura el distribuidor a los vendedores al detal en el lugar donde se realiza la distribución" permite mayor claridad y certeza en la liquidación de los impuestos, mejor control por parte de las autoridades de rentas departamentales y no es susceptible de subfacturaciones en perjuicio de los fiscos".

Consideramos los ponentes que el proyecto del Gobierno, en este respecto, determina una base gravable móvil, cambiando todos los días, lo cual en nuestro sentir no es deseable. Creemos que se hace necesario la unificación de criterios y se debe tomar igual base e igual porcentaje en la liquidación de los impuestos tanto para los cigarrillos de producción nacional como para los provenientes del extranjero. Lo estimamos más técnico, de mayor facilidad en su aplicación y más equitativo.

Texto Propuesto:

"El consumo de cigarrillos de producción extranjera causará un impuesto del 100% sobre su precio de distribución, el cual se establecerá conforme a lo dispuesto para los cigarrillos de producción nacional en el decreto extraordinario 214 de 1969, sin incluir el valor del arancel y demás gravámenes de importación que se hayan cubierto al nacionalizarse.

El impuesto de consumo que mediante este artículo se regula es nacional, pero su producto se cede a los Departamentos, Intendencias Comisarias y Distrito Especial de Bogotá.

No obsta lo anterior, para que recomendemos al Gobierno Nacional la disminución del arancel para los cigarrillos importados, como una eficaz política que permita la competitividad de estos productos.

Antes de entrar a analizar los artículos 74 y siguientes del proyecto, queremos someter a la consideración del Congreso dos nuevos artículos: uno de ellos, con el propósito de determinar el objeto gravable, y el otro, para hacer claridad que se trata de impuesto único.

Proponemos las siguientes redacciones:

Artículo. Los impuestos en esta Ley contemplados se calcularán para cada cajetilla de 20 cigarrillos, o proporcionalmente a su contenido.

Artículo. Los Departamentos, Intendencias, Comisarias y Distrito Especial de Bogotá, no podrán establecer gravámenes adicionales sobre la fabricación, introducción, distribución, venta y consumo de cigarrillos, nacionales y extranjeros, bodegajes obligatorios, gastos de administración o cualquier otro gravamen distinto al único de consumo que determina esta ley.

Los Departamentos, Intendencias, Comisarias y Distrito Especial de Bogotá podrán establecer contractualmente el servicio de bodegaje oficial, sin perjuicio de que los particulares puedan utilizar, sin que ello les implique erogaciones o cargas adicionales, su propio sistema de bodegaje, conforme a las normas vigentes.

III. Respeto de convenios internacionales

De aceptarse nuestra propuesta de unificación de la base gravable, tanto para los cigarrillos nacionales como para los extranjeros, el artículo 74 del proyecto presentado al Congreso por el Gobierno podría suprimirse. El mencionado artículo sólo pone de presente que los productos, en este caso cigarrillos, provenientes de países con los cuales exista un régimen de comercio de igualdad de tratamiento con productos nacionales, causarán un impuesto de consumo del 100% sobre el precio de distribución, establecido de acuerdo con el Decreto 214 de 1969, es decir, reciben en materia de impuestos de consumo tratamiento idéntico al que el propio país da a los productos nacionales.

IV. Artículo 75 del Proyecto de Ley

Simplemente, con el propósito de impedir cualquier menoscabo en los recaudos de la renta, en perjuicio de los fiscos, establece que el monto del impuesto no podrá ser inferior al que en la fecha de la ley estén percibiendo las entidades territoriales de la República.

V. Impuesto a favor de Coldeportes

La Ley 30 de 1971 gravó los cigarrillos de producción nacional con un impuesto adicional del 10% a favor de COLDEPORTES. No tuvo dicha norma en cuenta, para efectos del gravamen, a los cigarrillos extranjeros, estableciendo una injusta discriminación a favor de éstos y en contra de los productos colombianos. Con la norma propuesta se elimina la discriminación y se impone a los cigarrillos extranjeros el mismo tributo que soportan los cigarrillos nacionales, o sea con igual base de liquidación y con igual porcentaje tributario.

De aceptarse la redacción propuesta en el Proyecto de Ley por el Gobierno, artículo 73, en relación con el impuesto adicional de Coldeportes para los cigarrillos extranjeros, habría que considerar la anotación de la Asociación de Importadores de Cigarrillos, en el sentido de que se crea un impuesto nuevo de un 10% adicional para Coldeportes, con base en el impuesto de consumo, pero no prevé qué documento o documentos deben exigir los funcionarios de rentas y de Coldeportes, con el objeto de establecer el precio de importación de los cigarrillos extranjeros, cuyo impuesto se va liquidar. Sugiere ASICIGA que el documento sea una fotocopia del registro de importación; del manifiesto de importación o una fotocopia del acta de retiro y que la presentación ante las autoridades pueda ser posterior al pago, por cuanto hay manifiestos que se demoran 3 ó 4 meses para ser entregados al importador, por lo tanto no podrían sacarse a la venta los cigarrillos hasta tanto se dispusiera de este documento. Por eso, sugieren, debe aceptarse el acta de entrega y la citación del manifiesto, que posteriormente será entregado a las autoridades respectivas.

VI. Plazo para el pago del impuesto de consumo

Señala el artículo 77 del Proyecto de Ley que el pago de los impuestos de consumo contemplados en el Capítulo VI se efectuará durante los quince primeros días del mes siguiente al de su distribución.

Para algunos Secretarios de Hacienda, esta disposición perjudica notablemente a los fiscos departamentales, toda vez que les hace perder liquidez en cuanto que el ingreso, que de acuerdo con la legislación vigente se percibe por décadas y quincenas pasará a ingresar por meses.

Algunas Asociaciones indican que es necesario aclarar que debe entenderse como *distribución*, la venta que haya facturado el distribuidor durante el mes inmediatamente anterior al pago.

El Decreto 214 de 1969 dispone que los impuestos departamentales de consumo se liquidarán por periodos vencidos de 10 días sobre las entregas realizadas por los distribuidores y deberán pagarse dentro de los 10 días siguientes.

COLTABACO sostiene al respecto lo siguiente: "Este plazo tan breve (el del Decreto 214 de 1969) para el pago de estos gravámenes contrasta con el que la Ley ha establecido para el impuesto nacional de ventas que se liquida por periodos bimestrales y con el que rige para el pago del impuesto de cerveza del cual se debe cancelar dentro de los 15 primeros días del mes siguiente al de las ventas realizadas, o sea en forma igual a la que establece el proyecto de ley.

Se justifica ampliar el plazo para el pago de estos impuestos ya que en realidad, como su nombre lo indica, el impuesto departamental sobre

los cigarrillos es de "CONSUMO". Los fabricantes o distribuidores están en realidad anticipando a los departamentos el valor de estos gravámenes que deberían causarse en el momento en que se realizan los consumos o al menos en el momento en que los vendedores al detal los entregan a los consumidores.

Además, se debe tener presente que la industria nacional ha venido colaborando con los Departamentos al tener que realizar grandes esfuerzos para producir y distribuir cigarrillos que les proporcionan grandes recursos tributarios y para recaudar esos tributos. Estos servicios tienen un gran valor y para apreciarlos basta considerar los gastos y los esfuerzos que tienen que realizar los fiscos para recaudar otros impuestos como el de renta, la renta de licores, etc."

Consideramos los ponentes que el sistema de pago debe ser objeto de un cuidadoso estudio y reglamentación por parte del Gobierno Nacional, reglamentación que no sólo contemple las normas reguladoras de los aspectos administrativos del recaudo del gravamen de consumo, sino todas aquéllas que sean necesarias para asegurar su pago, impedir su evasión y eliminar el contrabando de cigarrillos.

Por tanto, proponemos la modificación del artículo 77, el cual quedaría así:

Artículo 77. "El sistema de pago de los impuestos regulados en este capítulo será reglamentado por el Gobierno, y mientras dicha reglamentación entre en vigencia los pagos se efectuarán de acuerdo con el sistema normativo actualmente operante en las Entidades Territoriales de la República."

VII. Impuesto al consumo de cigarrillos importados a la Intendencia de San Andrés y Providencia

El Artículo 79, dispone que los cigarrillos que sean importados o ingresen a la Intendencia de San Andrés y Providencia, pagarán en su favor los impuestos a los que se refiere el artículo 73 de esta Ley, así como la cuota de fomento, el impuesto a las ventas y el gravamen establecido por la Ley 30 de 1971.

Al respecto, como ponentes, manifestamos que compartimos el criterio expresado por COLTABACO, sobre este tema, expresado en los siguientes términos:

"El Artículo 79 del Proyecto contiene una norma de mucha importancia al disponer que los cigarrillos que sean importados o ingresen a la Intendencia de San Andrés deben pagar los mismos impuestos establecidos para los cigarrillos que ingresen al territorio continental de Colombia.

A dicha Intendencia han venido llegando cigarrillos extranjeros en cantidades muy abundantes que exceden en forma notoria al consumo de los habitantes de las Islas y las compras de los turistas. En su inmensa mayoría se trasladan luego en forma fraudulenta al territorio continental del país, o sea que ésta es una de las brechas más grandes que existen hoy para el ingreso de contrabando a Colombia.

Contrasta ello con la situación de los cigarrillos nacionales que para poder venderse en la misma Intendencia tienen que pagar impuestos del 120 ó 145% sobre su precio de distribución.

No hay razón alguna que justifique mantener tan anómala e inconveniente situación, puesto que estas importaciones no están dando empleo sino a unas pocas personas de las Islas, las que se encargan de las labores de importación y distribución, y en cambio están quitando trabajo a millares de colombianos que derivan su subsistencia de la industria tabacalera nacional.

Para apreciar el gran volumen de estas importaciones basta tener en cuenta que por San Andrés entraron en el año pasado 602.9 millones de cigarrillos de un total de 1.905 millones importados legalmente al país, o sea un 31.6%.

Esta disposición no implicaría tampoco ningún perjuicio para el turismo de las Islas, el cual seguiría afluyendo por otros motivos, como son el de disfrutar de las muchas atracciones que ofrece este territorio y la compra de otros artículos que no tienen tan grave incidencia en el problema del contrabando con su repercusión en la industria y en los fiscos nacionales y departamentales.

Por tal motivo consideramos no solo recomendable sino necesario y urgente dicho artículo 79 del proyecto de Ley''.

VIII. Supresión de las tasas especiales

El Artículo 80 del proyecto deroga los impuestos establecidos en el artículo 20. del Decreto 1626 de 1951, en el 7o. de la Ley 4a. de 1963, la letra a) del artículo 6o. de la Ley 49 de 1967, la Ley 36 de 1969, y en la derogatoria de las demás normas contrarias a lo dispuesto en el capítulo VI.

Dichas tasas son de \$0.12 que se producen en la Aduana sobre cada Cajetilla de Cigarrillos para ser distribuidos posteriormente entre los Departamentos y las sobretasas de \$0.10 por cajetilla que rigen los Departamentos del Valle, Tolima, y Huila, los cuales en su mayor parte cumplieron su objeto, y que resultan perjudiciales y onerosos para los que deben cumplirlos.

PLIEGO DE MODIFICACIONES

CAPITULO VI

Impuesto al consumo de cigarrillos

Artículo. Sería el 72 del Proyecto original, con modificaciones. Quedaría así:

''El consumo de cigarrillos de fabricación nacional, contengan o no impuestos importados, causará en favor de los Departamentos, Intendencias y Comisarias un impuesto equivalente al 100% sobre el precio de distribución, el cual se establecerá conforme a lo dispuesto en el Decreto Extraordinario 214 de 1969''.

Artículo. Sería el 73 del Proyecto original, con modificaciones. Quedaría así:

''El consumo de cigarrillos de producción extranjera causará un impuesto del 100% sobre su precio de distribución, el cual se establecerá conforme a lo dispuesto para los cigarrillos de producción nacional en el Decreto extraordinario 214 de 1969, sin incluir el valor del arancel y demás gravámenes de importación que se hayan cubierto al nacionalizarse.

El impuesto de consumo que mediante este artículo se regula, es nacional, pero su producto se cede a los Departamentos, Intendencias, Comisarias y Distrito Especial de Bogotá

Artículo. Es un artículo nuevo:

''Los impuestos en esta ley contemplados se cancelarán para cada cajetilla de 20 cigarrillos o proporcionalmente a su contenido''.

Artículo. Es un artículo nuevo:

''Los Departamentos, Intendencias, Comisarias y Distrito Especial de Bogotá, no podrán establecer gravámenes adicionales sobre la fabricación, introducción, distribución, venta y consumo de cigarrillos, nacionales y extranjeros, bodegajes obligatorios, gastos de administración o cualquier otro gravamen, distinto al único de consumo que determina esta Ley.

Los Departamentos, Intendencias y Comisarias y Distrito Especial de Bogotá, podrán establecer contractualmente el servicio de bodegaje oficial, sin perjuicio de que los particulares puedan utilizar, sin que ellos les implique erogaciones o cargas adicionales, su propio sistema de bodegaje, conforme a las normas vigentes''.

Artículo: Sería el Artículo 74 del Proyecto original, sin modificaciones.

Artículo: Sería el Artículo 75 del Proyecto original, sin modificaciones.

PARTICIPACION EN EL MERCADO

Año	Cigarrillos de producción nacional	Cigarrillos importados legalmente	Cigarrillos de contrabando	Mercado total
1970	78.3%	7.8%	13.9%	100%
1981	65.9%	6.3%	27.8%	100%
1982	56.8%	6.4%	36.8%	100%

IMPORTACION DE CIGARRILLOS

Aduana	Miliones cigarrillos	%
Bogotá	515.2	27.0%
Medellín	438.9	22.9%
Cali	322.5	16.9%
Barranquilla	19.1	1.0%
Leticia	8.4	0.6%
San Andrés	602.9	31.6%
	1.905.0	100.0%

PERIODO 1970 - 1982

Crecimiento mercado cigarrillos producción nacional legalmente	- 0.7%/año
Crecimiento mercado cigarrillos importados legalmente	+ 0.4%/año
Crecimiento mercado contrabando	+ 16.6%/año
Crecimiento mercado total de cigarrillos	+ 2.2%/año

838

INFORME

PROYECTO DE LEY No. 2. de 1983

CAPITULO VII

Impuesto y subsidio a la gasolina motor

Este impuesto, como los anteriores, busca satisfacer una de las más apremiantes necesidades de los fiscos departamentales, cuyos ingresos actuales no les permiten atender los más elementales requerimientos de los asociados para la dotación de servicios públicos y de las demás labores que les han sido encomendadas por la Constitución Nacional y las leyes de la República.

Sin embargo, tratándose de cuestiones de índole impositiva, el legislador debe proceder con excesiva prudencia, pues si bien es cierto que debe proveer en beneficio de los intereses del Estado, esto deba realizarlo ocasionando, en lo posible, los menores traumatismos a la economía individual de los contribuyentes, asfixiados constantemente por el alto costo de la vida, la limitación de sus ingresos y el cúmulo de necesidades que surgen del mismo progreso.

Por ello, el impuesto y subsidio a la gasolina motor en la forma como se ha previsto en el proyecto, resulta justo si se tiene en cuenta que su recaudo solo podrá aplicarse a la construcción, conservación y mejoramiento de vías y a la electrificación rural.

Por lo anterior, solicitamos la aprobación de este capítulo sin modificación alguna.

PROPOSICION

Dése primer debate al Proyecto de Ley número 2 de 1983, "por el cual se fortalecen los fiscos de las entidades territoriales y se dictan otras disposiciones complementarias", con las modificaciones propuestas.

Vuestra Comisión,

(Fdo.) David Turbay Turbay, (Fdo.) Rodrigo Pineda Gutiérrez, (Fdo.) Daniel Muñoz Gómez, (Fdo.) Miguel Motoa Kuri.

SENADO DE LA REPUBLICA

Sesiones Extraordinarias (Decreto No. 1150 abril 24 de 1983). Sesiones Conjuntas de las Comisiones Terceras Constitucionales Permanentes

del Congreso Nacional (Mensaje de urgencia junio 10. de 1983. Artículo 91 Constitucional).

Bogotá, D.E., junio 15 de 1983

En sesión de la fecha, según consta en el Acta No. 013 de 1983, fue aprobado en primer debate, con modificaciones, en sesión conjunta por las Comisiones Terceras Constitucionales del Congreso Nacional, el Proyecto de Ley No. 2 Cámara de 1983 "por la cual se fortalecen los fiscos de las entidades territoriales y se dictan otras disposiciones complementarias". El debate y aprobación de su articulado se llevó a efecto en las sesiones conjuntas de los días jueves 9 de junio, martes 14 de junio y miércoles 15 de junio de 1983. El texto aprobado es el que aparece consignado en 28 folios útiles que contiene noventa (90) artículos dentro del expediente. En la aprobación del título y del articulado del proyecto de la referencia se cumplieron todas las disposiciones legales y reglamentarias (votación secreta). Todo este procedimiento ajustado a la legalidad y reglamentos fue ratificado mediante constancia del señor Presidente de las Comisiones, Honorable Senador Carlos Holguín Sardi, constancia que se encuentra consignada en la relación de debates de la fecha. En la discusión y estudio del articulado se hicieron presentes en el debate los señores Ministros de Gobierno y Hacienda doctores Rodrigo Escobar Navia y Edgar Gutiérrez Castro. La Presidencia de la Comisión Tercera Constitucional Permanente de la Honorable Cámara de Representantes designó Ponente para Segundo Debate al Honorable Representante Daniel Mazuera Gómez, con (24) horas de término.

El Presidente de la Comisión Tercera del H. Senado de la República, (Fdo.) Carlos Holguín Sardi. El Presidente de la Comisión Tercera de la H. Cámara de Representantes, (Fdo.) León Arango Paucar. El Secretario de la Comisión Tercera del H. Senado de la República, (Fdo.) Estanislao Rozo Niño. El Secretario de la Comisión Tercera de la H. Cámara de Representantes, (Fdo.) Ricardo Alarcón Guzmán.

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE

Al Proyecto de Ley número 2 de 1983. H. Cámara de Representantes. Por el cual se fortalecen los fiscos de las entidades territoriales y se dictan otras disposiciones.

Honorables Representantes:

Cumplido con el honroso encargo de presentar a vuestra ilustrada consideración ponencia para que se dé segundo debate al Proyecto de Ley número 2 de 1983, "por el cual se fortalecen los fiscos de las entidades territoriales y se dictan otras disposiciones".

Este Proyecto surtió ya exitosamente el trámite reglamentario en la Comisión Tercera Constitucional de la Honorable Cámara de Representantes

y por lo tanto puede ser considerado por la Corporación en pleno en Segundo Debate.

Consideraciones generales

El Proyecto, presentado por el Gobierno Nacional reúne el articulado de los decretos Nos. 3745, 3815, 3816, de 1982 y 71, 72, 233, 383, 389, 390, 392, 393, 394, 396 de 1983 expedidos durante la segunda emergencia económica decretada por la actual administración a finales del año pasado, y cuyos textos fueron declarados inconstitucionales por la Corte Suprema de Justicia. En consecuencia los diversos capítulos en que se encuentran divididos se refieren en su orden al catastro, al impuesto de industria y comercio a los impuestos de circulación y tránsito y timbre nacional sobre automotores, a los impuestos al consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillos y al impuesto a la gasolina motor, tributos que hacen parte fundamental de los ingresos tributarios de los Departamentos y Municipios y que, si se aprueba este Proyecto, serán sustancialmente fortalecidos.

El robustecimiento de los fiscos de nuestras entidades territoriales tiene en verdad una alta prioridad para el bienestar de Colombia. Las varias misiones técnicas que han estudiado la situación fiscal de estas entidades en los últimos años han concluido unánimemente en la necesidad impostergable de crear mecanismos que enderecen la preocupante y creciente decadencia de los ingresos tributarios de los Departamentos y Municipios del país. Sólo así se podrá lograr su gradual independencia del presupuesto del Gobierno central y una mayor capacidad para enfrentar por sí solos los problemas inherentes al desarrollo económico y social de las regiones. Este proyecto constituye pues un ambicioso paso hacia el logro de este importante objetivo nacional y por lo mismo su contenido fue estudiado por las comisiones terceras constitucionales del Senado y la Cámara con una extrema y diligente atención.

El trabajo realizado durante las numerosas y largas sesiones que existió su aprobación en primer debate, rindió sus frutos y por eso puedo decir sin vacilación alguna que el texto que hoy se somete a vuestra consideración, ampliamente concertado y discutido, es el resultado de este esfuerzo y de los valiosos aportes de los numerosos congresistas que participaron en los debates. El Proyecto, tiene por tanto, el mérito de haber sufrido ya un amplio y detallado examen y de ser el producto del trabajo conjunto de parlamentarios y funcionarios del Gobierno. Todos ellos, en el curso de las discusiones, introdujeron al proyecto original importantes adiciones y correcciones las cuales, en su conjunto, hacen que sin duda alguna pueda calificarse este nuevo texto como una versión mejor que la original.

Modificaciones introducidas al Proyecto durante el primer debate

Aunque casi todos los capítulos del proyecto sufrieron en el curso de las discusiones algunas modificaciones, es posible afirmar que ninguna de ellas atenta contra los objetivos fundamentales que se persiguen en él. Por

el contrario tienden a mejorarlo y a hacer viable y más fácil su cumplimiento cabal. En este orden de ideas y con el fin de que la Corporación pueda conocer las principales modificaciones realizadas, procedo a explicarlas sucintamente a continuación:

1. *Régimen de Catastro.* El texto original del capítulo primero del Proyecto del Gobierno establecía un sistema nacional de reajustes de avalúos catastrales como fin ha actualizar masiva y rápidamente los avalúos de la propiedad inmueble para de esta manera fortalecer los recaudos del impuesto predial en toda la nación. En el curso del debate, fue posible, respetando este objetivo, introducir algunas modificaciones técnicas y jurídicas que garantizan que los objetivos propuestos puedan alcanzarse rápidamente sin hacer innecesarias concesiones a la técnica de formación, actualización y conservación de los catastros. De igual manera, fue constante la preocupación de dotar a los propietarios de los inmuebles reajustados de recursos legales de defensa para el caso de que con motivo de tales reavalúos se incurra en atropellos. La introducción del recurso de apelación en la vía gubernativa, la ampliación del plazo para interponer los recursos y la morigeración de algunos mecanismos de presión sobre los propietarios, originalmente previstos por el Gobierno para forzar la autoestimación de los avalúos, hacen que el nuevo articulado sea más respetuoso de los derechos de los ciudadanos y por ende mucho más acorde con los postulados constitucionales que rigen la vida democrática de esta Nación.

De otro lado, el establecimiento de ciclos quinquenales de reajustes anuales, cumplidos los cuales las autoridades catastrales tienen la obligación de actualizar técnicamente el avalúo de todos los predios con el propósito de registrar las mutaciones que hayan sucedido en ellos y que puedan haber afectado su estimación económica, constituye un aporte nuevo y fundamental. Se establecieron además, criterios modernos de valoración catastral, cuya efectividad ha sido ya ensayada con éxito en otros países, como la rentabilidad potencial de los predios y la observación estadística de las variaciones de precios de la propiedad inmobiliaria, los cuales harán que en el futuro el Catastro de Colombia se forme y actualice en una forma más rápida, técnica y real.

Se incluyeron también criterios precisos a los cuales deberán someterse los municipios cuando estructuren las tarifas del impuesto predial para garantizar que esta reflejen la capacidad económica de los propietarios, en función de la destinación dada a los inmuebles. Esta modificación Enriquece sin duda el proyecto al hacer la tributación más equitativa.

Con el fin de que los concejos municipales puedan decretar una normativa amplia que facilite y permita la vinculación al catastro de los numerosos predios que por uno u otro motivo que no hacen parte hoy de él, se los facultó para otorgar exenciones del pago de intereses y sanciones de mora y del impuesto predial a aquellos propietarios que registren sus inmuebles en las oficinas de catastro antes del 31 de diciembre de 1984.

Finalmente, se concede al Gobierno Nacional amplias facultades extraordinarias para que en el curso de un año, contado a partir de la entrada

en vigencia de la Ley reorganice el sistema a nacional de catastro, registro de instrumentos públicos y liquidación, administración y cobro del impuesto predial en todo el Territorio de la República. Estas facultades, concebidas en forma precisa, pero suficiente, permitirán al Gobierno complementar las normas sustantivas contenidas en la Ley para su efectiva y eficaz aplicación.

2. *Impuesto de Industria y Comercio.* El texto que se somete a nuestro estudio recoge con muy pequeñas variaciones el original del Proyecto. Las principales modificaciones están enderezadas a aclarar algunos aspectos oscuros de la primera versión y a precisar el verdadero alcance de las prohibiciones consagradas en la Ley. Como se mencionó en la ponencia para primer debate, mediante este proyecto se busca crear un estatuto legal uniforme que impida que se cometan abusos y, al establecer una base impositiva común, garantice a los ciudadanos un tratamiento tributario semejante en todo el país.

3. *Impuesto de Circulación y Tránsito y de Timbre sobre Vehículos.* He aquí uno de los capítulos más importantes del proyecto. El nuevo gravamen al rodamiento de automotores constituye un recurso tributario con un gran potencial que sin duda habrá de convertirse en poco tiempo en la base fundamental de los ingresos departamentales. Su elasticidad y la relativa facilidad para controlarlo y cobrarlo hacen que sobre este impuesto se basen las mayores esperanzas. En el curso del debate le fueron introducidas algunas pequeñas modificaciones: tendientes a facilitar su administración y recaudo en los ambientes regionales pero se respetó íntegramente la estructura, tarifas y procedimientos, establecidos en el proyecto gubernamental.

4. *Impuestos al Consumo de Licores y Cigarrillos.* El Proyecto original del Gobierno y el pliego de modificaciones de la ponencia para primer debate buscan dar a estos impuestos un mayor tecnicismo. En relación con el impuesto a los licores se introdujeron pequeñas variaciones a la tarifa tendientes a fomentar mediante una imposición menor la producción de vinos y aperitivos nacionales. Se mejoró así mismo, la concepción de la base tributaria para el cobro de los cigarrillos extranjeros al aceptar que sea el precio CIF en puerto colombiano pero estableciendo la precaución de que dicho precio sea certificado trimestralmente por el INCOMEX, para evitar posibles manipulaciones desde el exterior. De igual manera se buscó dar en relación con ambos impuestos, un trato especial al archipiélago de San Andrés habida cuenta de su peculiar situación caribeña como centro turístico y puerto libre.

5. *Disposiciones varias.* Considero importante mencionar la introducción de un artículo nuevo, el 89, por el cual se establece que los impuestos nacionales que se ceden a las entidades territoriales adquirirán el carácter de rentas de su propiedad exclusiva a medida que las distintas entidades vayan acogiendo sus regímenes tributarios a lo dispuesto en este proyecto de ley. Esta disposición tiene en efecto una gran importancia, pues así se garantiza que el fortalecimiento de los fiscos departamentales y locales, objetivo primordial de este proyecto, tenga un carácter estable y definitivo.

Consideraciones finales

Es poco lo que se diga para resaltar la importancia de este proyecto. Hay en el país el anhelo claro de revitalizar la vida municipal no sólo desde el punto de vista económico sino social y político. Consecuencia y síntoma de ello es la acogida que tiene la opinión pública la iniciativa, hoy en estudio en el Congreso, de elegir popularmente los alcaldes municipales y el deseo, expresado clamorosamente, de fortalecer los gobiernos regionales y las autoridades locales para que puedan enfrentar auténticamente los desafíos que impone y exige el desarrollo socioeconómico de una nación como Colombia. Pues bien, este propósito corre el serio peligro de malograrse si no se fortalecen previa o simultáneamente las finanzas de nuestras entidades territoriales. De poco serviría en efecto que los alcaldes fuesen elegidos por el pueblo si éstos, una vez en el cargo, no pueden desarrollar una obra de Gobierno por falta de recursos. De ahí la inmensa importancia del proyecto que hoy se somete a vuestra consideración. El constituiré en caso de que sea aprobado en segundo debate por ambas Cámaras, el primer gran paso en el promisorio camino hacia la revitalización de nuestra vida democrática.

Por todas las consideraciones anteriores y como consecuencia de ellas, me permito proponer:

Dése segundo debate al Proyecto de Ley Número 2, Cámara, por el cual se fortalecen los fiscos de las entidades territoriales y se dictan otras disposiciones.

Vuestra comisión,

(Fdo.) Daniel Mazuera Gómez, Representante Ponente.

CAMARA DE REPRESENTANTES

Secretaría General - Sección Tramitación de Leyes

Bogotá, junio 20 de 1983

En sesión plenaria de la fecha fue aprobado el texto del Proyecto de Ley No. 2 de 1983 extr. en la misma forma que la Comisión en votación secreta con el siguiente resultado (1122) balotas blancas - contra 0 balotas negras, escrutadores H. R. Emilio Aljure N., José Antonio Gómez H., Rómulo Perdomo Medina, Jorge Tarazona Rodríguez.

(Fdo.) Hugo Castro Boria, Presidente Cámara de Representantes. (Fdo.) Julio Enrique Olaya Rincón, Secretario General Cámara de Representantes.

HISTORIAL DEL SENADO DE LA REPUBLICA

El proyecto de ley fue aprobado en primer debate en la sesión conjunta de las comisiones terceras Permanentes del Congreso, realizada el día 15 de junio de 1983.

Ponente para segundo debate fue nombrado el Honorable Senador Luis Carlos Galán Sarmiento, quien presentó el informe correspondiente siendo aprobado en la sesión plenaria del día 22 de junio de 1983.

Se transcriben los documentos pertinentes que dan fe de lo aseverado.

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE

Proyecto de ley número 9 de 1983. Sesiones extraordinarias. Honorable Senador, "por la cual se fortalecen los fiscos de las entidades territoriales y se dictan otras disposiciones".

Honorables Senadores:

Por honrosa designación que me hiciera la Presidencia de la Comisión Tercera del Senado de la República, me corresponde rendir ponencia para que se dé segundo debate al Proyecto de Ley número 9 de 1983, "por el cual se fortalecen los fiscos de las entidades territoriales y se dictan otras disposiciones".

El proyecto ya cumplió el trámite reglamentario en la Comisión III y en la plenaria de la Cámara de Representantes. Igualmente fue aprobado por la Comisión III del Senado en primer debate. El proyecto busca restablecer la vigencia de las normas de los decretos números 3745, 3815, 3816, de 1982 y 71, 72, 233, 383, 389, 390, 392, 393, 394 y 396 expedidos por el Gobierno Nacional en uso de las facultades especiales de la emergencia económica decretada por el Ejecutivo a fines del año anterior, los cuales fueron declarados inexequibles por la Corte Suprema de Justicia.

En el proyecto de ley el gobierno reunió todas las disposiciones relacionadas con los fiscos de las entidades territoriales tales como el catastro, el impuesto de industria y comercio, los impuestos de circulación y tránsito y timbre nacional sobre automotores, los impuestos al consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillos y el impuesto y subsidio a la gasolina motor.

En la exposición de motivos el gobierno señala que el "proyecto está referido a los fiscos de las entidades territoriales para corregir la rigidez e inelasticidad de algunos impuestos suyos, a fin de dotarlos de más recursos para que puedan cumplir sus trascendentales responsabilidades en la vida del país". Afirma igualmente el gobierno que "la situación fiscal se ha caracterizado en los últimos años por un marcado debilitamiento de los

ingresos tributarios, tanto de la Nación como de los departamentos y municipios, frente a un acentuado crecimiento de los gastos públicos, no sólo por la inflación sino, fundamentalmente, por las necesidades de la comunidad".

Para respaldar estas afirmaciones el gobierno presenta varios cuadros sobre la elasticidad de los principales impuestos departamentales y de los ingresos consolidados municipales elaborados por la Misión Wiesner Bord que hizo el estudio de las Finanzas Intergubernamentales en Colombia en el cual se demuestra que los ingresos de los departamentos y los municipios han venido creciendo a un ritmo inferior al del producto bruto interno y que son, precisamente los ingresos tributarios y en forma especial los impuestos predial y de valorización, los que han tenido un comportamiento más débil.

Consideraciones generales

Desde hace quince años, en la reforma constitucional, de 1968, el Constituyente señaló la necesidad de redistribuir los recursos de las entidades territoriales con el fin de mejorar los ingresos de los departamentos y los municipios. Desde entonces y a pesar de la legislación sobre situación fiscal y sobre impuesto a las ventas, los fiscos departamentales y municipales se han debilitado notoriamente. En 1968, por ejemplo, los ingresos de los municipios conformaban un 13,3% del monto total de ingresos públicos, porcentaje que se redujo el 7,2% en 1973 y que en 1981 escasa-mente llegó al 6%. Sin duda alguna, la manifestación más concreta de la crisis municipal en Colombia es la falta de financiamiento para emprender obras de desarrollo y proveer servicios básicos a la comunidad. El alcance limitado de los tributos locales y su recaudo ineficiente es una de las causas de dicha situación, el primero por culpa de la centralización económica y financiera y el segundo por la utilización de criterios anacrónicos de tipo administrativo y fiscal.

La autonomía fiscal es la garantía más efectiva de la descentralización. Según el grado de autonomía fiscal de las entidades territoriales se puede establecer la extensión de la descentralización político administrativa. Cualquiera que sea la denominación que se dé a la descentralización siempre supone el traslado de autoridad y responsabilidad parcial o total, de la Nación al departamento y al municipio. La autonomía financiera y económica define y refuerza el alcance de este traslado.

Los limitados esfuerzos de los instrumentos legales de la descentralización, así como la comprobación estadística del deterioro secular de las finanzas seccionales y la concurrencia creciente de la necesidad de mejorar la eficacia y la eficiencia del Estado en todos los niveles de la administración, han acentuado el interés por el tema. Hoy se reconoce que la autonomía fiscal, aunque por sí sola no puede tomarse como solución, es un factor indispensable en el proceso de revitalizar la vida de los departamentos y municipios.

En nuestro medio con mayor interés en los últimos años, se ha emprendido el camino de la revisión de la estructura de las finanzas intergubernamentales. Una contribución al estudio de tan delicado tema y al diseño de propuestas concretas para corregir la actual estructura lo constituye el trabajo de la Misión sobre Finanzas Intergubernamentales, mencionado en párrafos anteriores, el cual sugiere, por ejemplo, que en el suministro de bienes sociales ha de prevalecer la dimensión territorial que mejor asocia la relación beneficio-costo, obteniendo conclusiones claras sobre la delimitación de la autonomía y responsabilidad de cada división jurisdiccional.

Particularmente útil es el reconocimiento de que cada nivel jurisdiccional debe estar en capacidad de proveer una cantidad promedio de servicios mediante el esfuerzo de quienes los disfrutan. En cuanto existan disparidades en las bases tributarias percápita, habrá necesidad de efectuar transferencias niveladoras, las que se seguirán por criterios de necesidad, capacidad y esfuerzo. Igualmente interesante es el reconocimiento que se hace de la necesidad de recobrar para el sector central su capacidad de adelantar, con flexibilidad, sus propias funciones de provisión de bienes sociales de competencia nacional. Aumentar el esfuerzo de financiación pública municipal y departamental, hoy declinante, en buena parte como resultado de la creciente participación de las transferencias, es otro ángulo de especial trascendencia en este tema. Solamente con la combinación de estos factores será factible fortalecer la inversión pública nacional, actualmente deprimida en razón de la inelasticidad de los recaudos y el agudo déficit del gobierno central.

Para cumplir los objetivos propuestos resulta indispensable rediseñar los instrumentos de captación de recursos de los municipios y departamentos de tal modo que reflejen de cerca la evolución de la actividad económica, el autofinanciamiento de los servicios locales y la facilidad de su administración.

La calidad de los servicios locales

El proyecto de Ley fue aprobado después de un detallado análisis y tras numerosas e importantes modificaciones. Infortunadamente la iniciativa gubernamental, presentada dentro de un contexto tributario y de urgencia, no permitió incluir algunos aspectos de indudable correlación de los referentes al control y orientación del gasto y la administración de los servicios locales. Un incremento tan significativo de los ingresos departamentales y municipales, justifica una pronta revisión de los sistemas presupuestales y de planeación, así como el examen de las competencias de la Nación, los Departamentos y los Municipios. De esto depende que el esfuerzo de tributación al cual han sido llamados todos los ciudadanos, pueda, en forma eficiente, traducirse en una vida en comunidad menos angustiada y más acorde con la dignidad humana.

La calidad de los servicios locales se ha deteriorado hasta el punto de desaparecer en numerosos municipios, con grandes perjuicios para el ciudadano que ya no puede, en la vida moderna, suplir las fallas del servicio con su propio esfuerzo. Por ejemplo, la administración de la Justicia Policial

va, de innegable importancia como elemento preventivo de conflictos mayores, ha quedado en manos de funcionarios y auxiliares mal remunerados, mal dotados y peor preparados. La asistencia social y la seguridad pública han regresado al viejo y humillante concepto de la caridad pública muchas veces ejercida en forma farisiaca, por los mismos privilegiados del de sorden en la administración local.

La vigilancia, el transporte masivo, la señalización vial y la recreación popular, se convirtieron en lucrativos negocios particulares. El barrio de calles y los servicios domiciliarios de acueducto, la recolección de basuras, la energía y los teléfonos han quedado limitados en su cobertura y calidad a las tarifas que paguen sus usuarios.

Todas estas deficiencias estimulan la insatisfacción que hoy siente el ciudadano frente a las administraciones locales. La confrontación diaria y continua de la inseguridad callejera, la mala calidad del transporte, la denegación de justicia en los frecuentes pleitos entre vecinos o entre automovilistas, genera hechos de violencia; en general, la ausencia de servicios esenciales para el transcurrir normal de la vida en conglomerados humanos, justifica plenamente profundos cambios en la organización de los municipios y departamentos e innovaciones fiscales como las que contiene este proyecto de ley.

Hechos estos comentarios generales sobre los fiscos de las entidades territoriales y la situación de los servicios a cargo de los municipios es oportuno examinar los principales capítulos del proyecto.

El régimen de Catastro y el Impuesto Predial

El Catastro Nacional establecido en Colombia desde 1940, conforme a procedimientos técnicos, permite, entre otros objetivos, establecer la base del impuesto predial, de algunas sobretasas municipales y tiene además importante incidencia en el régimen de Impuestos Nacionales y de Renta y Complementarios. A pesar de la fuerza de la ley y de lo específico de las normas, el Catastro ha tenido un desarrollo lento. Factores como la inflación y el rápido crecimiento de los núcleos urbanos, dejan rápidamente desactualizados los avales catastrales, por lo cual, gobiernos anteriores (Administraciones Ospina Pérez y Rojas Pinilla) intentaron también, por vías excepcionales (Estado de Sitio), reajustar los avales porcentualmente, para recuperar, en parte, el nivel de la base tributaria. En esta oportunidad el gobierno propuso no sólo un reajuste sino consagrar el procedimiento automático como recurso permanente en poder del Ejecutivo.

Esta disposición fue insistentemente criticada por la opinión pública y casi sin excepción por los diferentes sectores políticos. Algunos propusieron limitar la cuantía del reajuste y otros la aplicación gradual de los efectos fiscales, sin embargo, la tesis que tuvo acogida fue la de permitir los revalúos y autoavaleos pero sólo en forma transitoria y supletoria del avalúo técnico. Se fijó un periodo máximo de cinco años entre las vistas obligatorias a cada predio, para practicar el avalúo con base en las condicio-

nes reales del mercado inmobiliario. En el intervalo quinquenal de cada avalúo técnico se autoriza la aplicación de reajustes moderados con base en índices especializados del precio de la tierra y del precio de la construcción que nunca podrán superar determinadas proporciones del índice de precios al consumidor.

Para garantizar el cumplimiento de la Ley, los procedimientos catastrales se simplifican en buen grado al evitar el avalúo individualizado de los diferentes componentes del predio. Se prescriben sólo dos avales parciales: terrenos y edificaciones.

Los Auto-Avalúos

Dentro del propósito general de crear procedimientos automáticos de elevación de los avales catastrales, con fines meramente fiscales, el gobierno propuso establecer formalmente el auto-avalúo, según el cual los propietarios o poseedores tenían, todos los años, la opción de cambiar el avalúo con el único requisito de que éste se elevare a un nivel más alto de lo que podrían hacerlo las oficinas catastrales por el mecanismo del reajuste automático.

Las comisiones encontraron que tal procedimiento resultaba incompatible con la introducción de procedimientos técnicos y abreviados como los señalados por los nuevos artículos (4, 5, y 6), según los cuales el avalúo se fija invariablemente mediante el procedimiento técnico de formación o actualización de la base catastral, con vistas realizadas al predio con intervalos no superiores a cinco años.

En estas condiciones los auto-avaleos serían estimulados en la mayoría de los casos por el interés individualista del propietario para obtener ventajas fiscales o de rentabilidad. En efecto, la administración de impuestos nacionales tomará el avalúo catastral y no el costo fiscal para determinar la ganancia ocasional, la renta presuntiva y el patrimonio, así como el valor de la indemnización en caso de expropiación o el de arrendamiento para las viviendas habitadas por las clases medias y bajas. No podría obrarse con justicia si se permitiera que sin intervención de la autoridad catastral se alteraran los avales vigentes. Sin más freno para el propietario que el que podría representar el aumento transitorio de la carga tributaria. Los perjudicados serían los arrendatarios, en caso de mantenerse el actual régimen decretado por el gobierno, o las entidades públicas encargadas de adelantar programas de vivienda, de desarrollo urbano o rural. La Federación de Lonjas de Propiedad Raíz, en una cartilla que repartió entre sus afiliados recomendaba en relación con el avalúo catastral para 1982, colocarse por encima del valor comercial, o por debajo de él, según que la vivienda por arrendar valga menos de un millón de pesos, fuera superior a 2.8 millones, en lo que constituía una clara invitación a mentir a las autoridades catastrales para obtener la mejor rentabilidad posible.

Esto corroboró la conveniencia de reformar la propuesta del gobierno, obligando a quienes presenten un autoavalúo a justificar los incrementos

en factores de valorización, los cuales deberán ser comprobados por las autoridades catastrales antes de aceptar la propuesta de avalúo.

La equidad horizontal que debe observarse en la fijación de la base de un tributo quedaría seriamente resquebrajada si los precios destinados al arrendamiento por vivienda o los susceptibles de ser expropiados, estén revaluados por encima del valor comercial mientras los destinados a otros fines se mantengan por debajo o en el nivel comercial. Para evitarlo sólo es posible acogerse a un solo sistema, el de catastro nacional, a unos mismos procedimientos técnicos, los de formación, actualización y reajuste, previstos en las modificaciones introducidas.

El régimen de arrendamientos

El catastro de Francia está formado entre otros elementos con el de renta percibida o potencial de los predios y ella se toma como base para la fijación de los tributos prediales. La renta es investigada por las autoridades tomando la información directamente de propietarios y arrendatarios o evaluando los factores que la puedan determinar. El proyecto de ley faculta al gobierno para introducir este nuevo concepto en la fijación de los avalúos catastrales, de tal manera que la vinculación entre arrendamientos y avalúos catastrales que el gobierno desea establecer se mantenga siempre que haya investigación técnica catastral. El control de las rentas pagadas por las viviendas, se justifica dentro del Estado moderno como un intervención necesaria en favor de la parte débil en la negociación. Esa parte está constituida por el arrendatario cuando las condiciones del mercado, como es el caso actual, no presenta una oferta suficiente de viviendas para arrendar o compartir. Si la intervención no es adecuada ni específica, se puede incurrir en los excesos de desestimular la oferta o de condenar a ciertos propietarios a una baja rentabilidad. Se deduce de todo lo dicho en el presente semestre que el régimen de arrendamientos amaría una ley específica para no crear desconcierto como evidentemente lo han causado los decretos que en diferentes épocas se han expedido de congelación general, de libertad total, o de libertad adquirida mediante el mayor pago de impuestos.

En el presente proyecto se ha pretendido consignar algunas disposiciones que atenúen el efecto inflacionario del incremento de los impuestos indirectos, al reservar la tarifa mínima del 4 por mil para las viviendas populares y al limitar cualquier reajuste anual al límite máximo del índice del costo de vida.

Muy probablemente en la legislación ordinaria se deberá tener en cuenta el caso de los pequeños rentistas, por lo general, personas que, por fallas en el sistema de seguridad social, dependen a la manera de una pensión de vejez o de viudez, de la renta de una vivienda. A ellos se les debería asimilar en el trato tributario al que tienen los pensionados.

Las modificaciones introducidas respecto al avalúo, en caso de expropiación y negociaciones directas con entidades de derecho público e in-

demnizaciones por ejecución de otras públicas, permitirán agilizar los trámites de adquisición de predios para programas de Reforma Agraria y los planes oficiales de vivienda dentro de un margen responsable de seguridad para no lesionar ni los intereses públicos ni los privados.

El Impuesto Predial, por su carácter de municipal, sólo puede regularse por la Ley mediante autorizaciones a los concejos municipales. Por tal razón el proyecto de ley fija unos límites y unos criterios. Entre éstos cabe destacar el que ordena diferenciar las tarifas del Impuesto Predial según la destinación económica del predio lo que introduce un importante concepto de equidad que tiene antecedentes en las más recientes normas del Cabillo de Bogotá sobre esta materia.

Con el fin de que los concejos municipales puedan decretar una amnistía amplia que facilite y permita la vinculación al catastro de los numerosos predios que por uno u otro motivo que no hacen parte hoy de él, se los facultó para otorgar exenciones del pago de intereses y sanciones de mora y del impuesto predial a aquellos propietarios que registren sus muebles en las oficinas de catastro antes del 31 de diciembre de 1984.

En el proyecto se concede al Gobierno Nacional amplias facultades extraordinarias para que en el curso de un año, contado a partir de la entrada en vigencia de la ley, reorganice el sistema nacional de catastro, registro de instrumentos públicos y liquidación, administración y cobro del impuesto predial en todo el territorio de la República. Estas facultades concebidas en forma precisa, pero suficiente, permitirán al Gobierno complementar las normas sustantivas contenidas en la ley para su efectiva y eficaz aplicación.

Finalmente se autoriza al Gobierno para constituir un sistema integrado por oficinas localizadas en todas las ciudades capitales, en las demás de ciento cincuenta mil (150.000) habitantes y en las asociaciones municipales para prestar los servicios de catastro, registro y facturación, con lo cual se está efectivamente desconcentrando la administración y ayudando a las municipalidades menos desarrolladas.

Las normas de catastro e impuesto predial presentadas por el Gobierno Nacional, sufrieron tal vez como ninguna otra de sus propuestas tributarias, una benéfica transformación y puede decirse que las hoy contenidas en el proyecto a su consideración reestructuran a fondo el sistema vigente desde hace 43 años, adecuándolo a las nuevas circunstancias de un país urbano y preservando la equidad y las técnicas tributarias.

Impuesto de industria y comercio

El impuesto de industria y comercio encuentra sus raíces históricas y legales en 1826 cuando se estableció una "contribución industrial", mediante la cual se obligaba a todas las personas que desempeñaban actividades industriales, comerciales, artes, oficios, etc, a obtener una patente de funcionamiento. Más tarde, la Ley 97 de 1913, creó proplamente el impuesto de industria y comercio como renta municipal, sin especificar las

bases de las tasas de impuestos, lo que ha dado lugar a una variada gama de sistemas. Sin embargo, cabe destacar que esta legislación taxativamente especificó los sectores sujetos al gravamen, quedando incluidos los "establecimientos industriales, clubes, teatros, cafés, cantinas, cines, billar, circos, juegos, casas de préstamos y empuño, pesebreras, depósitos, almacenes y tiendas de expendio de cualquier clase". Entre tales actividades no fue incluido inicialmente el sector financiero y sólo hasta 1955 se le incorporó.

En 1968 se fijaron gravámenes a dichas instituciones por un monto absoluto anual en pesos por oficina, con valor creciente según el tamaño del municipio donde estuviesen localizados.

Según se lee en la ponencia presentada para primer debate, el proyecto en el capítulo del impuesto de industria y comercio se limita a restablecer la justicia tributaria con relación al sector financiero, que vería gozando desde 1968 de un tratamiento privilegiado que no alcanzó a ser corregido por la Ley 57 de 1981.

En general el contenido de los capítulos II y III ("Impuestos de Industria y Comercio y de avisos y tableros" e "Impuestos de Industria y Comercio al sector financiero") sufrió pocos cambios en la Comisión III con relación al proyecto por el ponente en el pliego de modificaciones. En algunos artículos se precisaron los alcances de las medidas y se definieron límites exactos con el fin de unificar la aplicación del impuesto en forma equitativa. Por otra parte, se introdujeron algunas determinaciones adicionales buscando evitar equívocos y por consiguiente, posibles fuentes de evasión en la aplicación de la ley. Los cambios más relevantes fueron los siguientes:

1. En el artículo 33 se definieron los rangos de las tarifas impositivas dentro de los cuales se pueden mover los Concejos Municipales, ya que el pliego de modificaciones sólo precisaba límites máximos.

Al definir un límite mínimo se pretende que la aplicación del impuesto sea más justa y equitativa en todos los municipios.

De otro lado, se adicionaron 2 parágrafos nuevos a éste artículo a los cuales se define con claridad la base sobre la cual se liquidará el impuesto de industria y comercio para las Agencias de Publicidad, los Administradores y corredores de bienes inmuebles, los corredores de Seguros y los distribuidores de derivados del petróleo, ya que en estos casos particulares podrían presentarse interpretaciones ambiguas que a su vez se constituirían en posibles fuentes de evasión tributaria.

20. En el artículo 39 se introdujo el literal e) que impide gravar con este impuesto la etapa de transformación primaria en predios rurales para las actividades agropecuarias, con el fin de dar aún más incentivos al sector agrícola.

Se excluyeron expresamente de esta prohibición las industrias en las cuales haya cualquier tipo de transformación, como son, por ejemplo, los

ingenios azucareros que tradicionalmente no han contribuido, a las finanzas de los municipios con el impuesto de industria y comercio, situación que se consideró inequitativa.

3. El artículo 44 del capítulo III sufrió dos modificaciones:

a) En primer lugar, se dió la posibilidad de cobrar una suma fija adicional al impuesto de industria y comercio por cada agencia que tuvieran las entidades de crédito, financieras, de seguros y reaseguros, en los municipios cuya población fuese igual, inferior o superior a 250.000 habitantes, ya que la propuesta del pliego de modificaciones limitaba dicho cobro a los municipios con una población entre 250.000 y 500.000 habitantes.

b) En segundo lugar, se definieron aumentos automáticos anuales, de acuerdo al incremento del índice general de precios certificados por el DANE, para esa suma fija que los municipios cobrarán por cada agencia de las entidades artes mencionadas. Se consideró que esta disposición permite mecanismos similares a nivel nacional, lo cual no se lograría con la propuesta inicial incluida en el pliego de modificaciones, que proponía dar autorización a los concejos municipales para variar esa tarifa.

4. Un aporte muy importante lo constituye el artículo 48, nuevo en el proyecto, que da destinación específica a los recaudos hechos por los municipios por concepto del Impuesto de Industria y Comercio, ya que los asigna a proyectos de inversión, a menos que en los planes de desarrollo municipales se determinen otros destinos. Esta medida es muy sana puesto que impide que esos ingresos se destinen a cubrir gastos normales de funcionamiento y estimula la elaboración de planes de desarrollo locales.

Impuesto de circulación y tránsito y de timbre sobre los vehículos automotores

Como bien lo anota el ponente en el segundo debate en la Cámara de Representantes, éste capítulo es fundamental para el robustecimiento de los fiscos departamentales y constituye, en buena medida, la columna vertebral del proyecto de ley.

Este capítulo no sufrió en el transcurso del debate en las comisiones modificaciones sustanciales. Sin embargo, se hicieron algunas precisiones en la redacción, de igual forma, el impuesto a los vehículos particulares cuyo valor comercial es inferior o igual a \$350.000 se mantuvo en el 8 por mil, tal como lo proponía el proyecto inicial del gobierno; las disposiciones contenidas en los artículos 55 y 57 del proyecto original y que fueron suprimidos por el pliego de modificaciones, que se refieren al cobro del impuesto de circulación y tránsito en los municipios en donde no existan secretarías de tránsito clase A, se volvieron a introducir, en forma más precisa y mejorada, como un nuevo artículo (el No. 58 del pliego definitivo), para, de esta forma, permitir a dichos municipios el recaudo del citado impuesto; finalmente, se suprimió el artículo 59 que trataba sobre los intere-

ses de mora, el cual pasó a ser una disposición de tipo general para todos los impuestos de que trata esta ley (artículo 88 del pliego definitivo).

Impuesto al consumo de licores

El tema de éste capítulo venía siendo motivo de discusión y debate en el Congreso de la República y en otros ámbitos desde tiempo atrás. Con las medidas que están contenidas en este proyecto se busca organizar, modificar y tecnificar la legislación en esta materia.

Las modificaciones que se introdujeron al proyecto original fueron las siguientes:

1. Se determinó que el impuesto para los vinos, vinos espumosos o espumantes y aperitivos producidos en el país fuera menor (5%) que el impuesto de los mismos productos extranjeros (10%).
2. Se decidió darle un tratamiento preferencial a la Intendencia de San Andrés y Providencia, en materia de licores, importados o que ingresen a ese lugar, tal como acontece en el presente, ya que las circunstancias de tipo social y económico del archipiélago así lo ameritan. Es de anotar que tanto el proyecto original del gobierno como en el pliego de modificaciones no se consideraba dicho tratamiento preferencial.

Impuesto al consumo de cigarrillos

Los objetivos fundamentales de este capítulo como lo anota el gobierno en la exposición de motivos son: unificar la dispersa legislación vigente sobre la materia e introducir correctivos a la injusta discriminación existente en contra de la producción nacional.

Los cambios que en el transcurso del debate se introdujeron a la propuesta del pliego de modificaciones fueron:

1. Se definió como base para liquidar el impuesto a los cigarrillos importados el valor CIF, determinado para cada trimestre por el INCOMEX, y no el precio de distribución tal y como se proponía en el pliego por considerarse que este último podría ser una base tributaria de características a veces no muy definidas y determinadas.

2. Tal y como se determinó en el caso de los licores, se probó dar un tratamiento preferencial a San Andrés y Providencia. De esta manera, manteniendo la filosofía del proyecto, se definió una tarifa impositiva diferente para los cigarrillos de producción nacional (20% sobre el precio de fábrica) y para los importados (30% sobre el valor CIF).

Disposiciones varias

Tal como se anotó anteriormente, se determinó que en caso de mora para el pago de los diferentes impuestos de que trata esta ley, se aplicarán las mismas sanciones que la ley contempla para el impuesto de renta y complementarios.

Finalmente, cabe destacar la introducción de un nuevo artículo, el 89, mediante el cual se establece que todos los impuestos nacionales cedidos a los Departamentos, Intendencias y Comisarias por esta ley, adquirirán el carácter de rentas de su propiedad exclusiva a medida que las Asambleas y Concejos los adopten.

Esta disposición es importante porque le dá un carácter definitivo a las medidas que en materia de impuestos pretenden fortalecer los fiscos departamentales y municipales, mediante la cesión de tributos del orden nacional. Se constituye, de esta forma, el proyecto de ley que se discute, en una eficaz herramienta para lograr una mayor descentralización en el campo presupuestal y en el de los ingresos fiscales.

El proyecto de ley deberá significar recaudos importantes para las entidades territoriales. Según los cálculos del Gobierno, el incremento en los impuestos departamentales, intendenciales y comisariales se estima, para el primer año de vigencia, en \$8.525 millones y el incremento de los impuestos municipales en \$3.160 ó \$5.587 millones según que se aplique la tarifa mínima o máxima del impuesto predial. Es evidente que se trata de sumas que permitirán aliviar los problemas fiscales de las entidades territoriales. Su aprobación por el Congreso en esta legislación extraordinaria no sólo mejorará las posibilidades económicas de los departamentos y municipios sino que aumentará los motivos para que se persevere en una política integral de descentralización administrativa que considere los demás factores de la transformación del régimen territorial, sin reducir la legislación a las soluciones parciales como ha sucedido habitualmente.

Por todas las consideraciones anteriores me permito proponer: "Dése segundo debate al proyecto de ley número 9/Senado por el cual se fortalecen los fiscos de las entidades territoriales y se dictan otras disposiciones".

Vuestra Comisión,

(Fdo.) Luis Carlos Galán, Senador Ponente.

Bogotá, junio 22 de 1983

Aprobado en segundo debate en sesión plenaria de la fecha en votación secreta por el Honorable Senado de la República el Proyecto de Ley No. 9 Senado de 1983 (Cámara No. 2/83 Sesiones extraordinarias) "Por la cual se fortalecen los fiscos de las entidades territoriales y se dictan otras disposiciones", por ochenta y tres balotas (83) blancas contra una (1) balota negra, fueron nombrados escrutadores los Honorables Senadores Mario Giraldo Henao y José Fernando Botero.

El Presidente del H. Senado, (Fdo.) **Bernardo Guerra Serra**. El Secretario General del H. Senado, (Fdo.) **Crispín Villazón de Armas**.

INDICE

Presentación 7
 Introducción 9

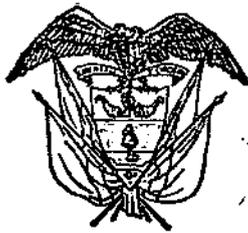
Acto Legislativo 1 de 1983. "Por medio del cual se reforma el artículo 113 de la Constitución Nacional..... 11
 — Proyecto de Acto Legislativo..... 13
 — Exposición de motivos..... 13
 — Historial de la Cámara de Representantes..... 15
 — Ponencia para primer debate..... 15
 — Ponencia para segundo debate..... 17
 — Historial del Senado de la República..... 19
 — Ponencia para primer debate..... 20
 — Ponencia para segundo debate..... 22

Segunda vuelta

—(Cámara) Ponencia para primer debate..... 23
 — Pliego de modificación..... 25
 — Ponencia para segundo debate..... 26
 —(Senado) Ponencia para primer debate..... 27
 — Ponencia para segundo debate..... 30

Ley 1 (18 de enero) "Por la cual se modifican algunas disposiciones legales relacionadas con la reserva de las declaraciones tributarias..... 32
 — Exposición de motivos..... 34
 — Historial de la Cámara de Representantes..... 34
 — Ponencia para primer debate..... 34

9.7. Exposición de motivos de la Ley 10 de 1990



DIRECTORES:
CRISPIN VILLAZON DE ARMAS
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
LUIS LORDUY LORDUY
SECRETARIO GENERAL DE LA CAMARA

Bogotá, viernes 3 de noviembre de 1989

AÑO XXXII - No. 119
EDICION DE 16 PAGINAS
EDITADOS POR: IMPRENTA NACIONAL

SENADO DE LA REPUBLICA

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NUMERO 112 DE 1989

por medio de la cual se prohíbe aplicar en el reajuste del valor de las tarifas de transporte aéreo, terrestre, de servicios públicos y de matrícula de estudios universitarios el Sistema de Valor Constante UPAC.

El Congreso de Colombia,

DECRETA:

Artículo 1º A partir de la vigencia de la presente ley ninguna empresa de transporte aéreo o terrestre, de prestación de servicios públicos o universidad, podrá reajustar sus tarifas, con fundamento en la aplicación del Sistema de Valor Constante UPAC.

Artículo 2º Autorízase al Gobierno Nacional para que establezca los mecanismos necesarios para el fiel cumplimiento de la presente ley y las sanciones a que se hacen acreedores sus infractores.

Artículo 3º La presente ley rige desde el momento de su sanción y promulgación.

Publíquese y cúmplase.

Presentada a la consideración del Senado, por el suscrito Senador,

Hernán Villegas Ramírez.

EXPOSICION DE MOTIVOS

Honorables Senadores:

Como todos sabemos la corrección monetaria es el mecanismo utilizado en el sistema colombiano de Ahorro y Vivienda para reajustar el valor del dinero con el propósito de restituirle, en todo o en parte, el poder adquisitivo que pierde día tras día como consecuencia, especialmente, del incremento de los precios de bienes y servicios.

En el plan de desarrollo "las cuatro estrategias" de la administración Pastrana Borrero, se contempla el sistema UPAC, creado como parte de una estrategia de desarrollo que buscaba obtener en el sector de la Construcción Urbana tasas de crecimiento superiores a las del resto de los sectores de actividad económica para, a través de los efectos indirectos que conlleva el crecimiento de la construcción, lograr un estímulo al conjunto de la economía. La formulación del plan en estos términos tuvo como base la situación específica del sector de la construcción, cuyas particularidades hacen posible la realización de esos objetivos:

Por una parte, la gran demanda de insumos industriales generada por un auge de la Construcción Urbana crea efectos benéficos en el desarrollo de la actividad industrial del empleo, y en general, estimula el crecimiento de la producción y del ingreso. Por otra parte, el empleo de mano de obra de baja calificación y de insumos industriales con un bajo componente de importaciones, permitan pensar en la posibilidad de lograr un desarrollo acelerado del sector sin encontrar obstáculos en la disponibilidad de recursos necesarios para el efecto. Además, existía y existe aún hoy, una alta demanda potencial de vivienda que deber ser satisfecha mediante el incremento de la construcción habitacional Urbana. Para complementar el esquema anterior, era necesario allegar los recursos financieros suficientes para estimular el crecimiento de la construcción urbana.

El ahorro privado se debería constituir en la fuente principal y única de recursos, de tal forma que no hubiere necesidad de recurrir a otras fuentes adicionales de financiamiento tales como el presupuesto nacional o fondos provenientes del crédito externo. Sin embargo, dada la magnitud de la inversión propuesta y el tipo de estímulo que se pretendía aplicar a la actividad constructora era necesario crear unos incentivos suficientemente atractivos para fomentar el crecimiento del ahorro privado en los volúmenes necesarios para conseguir las metas.

Todas estas consideraciones se tomaron en cuenta en las normas fundamentales del Sistema UPAC, en el seno del cual deberían actuar las entidades encargadas de canalizar los recursos provenientes del ahorro privado, que se destinaría a financiar el desarrollo de la industria de la construcción, las Corporaciones de Ahorro y Vivienda.

El principal incentivo propuesto para garantizar una afluencia de recursos estable y creciente fue el de conservar el "valor constante" de los ahorros y préstamos mediante la aplicación a éstos de un mecanismo de ajuste monetario —la corrección monetaria— que preservara el valor "real" de los fondos manejados por el sistema:

"El fomento del ahorro para la construcción se orientará sobre la base del principio del valor constante de ahorros y préstamos, determinando contractualmente. Para efecto de conservar el valor constante de los ahorros y de los préstamos a que se refiere el presente decreto, unos y otros se reajustarán periódicamente de acuerdo con las fluctuaciones del poder adquisitivo de la moneda en el mercado interno, y los intereses pactados se liquidarán sobre el valor principal reajustado" (artículo 30, Decreto 677 de 1972).

En la norma citada se encuentran los dos principios filosóficos sobre las cuales se instituyó la aplicación del mecanismo de corrección monetaria en el Sistema UPAC, en primer lugar, se establece un reajuste periódico a los fondos manejados por el Sistema, el cual está directamente relacionado con las fluctuaciones del poder adquisitivo de la moneda (o, lo que es equivalente, con las fluctuaciones de los precios) en el mercado interno.

En segundo lugar, se determina que se deben liquidar intereses sobre el valor principal reajustado.

El primero de estos principios está reconociendo que para mantener el valor constante de una cantidad de dinero a la largo del tiempo, se debe aplicar a la misma un elemento de ajuste que le restituya la capacidad adquisitiva que pierde como consecuencia del incremento de los precios de los bienes y servicios. Dado que, debido al incremento sostenido de los precios monetarios, cada día se puede adquirir una menor cantidad de bienes con la misma cantidad de dinero, para que el valor real del dinero permanezca constante es necesario reajustarlo de acuerdo con la variación de los precios. Se está, entonces, reconociendo la existencia de un fenómeno inflacionario y tratando de proteger el dinero contra la erosión que a su valor le causa la existencia de la inflación.

El segundo principio determina que se debe reconocer una rentabilidad al ahorro dirigido al Sistema UPAC (liquidación de intereses) después de reajustar el valor "principal" depositado. Allí está la diferencia con otros sistemas de ahorro financiero, dado que, además de mantenerse el valor constante del ahorro a través del tiempo se está reconociendo una rentabilidad "real" positiva al ahorrador en UPAC. La tasa de interés que se le reconoce es un premio efectivo sobre el valor real, o valor constante, del dinero depositado. Fue ésta una innovación fundamental introducida por el Sistema UPAC frente a otros sistemas de ahorro financiero, los cuales reconocían, y algunos lo continúan haciendo aún, tasas de interés menores que el mismo índice de incremento de los precios, lo que se traduce en una desvalorización continua del ahorro financiero.

Para llevar a cabo el sistema en sus aspectos institucionales y operativos y hacer posible su puesta en marcha el gobierno nacional expidió los Decretos números 677, 678 y 1229 de 1972 a través de los cuales, autoriza el establecimiento de un procedimiento de captación de ahorro y financiación de vivienda, basada en el valor constante, tanto para los ahorros como para los préstamos destinados a la construcción y adquisición de vivienda.

El excelente resultado que produjo el Sistema UPAC a las corporaciones de ahorro y vivienda en la defensa del valor real de los préstamos otorgados, ha conducido a que, empresas de servicios públicos y de transporte principalmente aéreo, universidades, reajusten sus tarifas con fundamento en la aplicación del Sistema de Valor Constante UPAC. Creando una distorsión del objetivo inicial del sistema y de la economía ya que los sectores económicos diferentes a la construcción no están en posibilidad de soportar el sistema UPAC.

Además la corrección monetaria golpea muy fuertemente el presupuesto de los ciudadanos, y deprime su capacidad de compra y poder adquisitivo, porque éste crece más lentamente que aquí, pues sus ingresos no evolucionan al mismo ritmo que el crecimiento en

el índice de precios y el crecimiento del UPAC supera, inclusive, el ritmo de la inflación siendo su aumento superior al de los precios y salarios.

La aplicación entonces del sistema UPAC en el reajuste de las tarifas de transporte, aéreo, servicios públicos y matrículas, está llevando a una mayor pérdida en el poder adquisitivo de la población y a la reducción en su utilización. De aquí que el Congreso tenga que tomar medidas que corrijan dicha situación, siendo éste el objetivo del presente proyecto de ley.

De vuestra consideración,

Hernán Villegas Ramírez.

SENADO DE LA REPUBLICA
SECRETARIA GENERAL
Tramitación de Leyes.

Bogotá, D. E., 1º de noviembre de 1989.

Señor Presidente:

Con el objeto de que se proceda a repartir el proyecto de ley número 112 de 1989, "por medio de la cual se prohíbe aplicar en el reajuste del valor de las tarifas de transporte aéreo, terrestre, de servicios públicos y de matrículas de estudio universitario el sistema de valor Constante UPAC", me permito pasar a su Despacho el expediente del proyecto de ley que fue presentado en la fecha ante la Secretaria General (según artículo 9º de la Ley 7ª de 1945). La materia de que trata el mencionado proyecto es de la competencia de la Comisión Tercera Constitucional Permanente.

El Secretario General del Senado,

Crispín Villazón de Armas.

PRESIDENCIA DEL SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. E., 1º de noviembre de 1989.

De conformidad con el informe de la Secretaria General, dese por repartido el proyecto de ley de la referencia a la Comisión Tercera Constitucional Permanente para lo cual se harán las anotaciones de rigor y se enviará copia del mismo a la Imprenta Nacional para su publicación en los Anales del Congreso.

Cúmplase.

El Presidente del Senado de la República,

Luis Guillermo Giraldo Hurtado.

El Secretario General del Senado,

Crispín Villazón de Armas.

PONENCIAS

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE

al Proyecto de ley número 90 de 1988 Cámara y número 219 de 1988 Senado, "por la cual se regulan las Empresas Asociativas de Trabajo".

Honorables Senadores:

Me corresponde en esta oportunidad rendir ponencia para segundo debate al proyecto de ley antes mencionado y cumpliendo con este honroso encargo me permito poner a su distinguida consideración, las siguientes apreciaciones:

El proyecto de ley, "por la cual se regulan las Empresas Asociativas de Trabajo" fue presentado a consideración de la honorable Cámara de Representantes en la Legislatura inmediatamente anterior por el entonces Ministro de Trabajo y Seguridad Social, doctor Juan Martín Calcedo Ferrer, correspondiéndole al honorable Representante Jesús Orlando Gómez López, rendir ponencia para primer debate, quien a su vez le hizo algunas modificaciones al texto original que la Comisión Séptima y la plenaria de la Cámara baja acogiera favorablemente; razón por la cual y a efecto de cumplir el trámite reglamentario, pasó a la Comisión Séptima del Senado, en donde estudiamos detenidamente el proyecto en mención y consideramos los

miembros de dicha célula legislativa introducirle algunas modificaciones, con el fin de tener una mayor precisión en algunos aspectos, pero tales modificaciones no significan en modo alguno cambios de fondo al texto aprobado por la Cámara, como tendré oportunidad de expresarlo claramente al final del presente informe inmediatamente después de hacer las siguientes:

Consideraciones generales.

En el último cuarto de siglo, el país ha sufrido profundas transformaciones tanto en su estructura productiva, como en el volumen y la composición de su población, con incidencias notables en el comportamiento del mercado laboral. Han surgido nuevas formas de trabajo informal, precario y en malas condiciones.

Las instituciones laborales del país habían sido concebidas para atender un trabajo asalariado dominado por relaciones de dependencias; las transformaciones que se han producido exigen la adopción de normas jurídicas que reglamenten los espacios laborales al descubierto de la normatividad. Los trabajadores informales de la economía no tienen ni expresión ni espacio para su tratamiento por el Estado.

Junto con la caída en el ritmo de creación de empleo formal, se incrementan las actividades de baja productividad; los trabajadores vinculados a los niveles informales para las diez grandes ciudades alcanzan en 1986-87 la cifra de 57%.

Esta situación de informalidad conduce, entre otras cosas, a que gran parte de la población trabajadora no pueda acceder a los servicios básicos para el trabajador y su familia. El 82% de los trabajadores informales carece de seguridad social.

La protección al trabajo desde 1936 ha sido elevado a la categoría de obligación constitucional del Estado. El artículo 17 de la Constitución Política establece que el "trabajo es una obligación social y gozará de especial protección del Estado".

Los desarrollos normativos tradicionales se han orientado siempre hacia el trabajo dependiente. La creación del Departamento Nacional del Trabajo en 1923 y del Ministerio de Trabajo en la primera administración de López Pumarejo, la expedición de la Ley 1ª de 1940 que crea la jurisdicción especial del trabajo; la Ley 6ª de 1945 que establece prestaciones sociales para los trabajadores, la Ley 90 de 1946 que creó el Seguro Social Obligatorio y la expedición del Código Sustantivo del Trabajo en 1950 constituyen un núcleo de normas que le dan un perfil a la fundación del Estado frente al mercado laboral dependiente.

Esta función constitucional se ve ampliada con la reforma del año de 1968, cuando el artículo 32 ordena también la intervención del Estado "por mandato de la ley para dar pleno empleo a los recursos humanos y naturales, dentro de una política de ingresos y salarios, conforme a la cual el desarrollo económico tenga como objetivo principal la justicia social y el mejoramiento armónico e integrado de la comunidad y de las clases proletarias en particular".

A pesar del claro mandato, el Estado mantiene su papel regulador en cuanto al trabajo asalariado, de modo que se puede predicar que se ha quedado corto frente al ordenamiento constitucional de lograr una política de pleno empleo.

Se hace necesario, en consecuencia, un viraje en la atención del Estado al trabajo, cualquiera que sea su forma, en desarrollo además del principio de igualdad de los ciudadanos ante la ley, mediante un mayor acercamiento del Estado con la comunidad laboral no dependiente.

Tales son los fundamentos del presente proyecto de ley, con el que se pretende darle una forma de organización y asociación, extender los sistemas de seguridad social y de crédito a baja tasa de interés a quienes trabajan por cuenta propia, a través de la forma de Empresas Asociativas. Adicionalmente, a los trabajadores independientes, mediante esta forma de asociación se les facilita aunar esfuerzos y recursos disponibles tanto humanos, económicos y físicos para desarrollar una acción conjunta que sin duda resultará económica y socialmente eficaz en la generación de mayores ingresos, y la racionalización de los recursos humanos.

Componen el proyecto tres aspectos esenciales. El primero de los cuales contiene disposiciones regulativas de una nueva forma de asociación, basada en aportes de fuerza de trabajo, como una especie de sociedad exclusivamente laboral, cuyo objeto se circunscribe a la producción, la comercialización y la distribución de bienes básicos de consumo familiar a la prestación de servicios para sus miembros o en conjunto.

En efecto, si bien el proyecto autoriza aportes en especie distintos al trabajo de los asociados, impone la condición de que aquéllos sean adicionales a éstos. En consecuencia es conveniente tener en cuenta, el requisito de que los socios de las Empresas Asociativas de Trabajo deberán hacer el aporte esencial de su capacidad laboral, sin perjuicio de participar de manera extra con dotación de diferentes activos.

Los requisitos para su constitución son de fácil cumplimiento y las reglas para su dirección y administración permiten que un pequeño grupo de trabajadores asociados puedan organizarse optimizando el empleo de los recursos. Si bien se aprecia una importante similitud entre el tipo propuesto de Empresas Asociativas de Trabajo Asociado a que se refiere la Ley 79 del año anterior.

La constitución de las Empresas Asociativas es más fácil por cuanto su personería jurídica emana del acto

simple y sumario de inscripción ante las Cámaras de Comercio. Y a diferencia de otro tipo de Sociedades, su Constitución no está sujeta al régimen de escritura pública.

El segundo de los aspectos que es preciso destacar en el proyecto de ley, es el relativo a los beneficios de seguridad social que se hacen extensivos a los asociados y sus familiares. En efecto, al asociarse bajo la forma de las Empresas Asociativas los miembros, accederán al régimen de trabajadores por cuenta propia establecido por el Instituto de Seguros Sociales, con la correspondiente extensión de cobertura de la seguridad social.

Finalmente, varios incentivos crea la ley, cuyo contenido constituye el tercero de los aspectos a destacar. El artículo 14 propone una exención del impuesto de renta y complementarios, relativa al 50% de las utilidades de los socios derivadas de sus aportes laborales y adicionales.

El artículo 15 dispone una exención del 35% del impuesto de renta y complementarios referido a los rendimientos e ingresos de los miembros de una Empresa Asociativa de Trabajo por concepto de arrendamiento a las mismas de activos, bienes o equipos.

A título declarativo se sugiere en el artículo 17 un tratamiento financiero preferencial que ordenará el Ministerio de Hacienda, en favor de las Empresas Asociativas de Trabajo que operen en sectores declarados de interés también preferente.

Esta modalidad de Empresas Asociativas estimula el capitalismo más social, en la propia medida que fomenta su organización por la base de la población trabajadora. El atractivo de agrupación de trabajadores aún es mayor, por cuanto no de otro modo se pueden defender frente a las exigencias de las economías de escala. Realmente si los pequeños empresarios informales continúan dispersos sucumbirán en lugar de progresar, accederán al crédito, a la tecnología y penetrarán con éxito al mercado de colocación de sus bienes y servicios.

Acierta el proyecto al estipular que las Empresas Asociativas podrán vender bienes y servicios pero no ser patrones ni intermediarios laborales. El acatamiento a esta prohibición lo asegura el articulado que dispone que las relaciones entre la empresa y sus socios que a la vez se desempeñarán como trabajadores, serán de exclusiva naturaleza comercial. Es de fácil aceptación por parte de trabajadores socios, pero no sería oponible a trabajadores dependientes que no lo aceptarían y cuyo enganche sería prohibido.

El acceso al crédito de bajo interés, la exención del pago del impuesto o la renta y complementarios en una importante proporción para las utilidades de los miembros de la empresa ya sea como producto de su trabajo o del arrendamiento de activos a la empresa, constituyen atractivos para asociarse, que a no dudarse serán apreciados por los trabajadores del sector informal de la economía.

Modificaciones.

Cabe anotar en este punto que, conjuntamente con el informe para primer debate, me permití introducir en pliego aparte, algunas modificaciones que obedecen en mi concepto a las siguientes razones:

En el artículo séptimo del texto proveniente de la Cámara, se hace referencia a que los aportes de las Empresas Asociativas de Trabajo son de carácter laborales y adicionales, pero como el objeto mismo de estas empresas es el aporte de capacidad laboral de los asociados, vale decir aportes de trabajo, consideré necesario hacer precisión en cuanto a que los aportes adicionales deberán acompañar a los aportes esenciales de trabajo.

El artículo doce, se complementará por la sencilla razón de que si el artículo no dice expresamente que las Empresas Asociativas de Trabajo estarán exentas del impuesto de renta y complementarios, quedarían gravadas, presentándose en este caso la doble tributación que fue eliminada con la aprobación por parte del Congreso de la Ley 75 de 1986.

La modificación a los artículos catorce y quince, tienen explicación en el sentido de que si tales artículos no se complementan en la forma como queda expresado en el pliego de modificaciones, se correría el riesgo de que el 50% de las utilidades de los miembros de las Empresas Asociativas, se gravarían a pesar de que en cifras absolutas fueran equivalentes a cuantías de ingresos exentas de acuerdo con las Normas Tributarias generales.

La misma explicación es válida para el caso del artículo quince que se hará efectivo tal como lo expresa el proyecto aprobado por la Cámara, salvo que sean aplicables normas tributarias de carácter general más favorables.

Y finalmente al momento de discutirse el proyecto en primer debate la Comisión Séptima del Senado, llegó a la conclusión que era necesario hacerle otras pequeñas precisiones que brevemente paso a enunciarlas.

Cámara fue modificado en el sentido de que la evaluación de los aportes prevista en el literal b), se hará al momento del ingreso, retro, y al efectuarse las revisiones previstas en el artículo 4º del mismo proyecto.

En cuanto al quórum de que trata el artículo noveno, se acordó que el deliberatorio se integrará con la presencia de la mayoría de los socios, pero las decisiones se tomarán por la mayoría de los votos de la empresa.

Finalmente al proyecto se le incluyó un nuevo artículo, en donde se dice expresamente que todo lo no previsto en la presente ley, se regirá por las normas del

Código de Comercio y demás disposiciones complementarias, para indicar sencillamente que tales normas tendrán aplicación supletiva.

Estos son a grandes rasgos las modificaciones que la honorable Comisión Séptima de esta corporación, tuvo a bien introducir en la sesión correspondiente al primer debate. Pero como antes lo manifesté tan sólo obedecieron a una mayor precisión y comprensión de las normas que hacen parte del proyecto que ahora se considera.

De conformidad con lo anteriormente expuesto, me permito proponer:

Dése segundo debate al proyecto de ley número 99 Cámara 219 Senado de 1988, "por la cual se regulan las Empresas Asociativas de Trabajo".

Alvaro Uribe Vélez,
Senador Ponente.

SENADO DE LA REPUBLICA

Comisión Séptima Constitucional Permanente.

Bogotá, D. E., octubre 25 de 1989.

Autorizamos el anterior informe.

El Presidente, Laureano Alberto Arellano.

El Vicepresidente, Raimundo Emiliani Román.

El Secretario, Manuel Enrique Rosero.

PROYECTO DE LEY NUMERO 90 CAMARA 219 SENADO DE 1988

por la cual se regulan las Empresas Asociativas de Trabajo.

(Texto definitivo aprobado por la honorable Comisión Séptima del honorable Senado en primer debate).

El Congreso de la República de Colombia,

DECRETA:

CAPITULO I

Régimen asociativo.

Artículo 1º Las Empresas Asociativas de Trabajo, serán organizaciones económicas productivas, cuyos asociados aportan su capacidad laboral, por tiempo indefinido y algunos además entregan al servicio de la organización una tecnología o destreza, u otros activos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la empresa.

Artículo 2º Las empresas reguladas por esta ley, y que se constituyan con arreglo a sus disposiciones, serán las únicas autorizadas para usar la denominación de Empresas Asociativas de Trabajo y para acogerse a los beneficios otorgados por éstas.

Artículo 3º Las Empresas Asociativas de Trabajo tendrán como objetivo la producción, comercialización y distribución de bienes básicos de consumo familiar o la prestación de servicios individuales o conjuntos de sus miembros.

Artículo 4º Los aportes de carácter laboral que haga cada uno de los asociados serán evaluados por la Junta de Asociados por periodos semestrales, asignando una calificación al desempeño y a la dedicación. En el caso de que haya aportes adicionales en tecnología o destreza, la calificación se hará teniendo en cuenta su significado para la productividad de la Empresa.

La redistribución de estos aportes adicionales, en ningún caso podrá ser superior a la cuarta parte de lo que se asigne a la totalidad de los aportes de carácter laboral.

Los asociados tienen una relación de carácter típicamente comercial con las Empresas Asociativas de Trabajo. Por tanto, los aportes de carácter laboral no se rigen por las disposiciones del Código Sustantivo del Trabajo, sino por las normas del Derecho Comercial.

Artículo 5º La personería jurídica de las Empresas Asociativas será reconocida desde su inscripción en la Cámara de Comercio, siempre que se acredite el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- Presentación del acta de constitución;
- Adopción de los estatutos;
- Que la Empresa Asociativa sea integrada por un número no inferior a tres (3) miembros fundadores.

Parágrafo. El Director provisional, designado por los miembros de la Empresa, tendrá a su cargo la presentación de la solicitud de reconocimiento de la personería jurídica.

CAPITULO II

De la Dirección.

Artículo 6º La Junta de Asociados será la suprema autoridad de la Empresa Asociativa de Trabajo. Sus resoluciones serán obligatorias para los miembros, siempre que se adopten de conformidad con los estatutos y normas reglamentarias. La Junta de Asociados deberá reunirse por lo menos una vez cada sesenta (60) días en la fecha, hora y lugar que de-

termine el Director de la Empresa con el fin de revisar las actividades desarrolladas y diseñar los objetivos a alcanzar durante el siguiente período.

Artículo 7º Serán miembros de la Junta de Asociados los fundadores y los que ingresen posteriormente debidamente registrados en el registro de miembros.

En el caso de existir las dos clases de asociados de aportes laborales y de aportes laborales y adicionales, ambas estarán representadas proporcionalmente a sus aportes, en los órganos administradores de la Empresa Asociativa de Trabajo.

Artículo 8º La Junta de Asociados tendrá las siguientes funciones:

- a) Elegir el Director de la Empresa de acuerdo con lo señalado en los estatutos;
- b) Determinar los planes y operaciones de la Empresa Asociativa;
- c) Estudiar, modificar, aprobar o improbar los estados económico-financieros de la Empresa;
- d) Determinar la constitución de reservas para preservar la estabilidad económica de la Empresa;
- e) Reformar los estatutos cuando sea necesario;
- f) Elegir un Tesorero de la Empresa;
- g) Vigilar el cumplimiento de las funciones del Director de la Empresa;
- h) Evaluar los aportes de los miembros y determinar su remuneración al momento de ingreso, retiro y al efectuarse las revisiones previstas en el artículo 4º de la presente ley;
- i) Decidir la aceptación y el retiro de los miembros.

Artículo 9º Por regla general el quórum deliberatorio se integrará con la presencia de la mayoría de los socios, pero las decisiones sólo se tomarán por la mayoría de los votos de la Empresa.

Artículo 10. El Director Ejecutivo será el representante legal de la Empresa y tendrá a su cargo las funciones que en los estatutos determine la Junta de Asociados.

CAPITULO III

Del patrimonio y de las utilidades.

Artículo 11. El patrimonio de las Empresas Asociativas estará compuesto de la siguiente forma:

- a) Las reservas que se constituyan a fin de preservar la estabilidad económica de la Empresa;
- b) Los auxilios y donaciones recibidas.

Parágrafo. En los casos de liquidación de las Empresas Asociativas, la parte del patrimonio que esté constituido por auxilios y donaciones deberá revertir el Estado a través del Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA.

Artículo 12. El producido neto, es decir, la diferencia entre el valor de venta de lo producido y el costo de los insumos materiales deberá distribuirse entre todos los asociados en proporción a su aporte, previa deducción del pago de los impuestos, contribuciones de seguridad social, intereses, arrendamientos, reservas que ordenen los estatutos y contribuciones a las organizaciones de segundo grado a que se encuentre afiliada, en los períodos en que estatutariamente se determine.

Artículo 13. Cualquiera de los miembros de una Empresa Asociativa de Trabajo podrá colocar activos, bienes o equipos en préstamo o arrendamiento a la misma, en las condiciones que determine el Gobierno Nacional.

CAPITULO IV

Régimen tributario y de crédito.

Artículo 14. Las utilidades de los miembros de una Empresa Asociativa de Trabajo, provenientes de sus aportes laborales y laborales adicionales, estarán exentos del pago del impuesto a la renta y complementarios en una proporción igual al 50%, sin perjuicio de que se apliquen normas generales de carácter tributario más favorables.

Artículo 15. Los rendimientos e ingresos de los miembros de una Empresa Asociativa de Trabajo por conceptos de que trata el artículo 13 de esta ley, estarán exentos del pago del impuesto a la renta y complementarios en una proporción del 35%, sin

perjuicio de que se apliquen normas generales de carácter tributario más favorables.

Artículo 16. Las Empresas Asociativas de Trabajo estarán exentas de los impuestos de renta y complementarios y de patrimonio.

Artículo 17. Las Empresas Asociativas de Trabajo que desarrollen su actividad en sectores declarados de interés preferente por el Ministerio de Hacienda podrán tener acceso a las líneas de crédito que determine ese mismo Ministerio.

CAPITULO V

Disposiciones varias.

Artículo 18. Las Empresas Asociativas de Trabajo se disolverán por sentencia judicial o por reducción del número mínimo de miembros.

Artículo 19. Las Empresas Asociativas de Trabajo deberán organizarse en agrupaciones de segundo grado, con el objeto de asumir la defensa de sus intereses, representar a sus afiliados ante las autoridades y terceros y ejercer control y vigilancia sobre sus miembros.

Artículo 20. Las personas que se asocien de conformidad con lo dispuesto en la presente ley, tendrán derecho a afiliarse al Instituto de Seguros Sociales con arreglo a lo dispuesto por el Gobierno Nacional, en la condición de trabajadores por cuenta propia.

Artículo 21. El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA conforme a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional, promoverá la organización de Empresas Asociativas de Trabajo y dará el apoyo administrativo y técnico necesario a través de la capacitación y transferencia de tecnología, para el desarrollo de las actividades de dichas Empresas.

Artículo 22. Las entidades oficiales facilitarán el acceso a los recursos para adquirir y mejorar maquinaria, herramientas y equipos para estimular la productividad de las Empresas Asociativas de Trabajo.

Artículo 23. El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social creará un sistema de información sobre mercado de bienes y servicios y apoyará la gestión de empleo de las Empresas Asociativas de Trabajo.

Artículo 24. El Gobierno Nacional reglamentará los términos y condiciones de naturaleza financiera, operativa y de personal para la calificación y determinación de las Empresas Asociativas. Así mismo, los mecanismos para la vigilancia y control de las mismas.

Parágrafo. La reglamentación de que trata este artículo deberá tener en cuenta:

- a) El número máximo de socios;
- b) La naturaleza de la actividad productiva y comercial, y la modalidad y clase de servicios que presten;
- c) El límite de la reserva, del patrimonio y del aporte individual a la empresa, según la actividad económica que desarrollan;
- d) La determinación de las faltas que ocasionan sanciones;
- e) Las sanciones y las causas que originan la imposición de cada una de ellas;
- f) Los procedimientos para la aplicación del régimen de vigilancia y control.

Artículo 25. Corresponde al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social la vigilancia y control de las Empresas de que trata la presente ley.

El Director Ejecutivo de las Empresas Asociativas deberá remitir al Ministerio de Trabajo, dentro de los quince (15) días siguientes, copia auténtica del acta de constitución de los estatutos y del acto de reconocimiento de la personería jurídica con el fin de que se efectúe el registro correspondiente.

Artículo 26. Las Empresas Asociativas de Trabajo no podrán ejercer funciones de intermediación, ni ejercer como patrono.

La contravención a lo dispuesto en este artículo, a juicio de Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, es causal de cancelación de la personería jurídica.

Artículo 27. Todo lo no previsto en la presente ley se regirá por las normas del Código de Comercio y demás disposiciones complementarias.

Artículo 28. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación.

SENADO DE LA REPUBLICA

Comisión Séptima Constitucional Permanente.

Bogotá, D. E., septiembre 20 de 1989.

En los anteriores términos fue aprobado el presente proyecto de ley. 8 folios.

El Presidente,
LAUREANO ALBERTO ARELLANO

El Vicepresidente,
RAIMUNDO EMILIANI ROMAN

El Secretario,
Manuel Enriquez Rosero.

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE

al Proyecto de ley número 222 de 1988.

Honorables Senadores:

Me permito presentar ponencia para primer debate sobre el Proyecto de ley número 242 de 1988 Cámara y 222 de 1988 Senado.

"Por la cual se autoriza la reglamentación, estructuración y funcionamiento del Fondo Rotatorio de Prevención, Represión y Rehabilitación del Consejo Nacional de Estupefacientes".

Dicho proyecto, aprobado ya por la honorable Cámara de Representantes, tiene origen en la circunstancia de que la honorable Corte Suprema de Justicia declaró la inexecutable de parte del artículo 97 de la Ley 30 de 1986 (Estatuto de Estupefacientes), precisamente en lo relativo a las autorizaciones que se confirió al Gobierno Nacional para realizar la "Estructura, Organización y Funcionamiento" del Fondo Rotatorio de Prevención, Represión y Rehabilitación del Consejo Nacional de Estupefacientes.

Para allanar esa dificultad, dado que no le ha sido dable al Ejecutivo cumplir con la importante tarea de lograr el mejor y más eficaz funcionamiento del mencionado Fondo Rotatorio, el señor Ministro de Justicia solicita "Autorizar al Gobierno Nacional para que en el término de seis (6) meses, estructure, organice y ponga en funcionamiento el Fondo Rotatorio de Prevención, Represión y Rehabilitación del Consejo Nacional de Estupefacientes creado por la Ley 30 del 31 de enero de 1986".

La necesidad de lograr la organización del Fondo Rotatorio salta a la vista. Sin hacerlo no le será fácil ni satisfactorio al Gobierno cumplir con los objetivos que dieron lugar a la aprobación de la referida Ley 30, lo que resulta indispensable para que pueda atender la tarea de prevenir el uso de estupefacientes, controlar su consumo y el tráfico de tales sustancias narcóticas, hacer la represión de las conductas ilegales y delictuales que giran alrededor de este flagelo que ha venido afectando de manera tan inconveniente como dramática las más importantes actividades y los más prioritarios intereses de la Nación, y disponer lo concerniente a las actividades de rehabilitación de las personas afectadas por la drogadicción.

La propuesta se ajusta a los ordenamientos constitucionales y a las leyes de la República, y es además notoria su conveniencia conforme lo acabo de mencionar y según se alegara en la Cámara de Representantes, puesto que "El Gobierno Nacional carece del instrumento necesario para llevar a cabo las metas fijadas por el Consejo Nacional de Estupefacientes, haciéndose indispensable la aprobación de la presente ley por parte del honorable Congreso Nacional, haciendo uso de las disposiciones constitucionales por medio de las cuales se torga facultades extraordinarias al Gobierno para que éste pueda contar con las herramientas suficientes para poner en ejecución las políticas en materia de estupefacientes, y de esta manera superar el escollo presentado en la aprobación del artículo 97 de la Ley 30 de 1986".

Por las razones anteriormente expuestas, me permito proponer a la honorable Comisión: Dése primer debate al proyecto de ley número 242 de 1988 Cámara y 222 de 1988 Senado, "por la cual se autoriza la reglamentación, estructuración y funcionamiento del Fondo Rotatorio de Prevención, Represión y Rehabilitación del Consejo Nacional de Estupefacientes".

Del señor Presidente,
Horacio Serpa Uribe,
Senador de la República. Ponente.

tores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las entidades e instituciones del sistema de salud;

e) Expedir las normas técnico-administrativas de obligatorio cumplimiento para las entidades y dependencias públicas del sector salud, con las excepciones señaladas en el artículo 4º.

f) Vigilar el cumplimiento de las políticas, planes, programas y proyectos y las normas técnicas, administrativas y de calidad del servicio, adoptados para el sector salud, e imponer, si es el caso, las sanciones a que hubiere lugar;

g) Autorizar la prestación de servicios de salud, en desarrollo de los principios de subsidiariedad o complementariedad, así como modificar o revocar las autorizaciones, previamente, otorgadas, sin necesidad del consentimiento expreso y escrito de las respectivas personas;

h) Autorizar a las fundaciones o instituciones de utilidad común, o sin ánimo de lucro, a las corporaciones o asociaciones, sin ánimo de lucro y, en general, a las personas privadas naturales o jurídicas la prestación de servicios de salud determinados niveles de atención en salud y de complejidad, así, como modificar o revocar las autorizaciones, previamente, otorgadas, sin necesidad del consentimiento expreso y escrito de las respectivas personas.

i) Coordinar las actividades de todas las entidades e instituciones del sector salud, entre sí, y con las de otros sectores relacionados, y promover la integración funcional;

j) Formular los criterios tendientes a la evaluación de la eficiencia en la gestión de las entidades de que trata el parágrafo del artículo 25 de la presente ley;

k) Asesorar, directamente, o a través de otras entidades de cualquier nivel administrativo, a las entidades e instituciones del sector salud;

l) Organizar la participación solidaria de las entidades e instituciones del sector, en caso de desastres o calamidades públicas, sin perjuicio de lo dispuesto en el Decreto Extraordinario número 919 de 1989;

m) Contribuir a definir los términos de la cooperación técnica nacional e internacional, sin perjuicio de las funciones atribuidas legalmente al Ministerio de Relaciones Exteriores y al Departamento Nacional de Planeación.

n) Colaborar, conjuntamente con las entidades y organismos competentes, a la formulación de la política de formación del recurso humano, de acuerdo con las necesidades del sistema de salud y las exigencias de la integración docente-asistencial en los campos de atención, científico-técnico y de administración.

ñ) Elaborar, con base en las decisiones sobre nomenclatura, clasificación y grados de cargos adoptadas por las autoridades legalmente competentes, una estructura de cargos y grados, dentro de ellos, con sus correspondientes requisitos para su desempeño y con la valoración, en términos de puntaje, para efectos de distancias salariales, la cual, será tomada en cuenta por el Departamento Administrativo del Servicio Civil o las entidades delegatarias, para los efectos referentes a la carrera administrativa;

o) Previa celebración de contratos interadministrativos, delegar en las entidades territoriales la ejecución de campañas nacionales directas, y transferirles los recursos indispensables, para el efecto;

p) Reconocer, suspender, o revocar, la personería jurídica a las instituciones o fundaciones de utilidad común y a las corporaciones y asociaciones, sin ánimo de lucro, cuyo objeto sea la prestación de servicios de salud;

q) Establecer las normas técnicas y administrativas que regulan los regímenes de referencia y contrarreferencia de pacientes, así como el apoyo tecnológico en recursos humanos y técnicos a los niveles inferiores de atención;

r) Fijar y cobrar tasas o derechos por la expedición de permisos-licencias, registros y certificaciones.

Artículo 10. Direcciones seccionales y locales del Sistema de Salud. El sistema de salud se registrará en los niveles seccionales y locales, por las normas científico-técnicas y técnico-administrativas, que dicte el Ministerio de Salud y será dirigido por el funcionario, que automáticamente determine el órgano competente de la entidad territorial, respectiva, quien será designado por el correspondiente jefe de la administración.

Artículo 11. Funciones de la dirección seccional del sistema de salud. En los Departamentos, Intendencias y Comisarias, corresponde a la Dirección Seccional del sistema de salud:

a) Prestar asistencia técnica, administrativa y financiera a los municipios y a las entidades e instituciones que prestan el servicio de salud en el territorio de su jurisdicción;

b) Coordinar y supervisar la prestación del servicio de salud en el correspondiente territorio seccional;

c) Programar y ejecutar la distribución de los recursos recaudados para el sector salud, teniendo en cuenta la cantidad, calidad y costo de los servicios y la eficiencia y méritos de las entidades que prestan el servicio de salud;

d) Contribuir a la formulación y adopción de los planes y programas del sector salud en su jurisdicción, en armonía con las políticas, planes y programas nacionales;

e) Sugerir los planes, programas y proyectos que deben incluirse en los planes y programas nacionales;

f) Estimular la participación comunitaria, en los términos señalados por la ley y en las disposiciones que se adopten, en ejercicio de las facultades de que trata el artículo 1º de esta ley;

g) Supervisar el recaudo de los recursos seccionales que tienen destinación específica para salud;

h) Ejecutar y adecuar las políticas y normas científico-técnicas y técnico-administrativas trazadas por el Ministerio de Salud, en su jurisdicción;

i) Desarrollar planes de formación, adiestramiento y perfeccionamiento del personal del sector salud, en coordinación con las entidades especializadas del mismo sector, o con las del sector educativo, poniendo especial énfasis en la integración docente-asistencial, así como en la administración y mantenimiento de las instituciones hospitalarias;

j) Autorizar, en forma provisional, la prestación de servicios de salud, en desarrollo de los principios de subsidiariedad o complementariedad, a instituciones que operen en el territorio de su jurisdicción, mientras se obtiene la autorización definitiva por parte del Ministerio de Salud;

k) Promover la integración funcional y ejercer las funciones que expresamente le delegue el Ministerio de Salud;

l) Administrar el Fondo Seccional de Salud de que trata el artículo 13, en coordinación con la Secretaría de Hacienda o la dependencia que haga sus veces, y asignar sus recursos en atención a la cantidad, calidad y costo de los servicios programados, teniendo en cuenta el régimen tarifario definido en el artículo 52, letra a);

m) Adaptar y aplicar las normas y programas señalados por el Ministerio de Salud, para organizar los regímenes de referencia, y contrarreferencia, con el fin de articular los diferentes niveles de atención en salud y de complejidad, los cuales, serán de obligatoria observancia para todas las instituciones o entidades que presten servicios de salud en la respectiva sección territorial;

n) Exigir a las entidades que prestan servicios de salud como condición para toda transferencia, la adopción de sistemas de contabilidad de costos y de control de gestión; de acuerdo con las normas técnicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud;

o) Fijar y cobrar tasas o derechos por la expedición de permisos, licencias, registros y certificaciones.

Artículo 12. Dirección local de sistema de salud. En los municipios, el Distrito Especial de Bogotá, el Distrito Cultural y Turístico de Cartagena y las áreas metropolitanas, corresponde a la dirección local del sistema de salud, que autónomamente se organice:

a) Coordinar y supervisar la prestación del servicio de salud en el correspondiente territorio local;

b) Programar para su respectivo municipio, la distribución de los recursos recaudados para el sector salud;

c) Contribuir a la formulación y adopción de los planes, programas y proyectos del sector salud en su jurisdicción, en armonía con las políticas, planes y programas nacionales, o de la entidad territorial seccional, correspondiente, según el caso;

d) Sugerir los planes, programas y proyectos que deben incluirse en los planes y programas nacionales, o de la entidad territorial seccional, correspondiente, según el caso;

e) Estimular la participación comunitaria, en los términos señalados por la ley, y en las disposiciones que se adopten, en ejercicio de las facultades de que trata el artículo 1º de esta ley;

f) Supervisar y controlar el recaudo de los recursos locales que tienen destinación específica para salud;

g) Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción local, las políticas y normas trazadas por el Ministerio de Salud, de acuerdo con la adecuación hecha por la respectiva dirección seccional del sistema de salud;

h) Desarrollar planes de formación, adiestramiento y perfeccionamiento del personal del sector salud, en coordinación con las entidades especializadas del mismo sector, o con las del sector educativo, poniendo especial énfasis, en la integración docente-asistencial y en la administración y mantenimiento de las instituciones de salud, así, como identificar las necesidades de formación y perfeccionamiento del recurso humano para el sector;

i) Promover la integración funcional;

j) Ejercer las funciones que, expresamente, le delegue el Ministerio de Salud o la dirección seccional del sistema de salud;

k) Administrar el fondo local de salud de que trata el artículo 13 de esta ley, en coordinación con la Secretaría de Hacienda y la tesorería local, o las dependencias que hagan sus veces, y asignar sus recursos en atención a la cantidad, calidad y costo de los servicios programados, teniendo en cuenta el régimen tarifario definido en el artículo 54, letra a);

l) Aplicar los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes, definidos por el Ministerio de Salud y la Dirección Nacional y seccional de salud. Sin embargo, cuando los costos del servicio así lo exijan, podrá autorizar la celebración de contratos entre instituciones o entidades que presten servicios de salud, para establecer sistemas especiales de referencia y contrarreferencia;

m) Organizar mecanismos para desconcentrar el sistema local de salud, teniendo como unidad de referencia el corregimiento o la comuna;

n) Diagnosticar el estado de salud-enfermedad, establecer los factores determinantes y elaborar el plan local de salud, efectuando su seguimiento y evaluación con la participación comunitaria que establece la presente ley;

o) Estimular la atención preventiva, familiar, extrahospitalaria y el control del medio ambiente;

p) Controlar, en coordinación con las entidades del sector o de otros sectores que incidan en la salud, los factores de riesgo referentes al estado de salud-enfermedad de la población;

q) Cumplir las normas técnicas dictadas por el Ministerio de Salud para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de instituciones del primer nivel de atención en salud, o para los centros de bienestar del anciano;

r) Cumplir y hacer cumplir las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9ª de 1979 o Código Sanitario Nacional y su reglamentación;

s) Desarrollar labores de inspección, vigilancia y control de las instituciones que prestan servicios de salud, e informar a las autoridades competentes sobre la inobservancia de las normas de obligatorio cumplimiento;

t) Establecer, en coordinación con las entidades educativas, los campos de práctica que deben preverse en los planes de formación, en orden a garantizar la calidad de los servicios que se presten;

u) Elaborar, conjuntamente, con las entidades de seguridad social, planes para promover y vigilar la afiliación de patronos y trabajadores a dichas entidades, así, como velar por el cumplimiento de las normas sobre seguridad industrial y salud ocupacional;

v) Fijar y cobrar tasas o derechos por la expedición de permisos, licencias, registros y certificaciones.

Artículo 13. Fondos de salud. Las entidades territoriales deben organizar un fondo local o seccional de salud, según el caso, que se manejará como una cuenta especial de su presupuesto, con unidad de caja, sometida a las normas del régimen presupuestal y fiscal de la entidad territorial, bajo la administración de la dirección seccional o local de salud, cuyo ordenador del gasto, será el respectivo jefe de la administración o su delegado. A dicho fondo, se deberán girar todas las rentas nacionales cedidas o transferidas, con destinación específica, para la dirección y prestación de servicios de salud; los recursos correspondientes al situado fiscal para salud; los recursos libremente asignados para salud, y, en general, la totalidad de los recursos recaudados en el ente territorial, respectivo, y los recursos directos o provenientes de cofinanciación que se destinen, igualmente, para el sector salud, respetando los recursos de la seguridad, la previsión social y del subsidio familiar.

Para los mismos fines, se podrán organizar por las entidades territoriales locales, fondos de salud que utilicen como unidad de referencia la comuna o el corregimiento, y fondos especiales, de suministros y medicamentos, en cada unidad de prestación de servicios.

Todos los recursos de los fondos de salud son inembargables.

Parágrafo. Sin perjuicio de la unidad de caja, los recursos del situado fiscal, se contabilizarán en forma independiente por cada fondo seccional o local.

Artículo 14. Programas y proyectos municipales y distritales. Los programas y proyectos de carácter municipal y distrital, para el cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 18, 21 y 22 del Decreto 77 de 1987, se elaborarán con la asesoría del Fondo Nacional Hospitalario, o la entidad en que se delegue, debiendo incorporarse al correspondiente plan municipal de inversiones, en los términos previstos en el artículo 89 del Decreto extraordinario 77 de 1987, previo concepto de las organizaciones de participación comunitaria que se creen y organicen, en desarrollo de lo dispuesto en el artículo 1º de esta ley.

Los programas y proyectos, serán adoptados por los organismos competentes municipales o distritales, conforme a la Constitución, a la ley y a la normatividad de carácter local.

Los estudios municipales o distritales de factibilidad técnica, social, administrativa y financiera, para construcción de obras o dotaciones, correspondientes a niveles de atención en salud, distintos al primero, deberán ser aprobados, previamente, por el Fondo Nacional Hospitalario, conforme a la reglamentación que para el efecto se adopte. En este sentido, se deroga y sustituye lo dispuesto en el artículo 22 del Decreto extraordinario 077 de 1987, excepto su parágrafo.

Artículo 15. Contratación preferencial. En los casos de construcciones, dotaciones o mantenimiento de instalaciones de menor complejidad, los municipios o sus entidades descentralizadas, contratarán, preferencialmente, las respectivas actividades con las entidades de que trata el artículo 22 de la Ley 11 de 1986, y con las sociedades cooperativas, de acuerdo con las normas de los artículos 23 a 25 de la misma ley, y tendrán en cuenta la participación comunitaria, en los términos previstos en las reglas que se adopten, en desarrollo de lo previsto en el artículo 1º de esta ley.

Artículo 16. Autorización de cesión y facultades extraordinarias. A partir de la vigencia de esta ley, autorizase a la Nación, y a sus entidades descentralizadas para ceder, gratuitamente, a las entidades territoriales, o a sus entes descentralizados, los bienes, elementos e instalaciones destinados a la prestación de servicios de salud, a fin, de que puedan atender los niveles de atención en salud que les corresponde, conforme a lo dispuesto en el artículo 6º.

Por el término de dos años, a partir de la vigencia de la presente ley, confiérense facultades extraordinarias al Presidente de la República, para suprimir dependencias o programas de la Nación y entidades descentralizadas del orden nacional, que en virtud de la cesión, no puedan continuar realizando el objeto para el cual fueron creadas y organizadas, las cuales,

por consiguiente, dejarán de existir jurídicamente, y serán liquidadas, conforme a las reglas que, en desarrollo de las mismas facultades, se establezcan.

Los departamentos, intendencias y comisarías, o sus entidades descentralizadas, podrán, igualmente, ceder a los municipios o a sus entes descentralizados, bienes elementos e instalaciones, destinados a la prestación de servicios de salud, con el fin, de contribuir al cumplimiento de lo dispuesto por la letra a) del artículo 6º de esta ley.

Artículo 17. Derechos laborales. Las personas vinculadas a las entidades que se liquiden, conforme a lo dispuesto en el artículo anterior, tienen derecho a ser nombradas o contratadas, según el caso, por las entidades territoriales o descentralizadas, a las cuales, se hayan cedido gratuitamente los bienes, elementos o instalaciones para la prestación de servicios de salud, sin perder la condición específica de su forma de vinculación. A los empleados y trabajadores, se les aplicará el régimen salarial y prestacional, propio de la respectiva entidad, sin que se puedan disminuir los niveles de orden salarial y prestacional de que gozaban en la entidad liquidada. Cuando se trate de empleados de carrera administrativa, o que hayan desempeñado cargos de carrera, sin pertenecer a ella, se les reconocerá continuidad en la carrera o el derecho de ingresar a ella, respectivamente.

En lo relativo a los cargos que sean suprimidos se aplicarán en materia laboral las mismas normas previstas en el Decreto 77 de 1987 y sus decretos reglamentarios, en cuanto sean compatibles, y se garantizará, igualmente, la continuidad en la carrera administrativa o su derecho a ingresar a ella.

Artículo 18. Mecanismos de transición. Para los efectos de lo dispuesto los artículos 6º y 16 de esta ley, las entidades del orden local o seccional, asumirán las competencias correspondientes durante un término de 5 años en el caso de los departamentos, y en un plazo de 7 años prorrogable por tres más, mediante acuerdo celebrado con la Nación tratándose de las intendencias y comisarías. Mientras se produce esa asunción, los servicios seccionales de salud y las unidades regionales de salud continuarán realizando funciones de asesoría y tutela, y su personal se reubicará y redistribuirá, gradualmente, en los organismos de dirección y en las entidades de prestación de servicios de salud.

Artículo 19. Estructura administrativa básica de las entidades de salud. Las entidades públicas o privadas, cuyas rentas correspondan en una proporción superior al 50% a recursos provenientes de entidades públicas, deberán tener una estructura administrativa básica, compuesta por:

1. Una junta directiva, presidida por el jefe de la administración seccional o local o su delegado, integrada en el primer nivel de atención —hospitales locales, centros y puestos de salud— por los organismos de participación comunitaria, en los términos que lo determine el reglamento. En las entidades de los niveles secundario y terciario de atención —hospitales regionales, universitarios y especializados— se integrará tal junta, en forma tal, que al menos un tercio de sus integrantes estén designados por la comunidad, hasta un tercio de éstos representen el sector científico-técnico de la salud y hasta un tercio de ellos representen el sector político-administrativo. En desarrollo de lo previsto en el artículo 1º de esta ley, se reglamentarán los mecanismos de conformación, las funciones y funcionamiento de los organismos de dirección.

2. Un director, el que hará las veces de director científico y gerente, el cual, para el ejercicio del cargo, cumplirá con los requisitos en las profesiones de la salud y de la administración que señale el Ministerio. Sin embargo, en las entidades de tercer nivel de atención, podrán establecerse por reglamento, los cargos diferentes de director científico, el que debe ser un profesional de la salud, y de gerente, el que deberá ser un profesional de la administración y las finanzas. Los requisitos académicos y de experiencia, en las áreas técnico-científicas de la atención médica y de la gerencia hospitalaria, para desempeñar estos cargos, serán fijados por el Ministerio de Salud, de acuerdo con el nivel de atención en salud y el grado de complejidad. Corresponde al Director, ejercer las funciones de secretario de la junta directiva y presidente del comité científico-técnico, así: como las demás que se fijen en el manual de funciones. En caso de existir los cargos separados de director científico y gerente, al primero, corresponderá la Presidencia del Comité Científico-Técnico y, al segundo, la secretaría de la junta directiva.

En caso de necesidad técnico-administrativa y de disponibilidad de recursos, calificada por la junta directiva, podrán los hospitales de segundo nivel asumir una forma de dirección similar a la establecida para el tercer nivel.

3. Un comité científico-técnico presidido por el director científico, conformado por representantes de los médicos y de los profesionales en salud, que presten sus servicios a la respectiva entidad en las diversas áreas, niveles y especialidades, que tendrá como funciones proponer para su adopción, según el reglamento, las decisiones sobre los aspectos científicos y tecnológicos, para la selección de procedimientos, técnicas, planes y programas y para adelantar labores de control y evaluación de la prestación del servicio.

Además, deberán organizar un fondo especial para medicamentos y suministros, o varios fondos de iguales características, con administración descentralizada en una entidad, si existen unidades desconcentradas —puestos y centros de salud— para la prestación de

servicios, en los cuales, se facilitará el que intervengan en las actividades de planeación, asignación de recursos, vigilancia y control del gasto, los organismos de participación comunitaria.

Parágrafo 1. A las unidades de prestación de servicios de salud pública y privadas, en los diversos niveles de atención, sólo se les podrá autorizar su funcionamiento, dotándolas de personería jurídica y autonomía administrativa. Se exceptúan de esta norma, sin que para ellas tenga carácter obligatorio, las unidades de prestación de servicios de salud de las instituciones de previsión y seguridad social y del subsidio familiar, los puestos y centros de salud, pertenecientes a entidades descentralizadas que presten servicios de salud en el municipio de su jurisdicción.

Parágrafo 2º La organización administrativa, deberá igualmente, contemplar un sistema de administración por objetivos, un sistema de presupuestación, un sistema de contabilidad de costos y un régimen de control de gestión, que incluya, especialmente, indicadores de eficiencia y sistemas de información, conforme a las normas técnicas y administrativas que dicte el Ministerio de Salud, dentro de los marcos de la legislación vigente que le sean aplicables.

CAPITULO III

Prestación de servicios de salud por personas privadas.

Artículo 20. Requisito especial para el reconocimiento de personería jurídica. Es condición esencial para el reconocimiento de personería jurídica a las instituciones o fundaciones de utilidad común y a las corporaciones o asociaciones, sin ánimo de lucro, cuyo objeto sea la prestación de servicios de salud, que la entidad que se pretenda organizar, reúna las condiciones de calidad tecnológica y científica para la atención médica, de suficiencia patrimonial y de capacidad técnico-administrativa, que previamente determine el Gobierno Nacional.

Artículo 21. Causal de disolución y liquidación. Es causal de disolución y liquidación de las instituciones o fundaciones de utilidad común, y de las corporaciones o asociaciones, sin ánimo de lucro, cuyo objeto sea la prestación de servicios de salud, y, por consiguiente, de cancelación de la respectiva personería jurídica, la verificación, en cualquier tiempo, por parte del Ministerio de Salud, que no reúnen las condiciones de suficiencia patrimonial o de capacidad científico-técnica y técnico-administrativa.

Para estos efectos, todas las instituciones o fundaciones de utilidad común y las corporaciones o asociaciones, sin ánimo de lucro, cuyo objeto sea la prestación de servicios de salud, deberán aportar dentro del año siguiente a la determinación de que trata el artículo precedente, en la forma que señale el reglamento, la documentación indispensable para que el Ministerio de Salud cumpla la mencionada función de verificación. Si transcurrido ese lapso no se ha presentado la documentación correspondiente, se configurará la causal de disolución y liquidación de que trata este artículo y se ordenará la cancelación de la personería jurídica, respectiva.

Artículo 22. Destinación de bienes de instituciones o fundaciones de utilidad común liquidadas. En desarrollo de la competencia prevista en el numeral 19 del artículo 120 de la Constitución Política, y para garantizar el cumplimiento de la voluntad de los fundadores, el Presidente de la República, podrá confiar los bienes y rentas a una entidad pública, de cualquier nivel administrativo, o a una fundación o institución de utilidad común o asociación o corporación, sin ánimo de lucro, que preste servicios de salud, pero, siempre bajo la condición contractual de que se destinen, específicamente, a la prestación de servicios de salud iguales, o análogos, a los previstos por los fundadores.

Parágrafo 1º Para los efectos de este artículo, el Gobierno Nacional, organizará, en cada caso, una comisión constituida por la representación de la comunidad beneficiaria, los trabajadores, la dirección científico-técnica y funcionarios de la entidad territorial, correspondiente, la cual, propondrá alternativas para la destinación o transferencia de los bienes y rentas.

Parágrafo 2º En el mismo contrato contemplado en este artículo se preverá que las personas cuyo contrato de trabajo se termine, en razón de la liquidación y disolución de las fundaciones o instituciones de utilidad común, de que trata el artículo 21, tendrán derecho a ser incorporadas mediante nuevo contrato de trabajo o nombramiento, según el caso, a las entidades o personas, a las cuales, se confíen los bienes y rentas, bajo el régimen salarial y prestacional, propio de la respectiva entidad receptora de los bienes y rentas, sin que se puedan disminuir los niveles de orden salarial y prestacional de que gozaban en la entidad liquidada.

Artículo 23. Entidades privadas que prestan servicios de salud que reciben recursos públicos. A partir de la vigencia de la presente ley, todas las personas privadas que presten servicios de salud, que reciban a cualquier título recursos de la Nación o de las entidades territoriales o de sus entes descentralizados, deberán suscribir, previamente, un contrato con la entidad correspondiente, en el cual, se establezca lo siguiente:

a) El plan, programa o proyecto, al cual, se destinarán los recursos públicos, con indicación de las metas propuestas y la cantidad, la calidad y el costo de los servicios, según lo dispuesto en el artículo 52 de la presente ley, y las formas de articulación con los

planes y programas del respectivo subsector oficial de salud;

b) Un sistema de presupuesto, un sistema de contabilidad de costos y un régimen de control de gestión, que incluya, especialmente, indicadores de eficiencia y sistemas de información de resultados. No podrá establecerse como obligación la doble contabilidad;

c) La obligación de someterse a la regulación tarifaria que establezca la Dirección Nacional, seccional o local del sistema de salud, según el caso, para los servicios comprendidos por el plan, programa o proyecto, al cual, se destinarán los recursos;

d) Las formas de participación comunitaria, conforme a la regulación que se establezca, en desarrollo del artículo 1º de esta ley;

e) Los sistemas y procedimientos para suministrar, especialmente, a la entidad pública aportante, la formación técnica y administrativa que se considere conveniente;

f) Los criterios de orden científico-técnico, técnico-administrativo y financiero, a los cuales, debe someterse la entidad receptora;

g) Las consecuencias que se derivarán, en caso de incumplimiento de las obligaciones contractuales;

h) La entidad o persona que desarrollará las actividades de interventoría;

i) La adopción de la estructura administrativa, básica, de que trata el artículo 19 y la fijación de mecanismos para la designación del personal directivo;

j) La afiliación de sus empleados, a un sistema de previsión y seguridad social, y a un fondo o caja de cesantías.

Parágrafo. Los contratos de que trata este artículo, no requerirán requisito distinto a los exigidos para la contratación entre particulares.

Las instituciones de seguridad y previsión social que contraten con entidades privadas la prestación de servicios de salud, podrán, igualmente, prever, en los respectivos contratos, una o varias de las obligaciones establecidas en este artículo. Para estos efectos, se respetará, en todo momento, la autonomía administrativa, objetivos, fuentes de financiación y asignación de recursos, predeterminados por normas específicas.

Artículo 24. Contratación o asociación para la prestación de servicios de salud. Previa autorización del Ministerio de Salud, cuya competencia podrá ser delegada en las direcciones seccionales, o locales, todas las entidades públicas que tengan la responsabilidad de prestar servicios de salud, podrán contratar con personas privadas, especializadas, en servicios de salud, inscritas en el registro especial que, para el efecto, se organizará en desarrollo de las facultades de que trata el artículo 19 de esta ley, la prestación del servicio público de salud, siempre y cuando, se respeten los principios consagrados en el artículo 3º, y se acepte el régimen tarifario vigente, que determine la entidad pública contratante. Estos contratos, no requerirán requisito distinto a los exigidos para la contratación entre particulares.

Los contratos podrán prever la prestación de servicios en forma gratuita o subsidiada, de acuerdo al respectivo plan o programa de salud, y con base en el régimen tarifario adoptado por el Ministerio de Salud.

Autorízase, igualmente, para los efectos de desarrollar el principio de integración funcional, a todas las entidades públicas que presten servicios de salud, para asociarse entre sí y con entidades o personas privadas que tengan por objeto la prestación de servicios de salud, a fin de crear y organizar nuevas entidades con el mismo objeto, a las cuales, se podrán transferir recursos, por parte de las entidades públicas para la ejecución de programas o proyectos. La asociación requerirá, también, autorización previa del Ministerio de Salud, y que las entidades privadas estén inscritas en el registro especial a que se refiere el inciso primero.

Parágrafo. Las instituciones de seguridad social o de previsión social, y las cajas de compensación o de subsidio familiar, podrán, directamente o, en desarrollo del sistema de contratación o de asociación, de que trata este artículo, prestar servicios de salud, y adelantar programas de nutrición para personas que no sean legalmente beneficiarias de sus servicios.

Artículo 25. Régimen de estímulos. Las entidades que celebren contratos, conforme a lo dispuesto en los artículos 23 y 24, las surtidas mediante asociación para la integración funcional, en las cuales, participen entidades públicas y, en general, las que acojan la estructura básica señalada en el artículo 19 tendrán los siguientes estímulos:

a) Prioridad en los programas de capacitación y desarrollo de los recursos humanos que ofrezcan las entidades públicas, que se adelanten con el auspicio de organismos de cooperación técnica internacional.

b) Prioridad en la contratación del servicio público de salud requerido por las entidades públicas de seguridad y previsión social.

c) Participación preferencial en los planes, programas y proyectos que adelante el sistema nacional, seccional o local de salud según el caso.

d) Beneficiarios de los programas de dotaciones y de prestación de servicios de mantenimiento que organice el Fondo Nacional Hospitalario.

Parágrafo 1º El régimen de estímulos definido en este artículo, sólo será aplicable, con base en la evaluación positiva de la eficiencia en la gestión certificada por la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con el artículo 9º letra j). Dicha calificación, además, formará parte de la hoja de vida de

gerentes y directores científicos de las entidades de salud.

Parágrafo 2º El incumplimiento, por parte de los municipios de los prerrequisitos señalados en el artículo 37, impide la aplicación del régimen de estímulos.

CAPITULO IV

Estatuto de personal.

Artículo 26. Clasificación de empleos. En la estructura administrativa de la Nación, de las entidades territoriales o de sus entidades descentralizadas, para la organización y prestación de los servicios de salud, los empleos pueden ser de libre nombramiento y remoción o de carrera.

Son empleos de libre nombramiento y remoción:

1. En la administración nacional central o descentralizada, los enumerados en las letras a), b), c) e i) del artículo 1º de la Ley 61 de 1987.

2. En las entidades territoriales o en sus entes descentralizados:

a) Los de Secretario de Salud o Director Seccional o local del sistema de salud, o quien haga sus veces, y los del primer nivel jerárquico, inmediatamente siguiente.

b) Los de Director, Gerente o representante legal de entidad descentralizada, y los del primero y segundo nivel jerárquicos, inmediatamente siguientes.

c) Los empleos que correspondan a funciones de dirección, formulación y adopción de políticas, planes y programas y asesoría.

Todos los demás empleos son de carrera. Los empleados de carrera podrán ser designados en comisión, en cargos de libre nombramiento y remoción, sin perder su pertenencia a la carrera administrativa.

Parágrafo. Son trabajadores oficiales, quienes desempeñen cargos no directivos destinados al mantenimiento de la planta física hospitalaria, o de servicios generales, en las mismas instituciones.

Los establecimientos públicos de cualquier nivel, precisarán en sus respectivos estatutos, qué actividades pueden ser desempeñadas mediante contrato de trabajo.

Artículo 27. Régimen de carrera administrativa. A los empleos de carrera administrativa de la Nación, las entidades territoriales, y las entidades descentralizadas de cualquier nivel administrativo, para la organización, administración y prestación de los servicios de salud, se aplicará el régimen previsto en la Ley 61 de 1987 y en el Decreto 694 de 1975, incluidas las normas sobre calificación de servicios, en cuanto sea compatible con dicha ley y con lo previsto en la presente.

Sin embargo, el Consejo Superior del Servicio Civil, el Departamento Administrativo del Servicio Civil y el Ministerio de Salud, podrán delegar las funciones correspondientes, que sean indispensables, en las autoridades que, para el efecto, determinen las entidades territoriales.

A los empleados de las entidades territoriales o de sus entes descentralizados, que al entrar en vigencia esta ley, se encuentren desempeñando un cargo de carrera, sin estar inscritos en la misma, se les aplicará lo dispuesto en los artículos 5º y 6º de la Ley 61 de 1987, pero, se podrán tener en cuenta, además del manual general de funciones que para el sector salud expide el Gobierno Nacional, los manuales específicos de cada entidad.

Los municipios deberán acogerse al régimen de carrera administrativa, a más tardar el 30 de julio de 1991, y las demás entidades territoriales, antes del 30 de diciembre de 1990.

Parágrafo 1º Todas las autoridades nominadoras son responsables de la aplicación del régimen de carrera administrativa, so pena de incurrir en causal de mala conducta. En caso de que las entidades públicas sean condenadas, y la sentencia considere que el funcionario autor de los actos, debe responder en todo, o en parte, la administración podrá repetir contra él, en los términos previstos en el artículo 78 del Código Contencioso Administrativo.

Parágrafo 2º La calificación de servicios es obligatoria, al menos una vez al año, y se efectuará de acuerdo con la metodología que trace el Ministerio de Salud, conjuntamente con el Departamento Administrativo del Servicio Civil y se tendrá en cuenta para todos los efectos relacionados con la administración de personal.

Artículo 28. Concursos. Para la provisión de los empleos de carrera del sector salud se utilizarán dos tipos de concurso, así:

a) Concurso abierto, es decir, aquel, en el cual, pueda participar cualquier persona que cumpla con los requisitos mínimos, siempre que se presente una vacante en un cargo de carrera. Sin embargo, tendrán prelación los empleados ya inscritos en carrera en cualquier entidad del sector salud, quienes podrán además, convalidar su calificación de servicios por puntaje, en los términos que determine el reglamento, siempre y cuando se observe lo ordenado en el artículo 76 Decreto 694 de 1975.

b) Concurso cerrado, o sea, limitado a los empleados inscritos en carrera de la entidad de que se trate, para la promoción, dentro de grados de un mismo cargo o categoría, caso en el cual, se podrá aceptar como puntaje exclusivamente la calificación de servicios. El concurso para ascenso de grado dentro de un mismo cargo o categoría de empleo, no genera vacante en los grados inferiores.

Artículo 29. Régimen disciplinario. Se aplicará a todos los funcionarios de la Nación, las entidades territoriales y las entidades descentralizadas, de cualquier nivel administrativo, vinculados a la estructura de organización, administración y prestación de servicios de salud, el régimen disciplinario previsto en la Ley 13 de 1984, en sus Decretos reglamentarios y en las disposiciones que los modifiquen o reformen.

Artículo 30. Régimen de los trabajadores oficiales y de los empleados públicos. Las entidades públicas de cualquier nivel administrativo que presten servicios de salud, aplicarán a sus trabajadores oficiales, en cuanto sean compatibles, los principios y reglas propios del régimen de carrera administrativa, y les reconocerán, como mínimo, el régimen prestacional previsto en el Decreto 3135 de 1968, todo, sin perjuicio de lo que contemplen las convenciones colectivas de trabajo.

A los empleados públicos del sector de la salud de las entidades territoriales y de sus entes descentralizados, se les aplicará el mismo régimen prestacional de los empleados públicos del orden nacional, sin perjuicio de lo previsto en el artículo 17 de la presente ley.

Artículo 31. Comisiones consultivas. En todas las entidades del subsector oficial del sector salud, funcionarán Comisiones Consultivas para la aplicación de las disposiciones de la presente ley en lo relativo a personal, conformadas, paritariamente, por representantes designados por la Dirección de la respectiva entidad, y por representantes elegidos por los empleados, cuyo número de integrantes, organización y funciones, determinará el reglamento.

CAPITULO V

Aspectos fiscales y tarifarios.

Artículo 32. Valor del situado fiscal para salud. A partir del presupuesto de 1991, el valor anual de los ingresos ordinarios de la Nación con destinación para salud, será igual al valor resultante de aplicar el cuatro por ciento al total de los ingresos corrientes de cada anualidad fiscal. El porcentaje señalado, se procurará incrementar, acumulativamente, hasta en 14 punto porcentual en cada vigencia, si los ingresos corrientes de la Nación aumentarán más que el índice general de precios al consumidor, y sin que el valor del situado fiscal considerado globalmente, llegue a sobrepasar el 25% de los ingresos ordinarios.

En estos términos queda modificada la Ley 46 de 1971, en lo relativo al situado fiscal para salud.

Artículo 33. Reordenamiento de las fuentes financieras para salud. A partir de la vigencia de la presente ley, el situado fiscal para salud se destinará a financiar la prestación de servicios de salud, de acuerdo con el siguiente orden de prioridades:

1. Servicios básicos de salud y servicios de asistencia pública.
2. Gastos de funcionamiento de la infraestructura utilizada para la prestación de servicios del primer nivel de atención en salud.
3. Al pago de las prestaciones sociales adeudadas por las entidades territoriales o sus entes descentralizados a sus empleados oficiales, vinculados a la dirección y prestación de servicios de salud.
4. Gastos de funcionamiento de la infraestructura utilizada para la prestación de servicios del segundo nivel de atención en salud.
5. Gastos de funcionamiento de la infraestructura utilizada para la prestación de servicios del tercer nivel de atención en salud.

Parágrafo 1º Los gastos de funcionamiento de las dependencias y organismos de dirección, de cualquier nivel administrativo, deberán ser financiados con los recursos ordinarios del presupuesto seccional y local, con las rentas de recaudo seccional, cedidas por la Nación, y otras rentas de destinación específica para salud diferentes al Situado Fiscal.

El Ministerio de Salud, en acuerdo con los Servicios Seccionales de Salud, establecerá un programa, para que en un plazo no mayor de cinco años se reduzcan, en forma progresiva, las asignaciones actuales del situado fiscal a gastos de funcionamiento de los organismos de dirección, y se sustituyan por las otras fuentes, arriba señaladas, de tal forma que, al menos, al final del plazo el situado fiscal se destine íntegramente a los gastos de prestación del servicio en el orden de prioridades señalado en este artículo.

Parágrafo 2º El Ministerio de Salud determinará, anualmente, los porcentajes mínimos y máximos del valor total del situado fiscal para salud que podrá destinarse a las diferentes prioridades.

Parágrafo 3º Las rentas de recaudo seccional cedidas por la Nación, y las otras rentas de destinación específica para salud, diferentes al situado fiscal, se asignarán, en el siguiente orden de prioridades:

1. Gastos de funcionamiento de la infraestructura utilizada para la prestación de servicios, en el segundo nivel de atención en salud.
2. Gastos de funcionamiento de la infraestructura utilizada para la prestación de servicios del tercer nivel de atención en salud.
3. Gastos de funcionamiento de los organismos de dirección de los servicios de salud.

Parágrafo. Los valores adeudados por concepto de prestaciones sociales se manejarán conforme a la correspondiente programación, como subcuentas de los fondos seccionales, o se girarán a las cajas, fondos de cesantías, o entidades de seguridad y de previsión obligadas al pago.

Para tal efecto, la Superintendencia Nacional de Salud promoverá la realización de los estudios relativos a las prestaciones adeudadas, vigilará que se efectúe la asignación necesaria de recursos, y que se cumpla la destinación, de tal manera, que se haya programado el pago de la deuda a más tardar en el mes de julio de 1990.

Artículo 34. Distribución del situado fiscal para salud. Cada una de las entidades de que trata el artículo 182 de la Constitución Política, excepto el Distrito Especial de Bogotá y el Distrito Cultural y Turístico de Cartagena, distribuirá no menos del 50% de los recursos que le correspondan por concepto de situado fiscal para salud entre los municipios de su jurisdicción.

Para este efecto, se tendrán en cuenta los siguientes criterios: población cubierta por los servicios oficiales de salud, categoría socioeconómica del municipio y estímulos a los aportes locales, en la forma y proporción en que lo determine el reglamento.

Parágrafo 1º El Ministerio de Salud determinará la ponderación asignada a cada criterio y aprobará la distribución resultante de recursos por concepto del Situado Fiscal entre los municipios, que será propuesta por las direcciones seccionales.

Parágrafo 2º Los distritos especiales podrán distribuir un 50% de los recursos percibidos por concepto del Situado Fiscal a los fondos de comunas o corregimientos.

Artículo 35. Prestaciones sociales y económicas. A partir de la vigencia de la presente ley, prohíbese a todas las entidades públicas y privadas del sector salud, asumir directamente las prestaciones asistenciales y económicas, que estén cubiertas por los fondos de cesantías o las entidades de previsión y seguridad social correspondientes, las cuales, deberán atenderse mediante afiliación a éstas de sus empleados y trabajadores.

Artículo 36. Transferencia de los recursos. Los recursos del situado fiscal para salud, serán transferidos directamente a los municipios, distritos y a las demás entidades territoriales de que trata el artículo 182 de la Constitución Política, mediante giros mensuales, según la distribución efectuada conforme a lo establecido en el artículo 34, previa certificación del cumplimiento de los requisitos señalados en el artículo 37.

Para el efecto indicado, a más tardar el 25 de agosto de cada año, el Ministerio de Hacienda comunicará al Ministerio de Salud el valor del situado fiscal para salud. El Ministerio de Salud procederá a la elaboración del proyecto de distribución de los recursos considerando las propuestas de las Direcciones Seccionales, el cual, deberá ser enviado al Ministerio de Hacienda y Crédito Público antes del 1º de noviembre de cada año.

Artículo 37. Requisitos para la transferencia de recursos. Para efectuar el giro de los recursos correspondiente al situado fiscal para salud, se requiere que los municipios, distritos y demás entidades territoriales, de que trata el artículo 182 de la Constitución Política, hayan:

1. Organizado y puesto en funcionamiento la Dirección del Sistema Local o Seccional de Salud.
2. Organizado el régimen de carrera administrativa, expedido el manual de cargos, o adoptado el manual elaborado por el Ministerio de Salud, e inscrito a todos los funcionarios que tengan derecho a ingresar en la carrera administrativa.
3. Efectuadas las transformaciones institucionales indispensables para la prestación de los servicios de salud exigidos por el artículo 6º de esta ley, y, en particular, dotando a las unidades de salud de personería jurídica y de una estructura administrativa, según el marco definido en el artículo 19 de esta ley.
4. Celebrados los contratos para la prestación de servicios de salud, si la ejecución de los planes, programas y proyectos, así lo exigen, de acuerdo a lo previsto en los artículos 23 y 24 de la presente ley.
5. Creado y organizado el fondo previsto en el artículo 13.
6. Afiliado a sus empleados a los fondos de cesantías y a las instituciones de previsión y seguridad social. Según lo prescrito en el artículo 35.

Parágrafo. Los municipios y distritos, podrán cumplir los requisitos de que trata este artículo, en plazos de uno, dos, tres, cuatro y cinco años, según se trate de las categorías 1ª, 2ª, 3ª, 4ª y 5ª, establecidas para los efectos de la remuneración de los alcaldes respectivamente.

Artículo 38. Anunciación de servicios por la Dirección seccional. En caso de que se venzan los plazos previstos en el artículo precedente, sin que se hayan cumplido los requisitos exigidos, o en el evento de que en cualquier tiempo se incumpla cualquiera de dichos requisitos, la respectiva dirección seccional del sistema de salud, asumirá la administración de la prestación de los servicios de salud, con los recursos que debían transferirse, para ese efecto, para lo cual, se harán las transferencias correspondientes al fondo seccional de salud.

Artículo 39. Obligaciones especiales de los sujetos pasivos de impuestos con destinación para servicios de salud y asistencia pública. Todas las personas que sean sujetos pasivos de impuestos que tengan destinación especial para la prestación de servicios de salud y asistencia pública, están obligadas, especialmente, a:

- a) Someter su programación y ejecución presupuestal, en lo pertinente a las obligaciones con el sector salud, a la aprobación de la Superintendencia Nacional de Salud, previo visto bueno de la Dirección Seccional o Local del Sistema de Salud.

b) Llevar su contabilidad, conforme a lo prescrito por el Decreto 2160 de 1986, o las normas que las sustituyan o reformen, de tal manera, que el pago de los impuestos y otras obligaciones correspondientes, se haga mensualmente, de acuerdo con las sumas causadas, excepto en las licoreras que será bimestralmente.

c) Acreditar el cálculo de la base gravable y el pago de impuestos de rentas para salud, presentando sus estados financieros, dictaminados por un contador público o una firma de auditoría debidamente autorizada, anualmente, o cuando así lo solicite, en cualquier tiempo, la Superintendencia Nacional de Salud o la Dirección Seccional o local del sistema de salud.

Parágrafo. Para efectos de liquidación y control de los distintos impuestos con destinación especial para salud, se intercambiará información entre las autoridades nacionales o de las entidades territoriales competentes.

Artículo 40. Adición al artículo 463 del Estatuto Tributario. Adiciónase el artículo 463 del Estatuto Tributario con el siguiente parágrafo:

"Parágrafo. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 447, en ningún caso, la base gravable para liquidar el impuesto sobre la venta de licores de producción nacional, podrá ser inferior al 40% del precio promedio nacional, al detal, fijado semestralmente por el DANE para la botella de aguardiente anisado de 750 c.c. El valor, así determinado, se aplicará proporcionalmente cuando el envase tenga un volumen diferente.

La base gravable para liquidar el impuesto sobre las ventas de estos productos no incluye el valor del impuesto al consumo, ni la participación porcentual de la respectiva entidad territorial por la venta de licores consumidos en su jurisdicción".

Artículo 41. Modificación del artículo 47 de la Ley 15 de 1989. El artículo 47 de la Ley 15 de 1989 quedará así:

"Artículo 47. Las empresas productoras, girarán el producto del impuesto sobre las ventas de licores destilados de producción nacional, directamente, al fondo seccional de salud de la entidad territorial correspondiente, en igual proporción al valor del impuesto causado por las ventas o despachos efectuados a dicha entidad territorial, afectado por los impuestos descontables en forma proporcional.

El giro deberá realizarse entre los primeros quince días calendario del mes siguiente a cada período bimestral del gravamen. El pago extemporáneo causa intereses moratorios que se liquidan conforme a los artículos 634 y 635 del Estatuto Tributario.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud, verificará el pago o giro del impuesto sobre las ventas cedido, e informará sobre las irregularidades a la Administración de Impuestos Nacionales del domicilio del responsable.

Para este efecto, los productores de licores suministrarán a la Superintendencia Nacional de Salud, fotocopia de la declaración de ventas y una relación de las ventas y retiros por cada unidad territorial, discriminando para cada bimestre el número de unidades producidas, vendidas y/o retiradas para consumo interno. Suministrarán, igualmente, copia o fotocopia del recibo de pago del impuesto cedido, expedido por el fondo seccional de salud, o por la entidad, a través de la cual se haga el giro o se efectúe la consignación. Anualmente, se enviarán, además, los estados financieros aprobados por el revisor o auditor fiscal. La mencionada superintendencia guardará la reserva de que trata el artículo 583 del Estatuto Tributario y demás normas concordantes".

Artículo 42. La cesión del impuesto sobre las ventas que recae sobre los licores de producción nacional, así como la del impuesto al consumo de licores de producción nacional se hará a los departamentos, intendencias, comisarías, al Distrito Especial de Bogotá y al Distrito Cultural y Turístico de Cartagena.

Artículo 43. Disposiciones sobre loterías. El producto de la lotería con premios en dinero de que tratan los artículos 193 y siguientes del Decreto 1222 de 1986, así como el impuesto sobre la venta de loterías regulado por los artículos 164 y 165 del mismo decreto, se pagarán mensualmente a los fondos seccionales de salud, y se destinarán exclusivamente a los gastos que demande la asistencia pública, incluidos sus gastos de dirección.

Parágrafo. El valor del giro mensual a los fondos seccionales de salud, no podrá ser inferior al 14% de la venta causada de billetes y otros derechos, y se hará en los primeros diez días de cada mes, y se contabilizará como un anticipo a la liquidación definitiva de los impuestos y participaciones a que tienen derecho los fondos seccionales de salud. Las Direcciones Seccionales de Salud podrán exigir a las loterías que acrediten el valor de su venta, remitiéndoles los billetes no vendidos debidamente anulados.

Artículo 44. Arbitrio rentístico de la Nación. Declárase como arbitrio rentístico de la Nación la explotación monopólica, en beneficio del sector salud, de todas las modalidades de juegos de suerte y azar, diferentes de las loterías y apuestas permanentes existentes, tales como la lotería instantánea, el sorteo de obligaciones, el lotto y la videolotería.

Artículo 45. Sociedad especial de capital público. Autorízase la constitución y organización de una sociedad de capital público, de la cual, serán socios la Nación, y las entidades territoriales, o sus entidades descentralizadas, titulares de los monopolios rentísticos de las loterías existentes, y cuyo objeto sea la explotación y administración del monopolio rentístico creado mediante el artículo 46 de la presente Ley.

Los costos y gastos de inversión, producción, administración, venta y publicidad no podrán ser superiores al 15% de las ventas netas.

El producto resultante de las ventas netas menos el valor de los premios pagados, menos el porcentaje máximo señalado para costos y gastos, más otras utilidades de la empresa, se distribuirá en la siguiente forma:

1. 10% para el pago de prestaciones sociales de los trabajadores de la salud, en la forma y la destinación específica en que lo determine el Ministerio de Salud, durante los primeros cinco años de funcionamiento de la sociedad.

2. 40% para distribuir entre los municipios, en proporción directa a las ventas que se ejecuten en su territorio, que se elevará al 50%, una vez transcurridos los cinco años previstos en el numeral anterior.

3. 50%, como mínimo, para distribuir entre todos los municipios del país, en proporción directa a su población, y en proporción inversa a su desarrollo socioeconómico, según fórmula aprobada por su junta directiva.

Parágrafo 1º Los pagos por concepto de participación en el producto de la empresa, no serán nunca inferiores al 14% de las ventas mensuales, y se girarán a los fondos locales de salud, con esa periodicidad.

Parágrafo 2º El producto resultante de las apuestas en juegos deportivos, organizados por la empresa que se autoriza en el artículo 47, se distribuirá en la siguiente forma: 40% para los servicios locales de salud, 40% para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el 20% para Coldeportes.

Artículo 46. Modificación del artículo 152 del Decreto 1222 de 1986. El artículo 152 del Decreto 1222 de 1986, quedará así:

"Artículo 152. El impuesto sobre el consumo de cerveza de producción nacional, se causa en el momento en que el artículo sea entregado por el productor de cerveza para su distribución o venta en el país.

Para los efectos de este decreto, se entenderá que este impuesto se aplica a la cerveza, a los sifones y a cualquier producto de naturaleza similar, sin importar su denominación.

Sobre el valor de los productos destinados a publicidad, promociones, donaciones, comisiones, o cualquier otro fin, se causa igualmente el impuesto".

Artículo 47. Modificación del artículo 154 del Decreto 1222 de 1986. El artículo 154 del Decreto 1222 de 1986, quedará así:

"Artículo 154. El impuesto al consumo de cervezas será equivalente al 54% del valor de facturación al detallista, determinado por la autoridad competente.

En el caso de los productos destinados a publicidad, promociones, donaciones, comisiones, o cualquier otro fin similar, el impuesto se liquidará sobre el valor equivalente al fijado para el detallista en proporción al volumen".

Artículo 48. Adición al artículo 155 del Decreto 1222 de 1986. Adiciónase el artículo 155 del Decreto 1222 de 1986 con el siguiente parágrafo:

"Parágrafo. La contabilidad de los responsables de este impuesto deberá llevarse, en forma tal, que permita verificar o determinar los factores necesarios para establecer la base de liquidación del impuesto, en especial, el volumen de producción, los despachos y retiros.

Se tendrán como hechos irregulares en la contabilidad, los indicados en el artículo 654 del Estatuto Tributario, y la sanción se determinará de acuerdo con los artículos 655 y 656 del mismo estatuto o con las disposiciones que lo modifiquen o complementen".

Artículo 49. Modificación del artículo 475 del Estatuto Tributario. El artículo 475 del Estatuto Tributario quedará así:

"Artículo 475. Tarifa especial para las cervezas. El impuesto sobre las ventas de cervezas, sifones y similares de producción nacional, cualquiera sea su clase, envase, contenido y presentación, es del 14% y se entenderá incluido en el impuesto al consumo que grava estos productos".

Artículo 50. Modificación del artículo 158 del Decreto 1222 de 1986. El artículo 158 del Decreto 1222 de 1986, quedará, así:

"Artículo 158. Corresponde a la Dirección General de Impuestos Nacionales la fiscalización, determinación, discusión y cobro administrativo coactivo, para lo cual, aplicará el mismo procedimiento tributario, sanciones e intereses de mora del impuesto sobre las ventas, pero su declaración, liquidación y pago será mensual.

Para todos los efectos, incluida la liquidación y pago, el período al impuesto de consumo de cervezas, sifones y similares será mensual.

La Superintendencia Nacional de Salud, con la reserva de que trata el artículo 583 del Estatuto Tributario y demás normas concordantes, verificará la liquidación y el pago o giro del impuesto, e informará sobre las irregularidades a la Administración de Impuestos Nacionales del domicilio del responsable. Para estos efectos, los productores de cervezas, sifones y similares suministrarán la misma información documental de que trata el artículo 47 de la Ley 15 de 1989".

Artículo 51. Modificación al artículo 160 del Decreto 1222 de 1986. El artículo 160 de que trata el Decreto 1222 de 1986, quedará así:

"Artículo 160. Dentro del 54% a que se refiere el artículo 154 de este Decreto, están comprendidos catorce puntos porcentuales que corresponden al impuesto sobre las ventas de cervezas, sifones y similares

que se girarán por las empresas productoras a los fondos seccionales de salud, en proporción al consumo de cervezas en su jurisdicción, con destinación exclusiva a la dirección y prestación de servicios de salud en el segundo y tercer nivel de atención en salud".

Artículo 52. Reglamento tarifario. Para los efectos de que trata la presente Ley, el Ministerio de Salud adoptará un reglamento tarifario para la prestación de servicios de salud, en el cual, se contemplará:

a) Metodología de costos estándar, según niveles de complejidad, regiones del país y factores de ajuste inflacionario;

b) Criterios para establecer tarifas para los usuarios de los servicios de salud, según sea su capacidad de atención a su categoría socio-económica y al lugar de residencia;

c) Niveles mínimos y máximos de los valores de las tarifas diseñadas, con base en el costo estándar, para la venta de servicios entre entidades oficiales, al público, en general, o para la compra de ellos por parte de entidades públicas, en desarrollo de lo establecido en el artículo 23.

CAPITULO VI

Disposiciones finales.

Artículo 53. Sanciones. En desarrollo de las funciones de inspección y vigilancia, las autoridades competentes, según el caso, podrán imponer, según la naturaleza y gravedad de la infracción de cualquiera de las normas previstas en la presente Ley, las siguientes sanciones:

a) Multas en cuantías hasta de 200 salarios mínimos legales mensuales;

b) Intervención de la gestión administrativa y/o técnica de las entidades que presten servicios de salud, por un término hasta de seis meses;

c) Suspensión o pérdida definitiva de la personería jurídica de las personas privadas que presten servicios de salud;

d) Suspensión o pérdida de la autorización para prestar servicios de salud.

Parágrafo. Las instituciones de seguridad, previsión social y subsidio familiar, conservarán el régimen de inspección y vigilancia que poseen en la actualidad.

Artículo 54. Sanción disciplinaria. El incumplimiento de cualquiera de las disposiciones de esta Ley, por parte de los empleados responsables, es causal de mala conducta la que acarrea la sanción de destitución.

Artículo 55. Codificación y adecuación institucional. Concédense facultades extraordinarias al Presidente de la República, por el término de seis meses, a partir de la vigencia de la presente Ley, para:

a) Codificar todas las disposiciones relativas a la organización y administración de la prestación de servicios de salud, incluidas las de la presente Ley;

b) Reformar la estructura administrativa, naturaleza jurídica y funciones del Ministerio de Salud y de sus entidades adscritas, para adecuarlas a las normas de esta Ley, pudiendo crear y organizar como establecimiento público el Fondo Nacional Hospitalario;

c) Regular la nueva vinculación laboral de los empleados y trabajadores, en los casos de los artículos 16 y 22 de esta Ley, sin liquidación de sus prestaciones económicas causadas, y los términos, condiciones y mecanismos para garantizar la transferencia de los valores correspondientes a tales prestaciones o sistemas de concurrencia, en el pago de las mismas.

Artículo 56. Vigencia. La presente Ley rige a partir de la fecha de su publicación. Deroga expresamente los Decretos extraordinarios 056, 350, 356 y 526 de 1975, el artículo 3º de la Ley 15 de 1989 y todas las disposiciones legales que le sean contrarias. Reforma, en lo pertinente, las disposiciones legales sobre situado fiscal. El Decreto extraordinario 694 de 1975 queda, igualmente, modificado, por cuanto sus disposiciones se aplicarán solamente al Ministerio de Salud y a las entidades descentralizadas del orden nacional que presten servicios de salud, excepto las adscritas al Ministerio de Defensa, y sus normas referentes a la carrera administrativa se continuarán aplicando en los términos del artículo 27 de esta Ley.

El Ministro de Salud,

Eduardo Díaz Uribe

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Fernando Alarcón Mantilla.

La Ministra de Trabajo y Seguridad Social,

María Teresa Forero de Saade.

EXPOSICION DE MOTIVOS

I. Necesidad de una ley reformativa del Sistema Nacional de Salud.

El proyecto que presentamos a consideración de las honorables cámaras legislativas, surge como resultado de la necesidad insatisfecha por mucho tiempo en el país, de ampliar la cobertura de atención y corregir las inequidades surgidas de la forma en que llegan los servicios a la población, dejando excluidos, en particular, los estratos socioeconómicos de bajos ingresos. El proyecto, igualmente, nace de la necesidad de ajustar institucionalmente la estructura y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud a los retos del proceso de descentralización, en la perspectiva de

garantizar, en materia de salud, de manera franca y decidida, la apertura democrática y la generación de espacios de participación a las comunidades, así como para reordenar, institucionalmente, la prestación de servicios, permitiendo que las entidades territoriales jueguen el papel que les corresponde. En este sentido, se hace necesario garantizar una modernización de los estatutos de gestión administrativa vigentes, con el propósito de hacer más eficiente el manejo de las instituciones de salud, mejorar la calidad y llegar a una mayor cobertura de población.

Las reformas que han venido acaeciendo en el diseño organizacional del Estado obligan a realizar un replanteamiento del ordenamiento institucional. Entre ellas, están: el traslado de las funciones de saneamiento básico a las entidades locales y, concurrentemente, a los departamentos; el traspaso de las empresas de obras sanitarias a las mismas entidades y la subsecuente liquidación del Instituto Nacional de Fomento Municipal la aprobación de la Ley 15 de 1989, relativa a la Superintendencia Nacional de Salud; el traslado de la función de regulación de precios de medicamentos al Ministerio de Desarrollo y la responsabilidad a cargo de los municipios para efectuar las inversiones en construcción, dotación básica y mantenimiento integral de los centros, puestos de salud y hospitales locales.

Como es natural, las reformas se han ido sumando progresivamente, sin que hasta la fecha se haya estructurado una reordenación comprensiva del Sistema Nacional de Salud, para adecuarlo a estas nuevas realidades.

Las inequidades que se han acumulado históricamente, en materia de atención en salud, se verifican al confirmar que durante 1977 y 1980, según lo contempla el Estudio Nacional de Salud, el 41.1% de la población percibe algún problema de salud en un periodo de dos semanas. De cada cien personas 24 tienen necesidad manifiesta de consultar, se incapacitan 11, consultan, efectivamente, 11 y se hospitalizan 2.

Esta situación, es resultado de la falta de compromiso del subsector oficial de llevar la atención directa a las comunidades en su hábitat, sitio de vivienda, recreación y demás situaciones vitales. Por esta razón, el proyecto es ampliamente favorable para inducir el cambio de comportamiento de las comunidades, para que se apropien de las condiciones que determinan el proceso de su salud y garantizar un acercamiento de la oferta de servicios a las demandas implícitas, o manifiestamente insatisfechas, por las instituciones de salud existentes.

Complementario a lo anterior, los datos históricos de atención por concepto de consulta médica demuestran que el subsector oficial no llega al 34% de la población, haciéndose cargo, en consecuencia, de una de cada tres personas que en principio le correspondería atender.

En sentido más estricto, descontando el 23% de la población que es derechohabiente de la seguridad y previsión social, y del subsidio familiar, queda un potencial de población no atendida de 43%.

Este último porcentaje quedaría en manos del sector privado, en forma potencial e hipotética. No obstante, en este último caso, cuenta la capacidad de ingreso de las personas para acceder al servicio de atención erogando un precio por el mismo, el cual, excluye de cualquier posibilidad a los grupos de bajos ingresos.

El estudio sectorial de salud realizado durante 1988 y 1989, afirma que en materia de atención ambulatoria la "demanda insatisfecha (...) fue de 8 por mil, tasa superior en los grupos de mayores necesidades (...)"

En la demanda del servicio a las instituciones oficiales, se observa que de cada 100 pacientes solicitantes, 57.2 no fueron atendidos, en tanto, en el Seguro Social, el porcentaje, en el mismo aspecto, es de 22.5. Esta alta proporción de rechazos en el sector oficial —una de cada dos solicitudes de atención— preocupa, si se considera el hecho de que al Estado le correspondería atender 76 personas de cada 100.

Algo similar ocurre con la atención hospitalaria, cuya demanda insatisfecha llega al 7.9 por mil. "El 80% de los rechazos ocurre en el sector oficial. Las tasas de rechazo son similares entre el ISS y el sector oficial (9.3 por mil y 10.1 por mil, respectivamente)".

Se observa, cómo la necesidad de llegar a los grupos de bajos ingresos en la atención ambulatoria y hospitalaria, es muy importante, dado, que son esos estratos los que soportan los mayores niveles de rechazo.

La prevención y autocuidado, se convierten en importantes herramientas de la política de salud, que, de extenderse y lograr la cobertura suficiente, evitarán un sobre costo en los niveles de atención secundarios y terciarios, para aquellos que acceden a los mismos.

Es importante, impulsar un nuevo modelo de la salud integral, de carácter intersectorial, enfatizando la prevención, y el autocuidado, bajo responsabilidad de las comunidades, en cooperación con las instituciones de salud.

Así mismo, se torna necesario modernizar la gestión de los servicios y poner en marcha un proceso de fiscalización comunitaria de su prestación, de suerte, que se amplíe y optimice la atención, en consonancia con las exigencias reales que son desatendidas, o excluidas, notoriamente, hasta la fecha.

El proyecto, propone importantes medidas para conseguirlo, como la de hacer gratuito el acceso a los servicios de atención básica en el nivel primario, per-

mitiendo a los municipios y a las comunidades, co-gestionar los servicios preventivos y básicos de la atención.

1. Declaratoria de la salud como servicio público y la capacidad interventora del Estado.

Transcurridos casi quince años de la adopción del régimen orgánico del Sistema Nacional de Salud, en 1975, la experiencia acumulada, el diagnóstico efectuado, la necesidad de adecuar el sector a las reformas y orientaciones, en materia de descentralización administrativa, han impuesto al Ministerio de Salud la inaplazable obligación de llevar a consideración del honorable Congreso de la República, el presente proyecto de ley, cuyo objeto es reordenar de manera integral el Sistema Nacional de Salud.

Se quiere, ahora, que el Congreso de la República trace las grandes orientaciones de funcionamiento del mismo, tanto en el orden de los principios, como en el de la organización administrativa, proplamente dicha, para que ellas sean rectoras de la acción que debe desarrollarse por la administración, en todos los niveles.

En esa dirección, el Gobierno Nacional solicita al honorable Congreso, definir, por primera vez, la salud como un servicio público, a cargo tanto del Estado como de los particulares, en los términos que define y precise la ley, no como una simple declaración más, carente de contenido real, sino con consecuencias concretas, a la luz de los principios de la Carta.

En efecto, la reforma constitucional de 1988, reformó el artículo 32, para ampliar el contenido y significación de la intervención del Estado en la economía, para llevarla más allá de la actividad productiva pública o privada, hasta los servicios públicos y privados en función de lograr el desarrollo integral.

De esta manera, la asunción de la salud como un servicio público, permite al legislador ordenar su intervención en él, conforme a los lineamientos que define, y dotar a la Rama Ejecutiva de instrumentos permanentes y eficaces, para regular aspectos centrales del servicio, cuya regulación no puede tener la rigidez propia de las normas legales ordinarias.

Esa iniciativa, corresponde a la concepción que ha venido preconizando la administración del Presidente Barco, la cual, quiere edificar el desarrollo nacional sobre la base de una economía social, a cuyo interior, las necesidades de salud de la población han de ser satisfechas, con arreglo al principio de inclusión, esto es, como derecho general de todos los habitantes del territorio colombiano, por cuanto corresponde al Estado su regulación, por ser bien público de vital importancia para el nivel de vida, el hábitat de la sociedad actual y de las generaciones futuras, que habrán de enfrentar las condiciones que les leguemos, como resultado de las medidas y políticas que corresponde a la responsabilidad histórica de toda la Nación entera, sin distinción de partidos o credos ideológicos distintos.

Toda vez que la salud concierne a las condiciones esenciales de la vida misma de los asociados, no puede restringirse su prestación a la asistencia pública, o a la atención exclusiva, del menesteroso, sino, que más allá de esto, constituye el derecho más elemental, y la premisa básica de existencia de toda la sociedad.

La consecuencia lógica de este principio, es que el Estado debe intervenir y regular como servicio público las condiciones de prestación de la salud, en cuanto a su oportunidad, continuidad, calidad, cobertura, organización, gestión y políticas fundamentales, así se suministre pública o privadamente.

En ese contexto, el proyecto, pretende que el Congreso señale orientaciones precisas, no sólo para la intervención estatal en el servicio público de salud, que limiten racional y técnicamente, la acción del Ejecutivo, sino, en cuanto a la organización y administración del servicio, a partir de una nueva concepción del Sistema Nacional de Salud, que integre armónicamente los sectores público y privado y sobre todo, establezca con claridad las responsabilidades institucionales en los diferentes niveles de atención, en materia de atención y asistencia pública.

Obviamente, para ese propósito, el proyecto ha tenido que ocuparse, de manera particular, de las distintas dimensiones de dirección del sistema y, sobre todo, de los fenómenos de transferencia funcional hacia las regiones y localidades, sin menoscabo de la continuidad del servicio, y de los derechos legítimos de los empleados y trabajadores del sector salud.

Así mismo, ha tenido que contemplar un esquema bien definido de participación de las entidades privadas en la prestación del servicio, que aclare la situación de las fundaciones e instituciones de utilidad común, así como de las personas sin ánimo de lucro, y que precise los términos de sus relaciones con el Estado, siempre que reciban recursos públicos, o cuando sean contratadas para la prestación de servicios.

Ha sido necesario, detenerse en la regulación del personal al servicio del sistema, sobre la base de su incorporación, como regla general, al sistema de carrera administrativa, y en los aspectos de orden fiscal y tarifario, que son los que, en definitiva, garantizan la real y eficaz prestación del servicio.

A todas esas materias, queremos, en apretada síntesis, referirnos a continuación, no solamente para explicar el contenido del articulado del proyecto, sino para poner de presente la importancia de su adopción en la actual coyuntura por la cual atraviesa el país.

2. Principios que orientan la política de salud en el marco del proyecto de ley.

Los principios básicos que orientan la política de salud, en el marco del proyecto de ley, tienen un fin fundamental: El acceso universal de todos los habitantes del territorio nacional a los servicios de salud, dado que dentro del sistema actual, no ha sido posible llegar a toda la población, especialmente, a la de menores ingresos, a la que tiene una mayor sensibilidad y exposición al riesgo de enfermar, de morir prematuramente y ser víctima de los mayores niveles de severidad de las enfermedades, evitables con adecuados servicios de prevención, atención y rehabilitación oportuna.

En forma complementaria, con la universalización de los servicios debe garantizarse la equidad en la distribución del costo social que el suministro de éstos demanda, consultando la capacidad de contribución individual o familiar, garantizando el acceso gratuito a los servicios básicos para toda la población, independientemente de la capacidad de pago de los usuarios, al igual que a los indigentes, sin discriminar los niveles de atención necesarios, al efecto.

La universalización, implica el control especial sobre los grupos de riesgo de la población, y en general, la disposición de las condiciones necesarias para hacer frente a los riesgos de enfermedad o muerte de cualquier persona que demande atención.

Es deber del Estado, esforzarse por garantizar que los servicios de salud que se ofrezcan, se acerquen decididamente al individuo, la familia y la comunidad, rescatando la oportunidad en su suministro, lo cual, sólo es posible si se llevan los programas al hábitat en donde se desenvuelve la vida cotidiana de los pobladores.

En la medida en que la oferta de servicios se acerca, comprometidamente, a los espacios y lugares en donde se causan las demandas de atención, no sólo se hace necesario un nuevo esquema de prestación de servicios, sino, también, un nuevo modelo de salud, que debe construirse a partir de la participación de las comunidades en la gestión y apropiación de sus condiciones de salud.

Este último aspecto, no es ajeno a las consideraciones que ha hecho el Gobierno Nacional en distintos campos, incluyendo, al sector salud, en el cual, se han creado los espacios adecuados para dar participación a las comunidades en los más amplios frentes de la gestión de las instituciones prestatarias de servicios.

Sumado a lo anterior, es deseable que las comunidades asuman conscientemente los factores que constituyen riesgo de enfermar y morir, por lo cual, no puede ser ajeno a cada individuo y a la comunidad, en donde se desenvuelve la sociología de su comportamiento colectivo y personal.

Este enfoque, sobre el que se sustenta el proyecto, es particularmente válido, en la medida en que el modelo de salud debe enfatizar la prevención en forma reiterativa, de suerte, que se supere el esquema, según el cual, existe un elemento pasivo que recibe los servicios, y otro activo, que ofrece los mismos. La comunidad se apropia de las condiciones de su estado de salud-enfermedad, en la medida en que participa en la prevención, conjuntamente, con las entidades y funcionarios que están llamados a prestar los servicios básicos y primarios.

3. Definición y efectos del nuevo concepto de sistema de salud.

El concepto de salud que propone el proyecto, se dirige a enfatizar que ella es un proceso resultante de factores biológico-genéticos, del medio ambiente, comportamiento y de los servicios institucionales y que, por consiguiente, se hace necesario actuar en forma conjugada sobre todos ellos, con el propósito de alcanzar un bienestar integral.

El proyecto se esfuerza en esta dirección, al proponer un nuevo marco de prestación de servicios de salud, complementarios, con la participación activa de las comunidades, para que ellas modifiquen su comportamiento y hagan conscientes los factores variables que inciden en el estado de salud. También, lo hace al garantizar que más allá de la prestación de servicios, se requiere la presencia activa del Estado en el suministro de bienes públicos complementarios, que permitan articular las acciones con el sector salud, proplamente dicho.

Por tal motivo, el sistema de salud debe comprender la regulación de todas las situaciones que intervengan como factores de riesgo, las acciones que deben observarse para proteger la salud y las instituciones y sus ejecutorias que interactúen en el estado de salud resultante, así no sean prestatarias de servicios de atención directa, en este último caso, sino, que pertenezcan a otros sectores de la administración pública o sean agentes del sector privado.

Con ello, no se vulnera la autonomía de las entidades comprendidas en el sistema, pero, si se establece claramente que las normas técnicas expedidas por el Ministerio de Salud y el Gobierno Nacional, la formulación de políticas y planes, la inspección, vigilancia y control que se ejerzan, cobijarán a todas las entidades que presten servicios de salud, y en lo pertinente, a aquellos que por sus acciones afecten el estado de salud de las personas.

Se dota al sistema de salud de un conjunto de regímenes, que se refieren a aspectos técnicos o administrativos, los cuales, son aplicables, íntegramente, al subsector oficial, con exclusión de los servicios de

salud prestados por la previsión social, los que quedan regulados dentro de los marcos expuestos en el párrafo anterior, pero que conservan autonomía administrativa, de objetivos, de estructura y gestión financiera.

Se adicionan a los regímenes ya existentes, desde la configuración del Sistema Nacional de Salud, los de referencia y contrarreferencia, regulados por el Ministerio y los de participación comunitaria, financiación y control de gestión, a fin de adecuar a las nuevas exigencias de desarrollo de la política de salud, la organización y funcionamiento del sistema.

4. Definición de competencias y responsabilidades entre la Nación y los entes territoriales en el proceso de salud-enfermedad: Reordenamiento institucional.

Consultando el decidido desarrollo del proceso de descentralización que ha desarrollado el Gobierno Nacional se propone un reordenamiento institucional del subsector oficial, respetando la autonomía de las entidades e instituciones de la seguridad y previsión social, y las del subsidio familiar.

Para estas últimas, se prevé su articulación con las restantes entidades del subsector oficial, por medio del principio de la integración funcional, a fin de contribuir adicionalmente, por esta vía, a la universalidad en el acceso a los servicios de salud.

Entre otros mecanismos, para conseguir dicha articulación, se propone liberar la restricción legal hasta hoy existente, según la cual, las instituciones de la seguridad y previsión social, y las de subsidio familiar no pueden destinar recursos para atender población que no es derechohabiente directa, así pertenecan a un mismo grupo familiar del beneficiario inmediato. De otra parte, se da vía libre a las entidades del subsector oficial directo, para que se asocien con las entidades de la seguridad y previsión social, a fin de evitar duplicidad de esfuerzos, subutilización de recursos y sobreprotección a grupos especiales de población.

El reordenamiento institucional se sustenta, también en la necesidad de complementar el Decreto 077 de 1987 y la Ley 012 de 1988 que le sirve de fundamento, puesto que, si bien, en ese marco se trasladó la responsabilidad a los municipios y a los departamentos, en forma de concurrencia, para que realizaran las inversiones en construcción, dotación básica y mantenimiento integral de los centros, puestos de salud, hospitales locales y centros de bienestar al anciano, en el proyecto se propone, así mismo, el traspaso de las instituciones de salud a las entidades locales, para que se responsabilicen integralmente de los servicios primarios y de la atención básica. No de otra forma, es factible que se destinen recursos del IVA, o de otras fuentes locales a financiar la inversión, cuando no hay un manejo directo por parte de los municipios de las políticas e instituciones prestatarias de servicios de salud.

Esto último, es compatible con otro marco de orientaciones que propone el proyecto, en lo que hace relación al modelo de salud, dado que los municipios tendrán como función prioritaria la prestación de servicios básicos gratuitos y de atención primaria, que por conveniencia e interés social, deben ser universales e igualitarios en su acceso.

Para estos efectos, se reordenan las fuentes de financiación, de suerte que no se deja al arbitrio de los recursos, exclusivamente locales, el desempeño de sus responsabilidades sobre tan importantes materias.

Igualmente, es aquí en donde se enfatizan los procesos de participación comunitaria, de articulación multisectorial de la salud con otros servicios básicos, que debe prestar el municipio y que atañen a los múltiples factores de riesgo incidentes en el proceso de salud-enfermedad, como el saneamiento básico y el hábitat esencial de la población.

El Gobierno Nacional, entiende que el reordenamiento institucional, por efecto del desarrollo del proceso de descentralización, no es un problema exclusivo de los municipios, sino, que, como requisito para que éstos puedan acometer sus funciones, se dé curso a la reestructuración de los niveles departamental, intencional, comisarial y, necesariamente, de la Nación.

Por esta razón, para imprimir coherencia al ordenamiento institucional del sistema de salud, se redefinen las funciones del subsector oficial directo en los niveles de dirección nacional, seccional y local, y se clarifican las competencias en materia de prestación directa de servicios y de control de los factores de riesgo, acorde con los niveles de atención existentes en el país.

En esta línea, además de transferir las entidades de salud encargadas de la prestación de servicios básicos y de atención primaria a los municipios, se define a estos últimos, las atribuciones que deben ejercer en nivel de dirección del sistema de salud, para mejorar y mantener el estado de salud de los habitantes de su jurisdicción, entre los cuales, sobresalen: Diagnóstico de la situación de salud y de sus factores condicionantes, formulación del plan local de salud, prevención de la coordinación intersectorial, en desarrollo de la integración funcional, observación de los principios de universalidad y equidad, supervigilancia de la aplicación de las normas sanitarias y, en general, dirección de la política local de salud.

Para hacer efectivas esas funciones de dirección, el nivel de dirección municipal asignará y arbitrará los recursos del fondo local de salud que se ordena crear,

en función del reordenamiento financiero contenido en el proyecto, y que más adelante se comenta.

Las entidades seccionales, esto es, los departamentos, intendencias, comisarias y los distritos, organizarán su propia dirección seccional del sistema de salud, en forma autónoma del Ministerio de Salud, puesto que los convenios de integración que dieron origen a los Servicios Seccionales de Salud, S.S.S., deberán darse por terminados, en un plazo máximo de cinco años, el cual, se concede para dar tiempo prudente, a ciertas secciones del país para adaptar sus estructuras administrativas, reorganizando el Servicio Seccional como una secretaria de salud, coordinación sectorial u homóloga.

Esta disposición, es conveniente para hacer transparente la dependencia jerárquica de los actuales directores seccionales de salud, quienes, para ciertos efectos, son agentes del gobernador, y, según las circunstancias, se presentan como agentes del Ministerio de Salud.

Al igual que en el caso de los municipios, a la dirección departamental, intencional, comisarial y de distritos especiales, se les atribuyen claras funciones en materia de: Contribución a la formulación y adopción de los planes nacionales, estimulación e integración de la participación comunitaria al sector salud, y desarrollo de planes de formación, adiestramiento y perfeccionamiento, coordinadamente con entidades especializadas y del sector educativo.

Así, como el municipio, las entidades territoriales del orden seccional arbitrarán y asignarán los recursos correspondientes a los fondos seccionales de salud que se crearán, a efecto de recaudar todos los recursos que tienen destinación específica para salud o asistencia pública, según el caso, y que conciernen a las entidades ya mencionadas.

Las entidades territoriales seccionales, igualmente, tendrán que controlar los factores de riesgo que trasciendan la capacidad de los municipios, para evitarlos, o que impliquen a varios municipios, sin detrimento de que estas acciones emerjan de asociaciones municipales, o de convenios entre los municipios interesados.

Adicionalmente, los departamentos, intendencias, comisarias y distritos especiales, serán los responsables de la prestación de los servicios de salud en el segundo y tercer nivel de atención; se les precisan las materias, de las cuales deberán ocuparse en adelante. Igualmente, deberán jugar el papel de apoyo técnico, financiero y administrativo a los municipios, en aquellos campos que trasciendan la capacidad de operación o de financiación municipal, lo cual, se refuerza a través del principio de subsidiariedad.

Este último principio, no conduce al detrimento de las potencialidades derivadas de la asunción de responsabilidad por parte de los municipios, respecto de los servicios básicos y de atención primaria, pero, introduce un enfoque novedoso con miras al desarrollo del proceso de descentralización, reconociendo, en un momento dado, la responsabilidad de otros niveles de la administración en su apoyo, para garantizar la universalidad y la equidad en la oferta de dichos servicios.

Al nivel nacional, le corresponde la definición de la política de salud y de asignación y distribución de recursos del sector; la articulación de la política seccional con la planificación económica y social de la Nación; la asistencia técnica, administrativa y financiera a la dirección seccional de salud y, coordinadamente con ella, a los municipios de cada jurisdicción; la formulación de las normas técnicas y administrativas aplicables al sistema de salud, en los marcos de la autonomía del sector de la seguridad y previsión social; la inspección y vigilancia de todo lo que tenga que ver con el sistema de salud, y la aplicación de los criterios que establece el proyecto, para la asignación de los recursos del orden nacional, los que deben ser transferidos a los entes territoriales, con arreglo a lo regulado por el artículo 182 de la Constitución Nacional.

Para dar aplicación cabal a estos principios, se demanda una reestructuración del Ministerio de Salud y de sus entidades adscritas, para lo cual, se propone otorgar facultades extraordinarias al Presidente de la República. Es, ésta, una consecuencia obvia de las políticas que propone el presente proyecto de ley, el que debe estar seguido de los ajustes institucionales convenientes para su exacto cumplimiento.

La inspección, vigilancia y control, corresponde a las funciones de dirección que debe ejercer plenamente el Ministerio a través de su Superintendencia Nacional de Salud, la cual, debe estar orgánicamente orientada por las políticas del Ministerio de Salud y no únicamente, como organismo adscrito a la administración central, como uno más de sus establecimientos.

Las fundaciones, instituciones de utilidad común, corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro que pertenecen al Sistema de Salud, quedan reguladas en virtud de la declaratoria de servicio público de la prestación de servicios de salud, acorde a las disposiciones constitucionales que facultan el control y regulación de estas entidades.

Se precisa que todas las instituciones de utilidad común, o personas sin ánimo de lucro, que sin perder el subsidio familiar, prestan servicios de salud, desde suficiencia patrimonial y de capacidad técnica y administrativa que previamente determine el Gobierno

Si se verifica en cualquier momento, por parte del Ministerio de Salud, que las entidades a que nos referimos no reúnen las condiciones de suficiencia patrimonial, técnica o administrativa, será causal de liquidación o disolución. Se busca garantizar la voluntad de los fundadores, ejercer inspección y vigilancia, y la exacta y precisa aplicación y conservación de sus rentas, en concordancia con el artículo 120, numeral 19 de la Constitución Nacional, a su vez, que se ejerce la regulación del servicio público de salud en los términos de la presente ley y del artículo 32 de la Carta.

El proyecto, otorga un año de plazo, contado a partir de la ley, para que las instituciones de utilidad común, fundaciones, asociaciones y corporaciones, de ánimo de lucro, demuestren los requisitos de suficiencia reglamentados por el Gobierno Nacional.

Es clara la necesidad de esta norma, pues la definición jurídica de estas instituciones, ha llevado a una ambigüedad, que ha adquirido dimensiones dramáticas, de todos conocidos, en el sector salud, cuando la naturaleza de privadas sea considerada para efectos del gasto y la de pública para gozar de los beneficios de los ingresos estatales, que se les destinan, para que presten regularmente los servicios, en punto que las juntas de fundadores son puramente nominales, los directivos son nombrados por la administración pública, y la supervivencia total de algunas de ellas es resultado de la financiación estatal.

Como quiera que es propósito del presente proyecto, imprimir claridad al ordenamiento institucional del sistema de salud, a su vez, que potenciar los recursos y la eficiencia en su administración, recursos asignados por parte del Estado o de los particulares, bajo su expresa voluntad, sin perseguir lucro alguno, se establece que para garantizar el cumplimiento de la voluntad de los fundadores, podrá el Presidente de la República afectar, mediante decreto, los bienes y rentas de dichas entidades, las que no demuestren suficiencia, bajo la condición que se destinen los recursos, exclusivamente, a la prestación de servicios de salud y análogos, previstos por los propios fundadores.

En este proyecto, el honorable Congreso Nacional podrá identificar que el Gobierno tiene especial interés en el desarrollo de los principios de economía social, en que se reestructure y ordene, institucionalmente, el sistema de salud, para situarlo, a tono con las premissas del ordenamiento administrativo, emanado de la descentralización y de la declaratoria de salud como bien meritario de primerísima importancia de parte del Estado.

Finalmente, se crea el régimen de control de gestión, el que se fundamenta en la necesidad de estructurar un sistema de indicadores del desempeño, y el establecimiento de estándares de la gestión pública. Considera el Gobierno, que no basta aumentar las fuentes de financiamiento para el sistema de salud, sino, que es de la misma importancia afinar el manejo, control y gestión de los recursos de los que se dispona.

5. Administración de personal.

El proyecto enfatiza en la clasificación de los empleos de las entidades del subsector oficial, con exclusión de los empleos de la seguridad, la previsión social, y el subsidio familiar, de manera que los empleos pueden ser de libre nombramiento y remoción, así como de carrera administrativa, por oposición a los trabajadores oficiales.

Para definir los empleos comprendidos en la categoría de libre nombramiento y remoción, se recogen los lineamientos establecidos por la Ley 61 de 1987, que han sido resultado de una larga trayectoria de maduración por parte de la administración pública colombiana, en lo relativo a función pública, aunque se adaptan a las particularidades existentes en el subsector oficial directo del sistema de salud, excepto las instituciones que ya se mencionaron, y con la singularidad de que se definen los empleos del subsector que corresponden a esta clasificación en las entidades territoriales. Los demás empleos son de carrera administrativa, siempre que no estén comprendidos en el régimen de los trabajadores oficiales.

Para estos efectos, son trabajadores oficiales los que estando vinculados a las instituciones del subsector oficial, hayan obtenido esa caracterización por disposiciones anteriores, y quienes, en un futuro, se vinculen para desempeñar cargos destinados al mantenimiento de planta física hospitalaria, o de servicios generales en las mismas instituciones, excepto que correspondan a los niveles directivo, asesor, ejecutivo y profesional, en los términos en que lo establece el Decreto 1042 de 1978, sin detrimento de lo que establezcan las normas de los establecimientos públicos de cualquier nivel en sus respectivos estatutos, en donde se precisará qué actividades pueden ser desempeñadas mediante contrato de trabajo.

Se recoge, así, el espíritu de la legislación vigente sobre función pública, adaptándola a las condiciones especiales del sector salud, acogiéndolo, en todo caso, los principios de equidad y conveniencia que deben primar en los estatutos de los establecimientos públicos, para precisar las actividades susceptibles de contratación laboral.

De una parte, con el más sano criterio, se prevén los mecanismos y dispositivos institucionales, flexibles y convenientes, para que se aplique plenamente la carrera administrativa en las entidades territoriales, por lo que respecta a los empleos del subsector de salud. Este aspecto, se considera de la mayor importancia en la regulación del servicio público.

salud, a fin de garantizar la eficiencia, moralidad, eficacia, equidad, motivación y estabilidad de la función pública de salud en todos los niveles que integran el sistema. Por otra parte, observa la competencia que la Constitución le otorga a la ley para ocuparse de estas materias.

La administración del régimen de carrera administrativa podrá ser de competencia de los niveles seccionales y locales del sistema de salud, en los términos de delegación que establezca el Departamento Administrativo del Servicio Civil, quien prestará, para el efecto, la asesoría correspondiente. Los empleados del nivel seccional y de áreas metropolitanas, deberán inscribirse en la carrera, en un plazo no mayor a 1990, los de los municipios restantes deberán hacerlo antes de julio de 1991.

El Ministerio de Salud y el Departamento Administrativo del Servicio Civil, elaborarán la estructura de cargos, clases y grados que agrupen requisitos, méritos, capacitación y demás componentes necesarios para el ejercicio de dichos cargos, así como las puntuaciones correspondientes.

A los trabajadores oficiales vinculados a los niveles seccionales y locales, se les garantizará, como mínimo, el régimen prestacional contemplado en el Decreto 3175 de 1968 y complementarios.

El proyecto se cibe al principio de respeto a las condiciones laborales de los empleados del sector salud, garantizando la estabilidad en los cargos, tanto para quienes podrán ingresar a la carrera administrativa, como para quienes, por efecto de la transferencia de instituciones del sector oficial, deberán cambiar de nivel de Gobierno, acogiendo, así mismo, la experiencia que la administración pública ha permitido acumular para hacer frente a situaciones como las aquí planteadas.

De igual forma, el proyecto considera ampliamente la necesaria financiación de las prestaciones económicas adeudadas a los empleados del sector oficial, por lo cual, prevé distintos instrumentos de confiable y segura aplicación, como son los de la configuración de un programa de financiación para saldar los compromisos ya adquiridos con los empleados, bajo encargo de la Superintendencia Nacional de Salud, la deducción anual de un porcentaje del Situado Fiscal para esos fines, y la asignación de un 10% de las utilidades de los nuevos juegos de azar establecidos monopólicamente durante un periodo de cinco años.

6. Reordenamiento y fortalecimiento financiero.

Complementariamente, con la transformación del marco institucional del Sistema Nacional de Salud, el

proyecto apunta, en materia de las finanzas del sector salud, a tres propósitos centrales: fortalecer las fuentes de financiación, reordenarlas, en función de la integración del Sistema de Salud, a partir de los niveles nacional, seccional y local, y racionalizar la gestión de los recursos asignados.

Desde el punto de vista del fortalecimiento de las fuentes de financiación, una de las de mayor significación para el sector han sido, tradicionalmente, los recursos provenientes por concepto de la transferencia del Situado Fiscal, los que han significado cerca de un 40% del total de los recursos del subsector oficial durante los últimos años.

En consideración a ello, se estableció una nueva forma de liquidación del Situado Fiscal para definir el porcentaje de los ingresos ordinarios que se transferirá para salud, en adelante, conforme al artículo 182 de la Constitución Nacional, observando la prudencia necesaria respecto de la estabilidad de las finanzas públicas nacionales.

La proporción de ingresos ordinarios, por concepto de transferencia del Situado Fiscal, se determinará anualmente tomando como base la liquidación de los ingresos corrientes. El porcentaje a tener en cuenta, se calculó como el observado históricamente durante los años ochenta, que se fijó en el 4% de dichos ingresos, cuidando que la base de liquidación para determinar los ingresos ordinarios a transferir se conserve de 1990, en adelante.

Pero, el proyecto no solamente garantiza los recursos de transferencia, sino que lo hace sobre la base de un reordenamiento de las fuentes de financiación, orientando en forma decidida los recursos hacia el nivel local, coherentemente con el cambio del modelo de salud y con el reforzamiento de las funciones del nivel local en la atención primaria, tal como lo ordenó el Decreto 077 de 1987.

Así, en no menos de un 50% el Situado Fiscal se girará a los fondos locales de salud, con plena observancia de la repartición poblacional y territorial definida en el artículo 182 de la Constitución Nacional. Para su distribución entre los distintos municipios, se tendrán en cuenta los siguientes criterios: Población, esperanza de vida, desarrollo socioeconómico, servicios básicos, aportes locales, población atendida y eficiencia administrativa.

El Gobierno estima que con este porcentaje girado a los municipios por concepto de Situado Fiscal, se garantiza la cobertura actual del servicio en el primer nivel de atención, y se estimula, en forma decidida, la concurrencia de las comunidades y los municipios

en la ampliación y mejoramiento de los servicios. Los cuadros 1 y 2, anexos, presentan una simulación de los criterios de reordenamiento de fuentes de financiación, demostrando, además, que el porcentaje del situado transferido es suficiente para costear la cobertura actual de servicios y estimular una ampliación en el margen.

Los recursos del Situado Fiscal restantes, se asignarán de acuerdo con las siguientes prioridades: Servicios básicos y de asistencia pública en salud, primer nivel, segundo nivel y tercer nivel de atención. El cuadro 2, anexo, demuestra que una parte significativa del Situado Fiscal serviría no sólo para financiar el primer nivel de atención, sino, que sería sustancialmente suficiente para financiar los hospitales regionales.

Ahora bien, las fuentes de financiación del nivel seccional se estimulan de manera importante, se sea estableciendo claridad sobre los elementos sustantivos de los impuestos que se destinan al sector salud, en términos de las bases gravables, el hecho generador y las tarifas, o, bien, en relación con los aspectos de liquidación, determinación, recaudo, cobro, auditoría y discusión.

En desarrollo del principio anterior, los presupuestos, balances y estados de resultados de licores, loterías, cervezas, etc., que deban tributar al sector salud, deberán ser aprobados por la Superintendencia Nacional de Salud, previo visto bueno de la dirección seccional o local del sector.

Se incrementa el impuesto al consumo de la cerveza de un 48% a un 54%. Este 54% es la suma de dos componentes: 14% con destinación a salud y 40% de apropiación de los presupuestos seccionales. Este impuesto incluye las cervezas, propiamente dichas, los sifones y otros productos de similar naturaleza.

La determinación, discusión y cobro del impuesto a las cervezas, se efectuará por parte de la Administración de Impuestos Nacionales y de la Superintendencia Nacional de Salud. Considera el Gobierno Nacional que el comportamiento de este impuesto ha sido suficientemente elástico, tanto en la estructura general de la imposición departamental -- como quiera que es el que más creció en el periodo de 1980-1988 --, como en relación al componente de destinación específica para salud, puesto que en todo el periodo su tasa de crecimiento fue superior a la inflación, arrojando variaciones importantes en términos reales. El cuadro 3 demuestra el comportamiento favorable del impuesto por este concepto.

Cuadro número 1

MINISTERIO DE SALUD

Financiamiento de hospitales por niveles.

1988

(Miles de pesos)

Niveles	FUENTES			APORTES NACIONALES			RENTAS NACIONALES CEDIDAS			OTROS APORTES (1)			INGRESOS PROPIOS			COSTO TOTAL POR NIVEL		
	Valor	Fuent. %Part.	Niv. %Part.	Valor	Fuent. %Part.	Niv. %Part.	Valor	Fuent. %Part.	Niv. %Part.	Valor	Fuent. %Part.	Niv. %Part.	Valor	Fuent. %Part.	Niv. %Part.	Valor	Fuent. %Part.	Niv. %Part.
Sede SSS	13.885.885	50.2	28.4	9.292.813	33.6	26.0	3.251.741	11.7	34.7	1.244.725	4.5	5.7	27.675.166	100.0	23.9			
H. Univers. - H. Espec.				14.201.616	65.6	39.7	1.729.903	8.0	18.5	7.456.877	34.4	34.2	21.658.492	100.0	18.7			
H. Regionales	17.352.492	42.2	35.4	12.587.140	30.6	35.2	2.847.818	6.9	30.4	8.287.712	20.2	38.1	41.075.162	100.0	35.5			
H. Locales	10.439.694	41.0	21.3	8.692.109	34.2	24.3	1.531.430	6.0	16.4	4.785.825	18.8	22.0	25.449.058	100.0	22.0			
Total Nacional	48.979.511	42.3	100.0	35.742.334	30.9	100.0	9.360.894	8.1	100.0	21.775.139	18.8	100.0	115.857.878	100.0	100.0			

(1) Ayuda financiera del Departamento, el Municipio y particulares.

Cuadro número 2

MINISTERIO DE SALUD

Financiamiento de hospitales por niveles con reasignamiento de las fuentes de recursos.

1988

(Miles de pesos)

Niveles	FUENTES			APORTES NACIONALES			RENTAS NACIONALES CEDIDAS			OTROS APORTES (1)			INGRESOS PROPIOS			COSTO TOTAL POR NIVEL		
	Valor	Fuent. %Part.	Niv. %Part.	Valor	Fuent. %Part.	Niv. %Part.	Valor	Fuent. %Part.	Niv. %Part.	Valor	Fuent. %Part.	Niv. %Part.	Valor	Fuent. %Part.	Niv. %Part.	Valor	Fuent. %Part.	Niv. %Part.
Sede SSS				17.069.547	61.7	47.8	9.360.894	33.8	100.0	1.244.725	4.5	5.7	27.675.166	100.0	23.9			
H. Univers. - H. Espec.				14.201.616	65.6	39.7				7.456.877	34.4	34.2	21.658.492	100.0	18.7			
H. Regionales	28.316.278	68.9	57.8	4.471.172	10.9	12.5				8.287.712	20.2	38.1	41.075.162	100.0	35.5			
H. Locales	20.663.233	81.2	42.2							4.785.825	18.8	22.0	25.449.058	100.0	22.0			
Total Nacional	48.979.511	42.3	100.0	35.742.334	30.9	100.0	9.360.894	8.1	100.0	21.775.139	18.8	100.0	115.857.878	100.0	100.0			

(1) Ayuda financiera del Departamento, el Municipio y particulares.

Cuadro número 3

IMPUESTO A LA CERVEZA

1984 - 1990

Recaudos.

(Millones de pesos corrientes)

Años	Impuesto	Tasa de Crecimiento
1985	3.535.8	—
1986	4.713.2	33.3
1987	6.404.8	35.9
1988	8.869.6	38.5

Para liquidar el impuesto de licores de destilación nacional, se establece como base gravable presunta, mínima, el 40% del precio nacional de la botella de 750 c.c. de aguardiente anizado al detal, fijado semestralmente por el DANE. El valor correspondiente de la liquidación de licores será grado directamente del departamento productor al fondo seccional de salud del territorio consumidor. La inclusión de esta disposición permite clarificar la base gravable del impuesto y permite regular legislativamente sobre una materia que, aunque determinada por el Gobierno Nacional, se considera conveniente sea sometida a la competencia del legislador.

En materia de nuevos juegos de azar, se establece su monopolio, como arbitrio rentístico en favor del sector salud, y se instituye la creación de una empresa societaria de capital público para su implementación. Las utilidades derivadas de esta actividad reforzarán la financiación de la atención primaria que atenderán los municipios. Igualmente, permitirán, por tiempo definido, contribuir al saneamiento de las prestaciones económicas adeudadas a los trabajadores del sector.

Las loterías destinarán su producido a la financiación de los organismos de dirección y a la prestación de los servicios de salud y asistencia pública en salud,

en su respectiva jurisdicción, y girarán sus obligaciones a los fondos seccionales de salud.

El impuesto a ganadores de loterías y foráneas, será retenido al pagar el correspondiente premio y transferido para su manejo, de conformidad con lo enunciado en la presente ley.

Está previsto que el Situado Fiscal se destine a financiar los gastos de prestación del servicio, en forma progresiva y exclusiva, y que en la misma proporción, los entes territoriales asuman los gastos que demandan los organismos de dirección. En esta perspectiva, se autoriza la utilización de otras fuentes de financiación con destino a los gastos de dirección, exigiendo la estructuración de programas de reordenamiento financiero y de personal. Es previsible que la unidad de mando que deriva de la sustitución de los servicios seccionales por otras formas seccionales de dirección, con dependencia directa de los jefes seccionales de la administración, permitirá estimular la recaudación de otras rentas distintas al Situado Fiscal.

Finalmente, hay que señalar que la venta de servicios a las instituciones de seguridad, previsión social y a las compañías de seguros, especialmente, constituyen una fuente creciente de ingresos del sector, cerca del 20% de los mismos. La ley, entonces, prevé la definición de regulación a cargo del Ministerio de Salud, y para tal efecto, la constitución de una junta de tarifas.

De lo anteriormente analizado y explicado, queremos derivar una conclusión: El proyecto que presentamos a consideración del honorable Congreso de la República, representa, solamente, el soporte institucional y normativo del Sistema Nacional de Salud, pero sin él, no será posible en el inmediato futuro responder adecuada y oportunamente a las imperativas y angustiosas exigencias de prevención y atención de la salud en nuestra sociedad.

El Ministro de Salud,

Eduardo Díaz Uribe.

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Fernando Alarcón Mantilla.

La Ministra de Trabajo y Seguridad Social,

María Teresa Forero de Saade.

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARIA GENERAL

El día 1º de noviembre de 1989, ha sido presentado en este Despacho, el Proyecto de ley número 120 de 1989 con su correspondiente exposición de motivos; por el Ministro de Salud Eduardo Díaz Uribe, pasa a la Sección de Leyes para su tramitación.

El Secretario General,

Luis Lorduy Lorduy.

PROYECTO DE LEY NUMERO 121 CAMARA DE 1989

por medio de la cual se institucionaliza el Día Nacional del Medio Ambiente.

El Congreso de Colombia,

DECRETA:

Artículo 1º Declárase el 5 de junio de cada año como Día Nacional del Medio Ambiente.

Artículo 2º Durante ese día todos los establecimientos educativos del país realizarán actividades relacionadas con la defensa de nuestro medio ambiente.

Artículo 3º Esta ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas aquellas que le sean contrarias.

Presentado a la consideración de la honorable Cámara de Representantes, por el suscrito Representante por la Circunscripción Electoral de Risaralda,

Carlos Arturo López Angel.

EXPOSICION DE MOTIVOS

En junio de 1972 se reunió en Estocolmo la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Humano, durante la cual se hizo un dramático diagnóstico sobre la situación del Medio Ambiente en nuestro planeta, se creó PNUMA (Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente), se expidió la declaración sobre el Medio Humano y se acordó declarar el 5 de junio de cada año como Día Mundial del Medio Ambiente.

A partir de esa fecha cada 5 de junio, en la mayoría de los países se le da la mayor importancia a la celebración. En Colombia sólo las organizaciones ecológicas y algunos medios de comunicación festejan la fecha sin que el Estado tenga una participación oficial, ya que el día no ha sido institucionalizado mediante una ley.

Este proyecto busca llenar ese vacío haciendo énfasis en el sector educativo para que la conciencia sobre la necesidad de conservar nuestro medio ambiente se cultive desde la escuela, el colegio y la universidad.

El Congreso, además, debe asumir el liderazgo en esa toma de conciencia de la Nación sobre la catástrofe ecológica que se nos avecina cuando hayamos

destruido el más grande patrimonio natural que país alguno sobre la tierra pueda enorgullecerse de poseer.

Para lograr ese fin nada mejor que la adopción de un día del año para la reflexión, la denuncia y el compromiso.

Por ello os pido que aprobéis este proyecto de ley que sólo beneficios le traerá al país.

Por considerarlo de la mayor importancia, anexo el texto de la "Declaración de las Naciones Unidas sobre el Medio Humano", aprobada en Estocolmo, ese histórico 5 de junio de 1972.

Declaración de las Naciones Unidas sobre el Medio Humano.

1. El hombre tiene el derecho fundamental a la libertad, la igualdad y condiciones adecuadas de vida, en un medio de calidad que permita una vida de dignidad y bienestar, y tiene una responsabilidad solemnemente para proteger y mejorar el medio para las generaciones actuales y futuras. En este respecto, las políticas que promueven o perpetúan el apartheid, la segregación racial, la discriminación, la dominación colonial y otras formas de opresión y dominación extranjera son condenables y deben ser eliminadas.

2. Los recursos naturales de la tierra incluyendo el aire, el agua, la tierra, la flora y la fauna y muestras especialmente representativas de sistemas ecológicos naturales, deben ser salvaguardados para el beneficio de las generaciones actuales y futuras, a través de la planeación en la administración cuidadosa, según sea apropiado.

3. La capacidad de la tierra para producir recursos vitales renovables debe ser mantenida y, donde quiera que sea factible, restaurada o mejorada.

4. El hombre tiene una responsabilidad especial de salvaguardar y manejar prudentemente la herencia de la vida silvestre y su hábitat, que actualmente se ponen en peligro gravemente por una combinación de factores adversos. La conservación de la naturaleza, incluyendo la vida silvestre, debe por tanto recibir importancia en la planeación para el desarrollo económico.

5. Los recursos o renovables de la tierra deben ser empleados en una forma tal que se guarden contra el peligro de su futuro agotamiento y para asegurar que los beneficios de dicho empleo sean compartidos por toda la humanidad.

6. La descarga de sustancias tóxicas o de otras sustancias y la liberación de calor, en cantidades de concentración tales como para exceder la capacidad del medio para volverlas inocuas, deben ser detenidas a fin de asegurar que daños graves o irreversibles no se han inflingidos sobre los sistemas ecológicos. La lucha justa de los pueblos de todos los países contra la contaminación debe ser apoyada.

7. Los Estados darán todos los pasos posibles para impedir la contaminación de los mares mediante sustancias que puedan crear riesgos a la salud humana, dañar los recursos vivientes y la vida marina, dañar los sitios de recreo interferir con otros usos legítimos del mar.

8. El desarrollo económico y social es esencial para asegurar un medio de vida y de trabajo favorable para el hombre y para crear condiciones sobre la tierra que son necesarias para el mejoramiento de la calidad de la vida.

9. Las deficiencias ambientales generadas por las condiciones del subdesarrollo y los desastres naturales plantean problemas graves, y pueden ser remediados por el desarrollo acelerado a través de la transferencia de cantidades sustanciales de asistencia financiera y tecnológica como un complemento al esfuerzo nacional de los países en desarrollo así como la asistencia oportuna que pueda ser requerida.

10. Para los países en desarrollo, la estabilidad de precios e ingresos adecuados por los productos primarios y materias primas son esenciales para manejar el medio, puesto que los factores económicos así como los procesos ecológicos deben ser tomados en cuenta.

11. Las políticas ambientales de todos los Estados deben mejorar y no afectar adversamente el desarrollo potencial actual o futuro de los países en desarrollo, ni estorbar el logro de mejores condiciones de vida para todos y deben darse los pasos apropiados por los Estados y las organizaciones internacionales con la mira de llegar a un acuerdo para enfrentarse a las posibles consecuencias económicas nacionales e internacionales resultantes de la aplicación de las medidas ambientales.

12. Deben asignarse recursos para preservar y mejorar el medio ambiente, tomando en cuenta las circunstancias y requerimientos particulares de los países en desarrollo y cualesquiera costos que puedan emanar de la incorporación de salvaguardar días ambientales en la planeación de su desarrollo y la necesidad de poner a su disposición, a su solicitud, la asistencia técnica y financiera internacional adicional para este propósito.

13. A fin de alcanzar un manejo más racional de los recursos y así mejorar el medio, los estados deben adoptar un enfoque integrado y coordinado a la planeación de su desarrollo, de modo de asegurar que el desarrollo sea compatible con la necesidad de proteger y mejorar el medio humano para el beneficio de su población.

14. La planeación racional constituye un instrumento esencial para reconciliar cualquier conflicto entre las necesidades de desarrollo y la necesidad de proteger y mejorar el medio.

15. La planeación debe ser aplicada a los asentamientos humanos y la urbanización con la mira de

evitar efectos adversos sobre el medio y lograr los máximos beneficios sociales, económicos y ambientales para todos. En este respecto, los proyectos diseñados para la dominación colonialista y racista deben ser abandonados.

16. Las políticas demográficas, que no van en detrimento de los derechos humanos básicos y que son consideradas apropiadas por los gobiernos interesados, deben ser aplicadas en aquellas regiones donde la tasa de crecimiento de la población o las concentraciones de población excesivas es probable que tengan efectos adversos en el medio o el desarrollo, o donde la baja densidad de la población puede impedir el mejoramiento del medio humano e impedir el desarrollo.

17. A las instituciones nacionales apropiadas se les debe confiar la tarea de planear, administrar y controlar los recursos ambientales de los Estados con la mira de mejorar la calidad del medio.

18. La ciencia y la tecnología, como parte de su contribución al desarrollo económico y social, deben ser aplicadas a la identificación, anulación y control de riesgos ambientales y a la solución de problemas ambientales, y para el bien común de la humanidad.

19. La educación en cuestiones del medio, para la generación más joven así como para la adulta, dando debida consideración a los subprivilegiados, es esencial a fin de ampliar la base para una opinión instruida y conducta responsable por parte de los individuos, y comunidades para proteger y mejorar el medio en su plena dimensión humana. Es también esencial que los medios masivos de comunicación eviten contribuir al deterioro del medio, sino, por el contrario, diseminan información de naturaleza educativa sobre la necesidad de proteger y mejorar el medio a fin de que el hombre se pueda desarrollar en todos los aspectos.

20. La investigación científica y el desarrollo en el contexto de los problemas ambientales, tanto nacionales como multinacionales, deben ser promovidos en todos los países, especialmente en los países en desarrollo. Con respecto a esto, el libre flujo de información científica y de la experiencia debe ser apoyado y asistido, para facilitar la solución de los problemas ambientales; las tecnologías ambientales deben ponerse a disposición de los países en desarrollo en condiciones que puedan estimular su amplia diseminación sin constituir una carga económica sobre los países en desarrollo.

21. Los Estados tienen, de acuerdo con la Carta de las Naciones Unidas y los principios del derecho internacional, el derecho soberano de explotar sus propios recursos en cumplimiento de sus propias políticas ambientales, y la responsabilidad de asegurar que las actividades dentro de su jurisdicción o control no causen daño al medio de otros Estados o de áreas más allá de los límites de la jurisdicción nacional.

22. Los Estados cooperarán para desarrollar el derecho internacional respecto de la responsabilidad y compensación para las víctimas de la contaminación y otros daños ambientales causados por actividades dentro de la jurisdicción o el control de tales Estados, a las áreas ajenas a su jurisdicción.

23. Sin detrimento de los principios generales que sean acordados por la comunidad internacional, o para los criterios y niveles mínimos que tendrán que ser determinados nacionalmente, será esencial considerar los sistemas de valores prevalecientes en cada país y el grado de aplicabilidad de normas que son válidas para la mayor parte de los países avanzados pero que pueden ser inapropiados y de costo social injustificable para los países en desarrollo.

24. Las cuestiones internacionales concernientes a la protección o mejoramiento del medio deben ser manejadas con un espíritu cooperativo por todos los países, grandes o pequeños, sobre una base de igualdad. La cooperación a través de arreglos bilaterales o multilaterales u otros medios apropiados es esencial para impedir, eliminar o reducir y controlar eficazmente los efectos ambientales adversos que resultan de actividades realizadas en todas las esferas, en forma tal que se tomen debidamente en cuenta la soberanía y los intereses de todos los Estados.

25. Los Estados asegurarán que las organizaciones internacionales desempeñen un papel coordinado, eficiente y dinámico para la protección y mejoramiento del medio.

26. El hombre y su medio deben ser librados de los efectos de las armas nucleares y todos los demás medios de destrucción en masa. Los Estados deben esforzarse por llegar a un pronto acuerdo, en los órganos internacionales competentes, sobre la eliminación y destrucción completa de dichas armas.

Carlos Arturo López Angel,
Representante a la Cámara.

CAMARA DE REPRESENTANTES

SECRETARIA GENERAL

El día 1º de noviembre de 1989, ha sido presentado en este Despacho, el Proyecto de ley número 121 de 1989, con su correspondiente exposición de motivos, por el honorable Representante Carlos Arturo López Angel, pasa a la Sección de Leyes para su tramitación.

El Secretario General,

Luis Lorduy Lorduy.

PROYECTO DE LEY NUMERO 124 CAMARA DE 1989

por la cual se nacionalizan unos colegios de bachillerato y de educación básica secundaria en el Departamento de Córdoba y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia,

DECRETA:

Artículo 1º Nacionalizanse los siguientes colegios de bachillerato y de educación básica secundaria en el Departamento de Córdoba.

Municipio de San Pelayo:

- Colegio Departamental Femenino Santa Teresita.
Colegio José Antonio Galán.
Colegio Cooperativo de Bachillerato Miguel Antonio Lengua del Corregimiento de Puerto Nuevo.
Colegio Regional de Bachillerato, Corregimiento de La Madera.
Colegio Regional de Bachillerato, Corregimiento de Buenos Aires.

Municipio de Cereté:

- Colegio Dolores Garrido de González.
Colegio Departamental Marceliano Polo.
Colegio José Antonio Galán, Corregimiento de Ra-bo Largo.

Municipio de Planeta Rica:

- Colegio Nuestra Señora de la Candelaria.
Colegio Cooperativo.
Colegio Departamental de Bachillerato Simón Bolívar.

Municipio de San Andrés:

- Colegio Departamental de Bachillerato San Simón.
Municipio de Chinú:
Colegio Departamental de Bachillerato San Francisco de Asís.

Municipio de Montería:

- Escuela Normal para Varones Guillermo Valencia.
Colegio Luis López de Meza.
Colegio Liceo Femenino del Sinú.
Colegio Departamental de Bachillerato Nocturno.
Colegio Departamental de Bachillerato Los Araújos.

Municipio de Puerto Escondido:
Colegio Cooperativo Juan XXIII.
Colegio Departamental de Bachillerato.

Municipio de San Antero:

Colegio Departamental Bachillerato Mixto.

Municipio de Lorica:
Colegio Cooperativo de Cotorra.

Artículo 2º Autorízase al Gobierno Nacional de acuerdo con los artículos 79 y 83 de la Constitución Política y sin perjuicio de los planes y programas del Ministerio de Educación Nacional, para efectuar los traslados y apropiaciones necesarios para el cumplimiento de la presente ley.

Artículo 3º La presente ley rige a partir de su sanción y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Presentado a consideración de la honorable Cámara de Representantes.

José Luis Salgado Haddad, Representante a la Cámara por la Circunscripción Electoral Departamento de Córdoba.

Bogotá, D. E., noviembre 1º de 1989.

El Ministro de Educación, Manuel Francisco Becerra.

EXPOSICION DE MOTIVOS

Honorables Representantes:

El Departamento de Córdoba es una de las regiones del país con un gran déficit educacional, las administraciones departamentales, Municipales, así como la comunidad han venido haciendo grandes esfuerzos para evitar el cierre de los planteles educativos que actualmente funcionan.

La Ley 45 de 1975, "por la cual se nacionaliza la educación primaria y secundaria que oficialmente venían prestando los departamentos, el Distrito Especial de Bogotá, los municipios y las intendencias y comisarías, estableció en su artículo 1º:

"La educación primaria y secundaria oficiales, serán un servicio público a cargo de la Nación".

En consecuencia, los gastos que ocasione y que hoy sufragan los departamentos, intendencias y comisarías, el Distrito Especial de Bogotá y los Municipios serán de cuenta de la Nación en los términos de la presente ley.

En su artículo 6º "Los recursos de que tratan los artículos anteriores serán administrados por los Fondos Educativos Regionales, con sujeción a los planes que establezca el Ministerio de Educación Nacional".

En su artículo 9º "La construcción de nuevos planteles de enseñanza media, sólo podrán hacerse por la Nación o con autorización de ésta, teniendo en cuenta las necesidades prioritarias de cada sección, conforme a las normas de la planeación educativa que al respecto se dicten".

En su artículo 10. "En ningún departamento, intendencia o comsaria, ni el Distrito Especial, ni los municipios podrán con cargo a la Nación, crear nuevas plazas de maestros y profesores de enseñanza primaria o secundaria, ni tampoco podrán decretar la construcción de nuevos planteles de enseñanza media, sin la previa autorización, en ambos casos, del Ministerio de Educación Nacional".

Con base en lo anterior expuesto, considero que los colegios que incluye el presente proyecto de ley, deben estar a cargo de la Nación como obligación legal, además, no se requieren mayores argumentos para

comprender la importancia de esta iniciativa que espero va a contar con el voto favorable de mis colegas.

Honorables Representantes,

José Luis Salgado Haddad, Circunscripción Electoral de Córdoba, Representante a la Cámara,

Bogotá, D. E., 1º de noviembre de 1989.

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARIA GENERAL

El día 2 de noviembre de 1989, ha sido presentado en este Despacho, el proyecto de ley número 124 de 1989, con su correspondiente exposición de motivos, por el honorable Representante José Luis Salgado H. y el Ministro de Educación Nacional Manuel Francisco Becerra; pasa a la Sección de Leyes para su tramitación.

El Secretario General,

Luis Lorduy Lorduy.

PONENCIAS

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE

al Proyecto de ley número 112 Cámara, 234 Senado de 1987, "por medio de la cual se crea el Fondo de Fomento y Desarrollo del Deporte Municipal".

Honorables Representantes:

Por designación que me hiciera la Presidencia de la Comisión Quinta de la honorable Cámara de Representantes, me permito rendir ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 112 Cámara, 234 Senado de 1987, "por medio de la cual se crea el Fondo de Fomento y Desarrollo del Deporte Municipal", presentado a la consideración de la honorable Cámara de Representantes por el honorable Representante Mario Uribe Escobar.

Como se manifiesta en la exposición de motivos de la propuesta parlamentaria, el deporte y la recreación son necesidades básicas en la vida del ser humano, que deben ser fomentadas, fortalecidas y satisfechas por el Estado, con el fin de mejorar el nivel de vida comunitario, ya que la práctica de los deportes permite la interacción de los miembros de la sociedad y enfrenta con éxito males sociales como la drogadicción y el alcoholismo, entre otros.

Mediante la Ley 12 de 1986 y su Decreto reglamentario número 77 de 1987, se ordena a los municipios colombianos destinar los recursos provenientes de la participación del IVA a gastos de inversión como construcción, remodelación y mantenimiento de campos, instalaciones deportivas y parques, como lo expresa la exposición de motivos, pero no se contempla la posibilidad de hacer inversión social —objetivo del proyecto que nos ocupa— como es la capacitación técnica deportiva para entrenadores y deportistas, obtención de implementos deportivos, participación en eventos de esta índole, para apoyar en este sentido a los clubes deportivos, a las juntas municipales de deportes, a los comités deportivos municipales, que adecuados a las leyes vigentes funcionan en los municipios de Colombia.

Solicito a mis compañeros de Cámara apoyar solidariamente esta iniciativa, ya que con ella aspiramos a combatir los flagelos de violencia que tratan de enseñorearse en los campos y ciudades colombianas y así mismo proyectar una buena imagen en el exterior, ya que actualmente nos conocen por narcotráfico, guerrilla, paramilitarismo y subdesarrollo. En algunas ocasiones, contando con escasos aportes económicos del Estado y generalmente con el apoyo de la empresa privada, hemos enviado grandes deportistas que han sido embajadores culturales en los países donde nos han representado y le han dado glorias a nuestra Colombia.

El proyecto concuerda con las aspiraciones y el deseo de la comunidad y el de los deportistas, en el sentido de obtener una absoluta independencia a nivel regional que permita actuar con autonomía en el fomento de las actividades deportivas propias de las gentes de los diferentes municipios de Colombia.

El proyecto es un instrumento que complementa la Ley 49 de 1983, "por la cual se constituyen las Juntas Administradoras de Deportes y se dictan otras disposiciones sobre las Juntas Municipales de Deportes", la Ley 12 de 1986 o ley marco del deporte colombiano y demás normas complementarias, de tal suerte que el Congreso colombiano muestra su preocupación para entregarle a los municipios colombianos una autonomía directa en el manejo de sus intereses y desvelos deportivos. Así mismo, su enfoque está en plena concordancia con los planes y proyectos encaminados a lograr una verdadera descentralización, tal como se ha venido observando en el país en la última década.

La presente iniciativa fue aprobada por la Comisión Quinta de la Cámara en sesión del 25 de octubre de 1989, aceptando las modificaciones que como ponente me permití introducir.

Por lo anteriormente expuesto, me permito proponer a los honorables Representantes:

Dése segundo debate al Proyecto de ley número 112 Cámara y 234 Senado de 1987, "por medio de la cual se crea el Fondo de Fomento y Desarrollo del Deporte Municipal".

Honorables Representantes,

Alberto Zuluaga Trujillo Ponente Coordinador.

CAMARA DE REPRESENTANTES

Comisión Quinta Constitucional Permanente.

Bogotá, D. E., 25 de octubre de 1989. Se autoriza el presente informe.

El Presidente,

José Luis Salgado Haddad.

La Secretaria General,

Emilia Meneses de Alvarez.

El Vicepresidente,

Alberto Zuluaga Trujillo.

CAMARA DE REPRESENTANTES

Comisión Quinta Constitucional Permanente.

TEXTO DEFINITIVO

del Proyecto de ley número 112 Cámara, 234 Senado de 1987, "por medio de la cual se crea el Fondo de Fomento y Desarrollo del Deporte Municipal".

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º Créase en todos los municipios del país el Fondo de Fomento y Desarrollo del Deporte Municipal.

Artículo 2º Los alcaldes municipales fijarán la suma o porcentaje dentro del presupuesto para el funcionamiento del Fondo, de que trata el artículo 1º

Artículo 3º Los recursos del Fondo se destinarán así:

a) A la construcción, dotación y mantenimiento de instalaciones deportivas y recreativas;

b) A la capacitación técnico-deportiva para los deportistas, entrenadores y personal auxiliar del deporte;

c) A la consecución de implementos deportivos para entidades deportivas sin ánimo de lucro, ubicadas en las jurisdicciones respectivas;

d) Al financiamiento de eventos deportivos de carácter departamental, municipal, nacional e internacional.

Artículo 4º Los recursos del Fondo se invertirán en las áreas rurales y urbanas en la proporción en que se encuentre distribuida su población, sin ser inferior esta inversión al 25 por ciento del total de los recursos disponibles en cualquiera de los dos áreas.

Artículo 5º Las juntas administradoras sectoriales de deportes prestarán asistencia técnica a las Juntas de Deportes Municipales para el correcto desarrollo de las actividades deportivas contempladas en el artículo 3º

Artículo 6º Los dineros que los municipios apropien dentro de sus presupuestos con destino al Fondo que se crea mediante la presente Ley, serán administrados por la correspondiente Junta Municipal de Deportes.

Parágrafo. El Director Ejecutivo o quien hiciera sus veces y el Tesorero de la Junta Municipal de De-

portes, para el manejo y administración de los dineros de que trata esta Ley, presentarán las fianzas y demás exigencias de tipo fiscal que rijan en el respectivo municipio.

Artículo 7º Esta Ley rige a partir de su promulgación.

Alberto Zuluaga Trujillo
Ponente Coordinador.

CAMARA DE REPRESENTANTES

Comisión Quinta Constitucional Permanente.

Bogotá, D. E., 25 de octubre de 1989.

En sesión de la fecha la Comisión aprobó en los términos anteriores el presente proyecto de ley.

El Presidente,

José Luis Salgado Haddad.

El Vicepresidente,

Alberto Zuluaga Trujillo.

La Secretaria General,

Emilia Meneses de Alvarez.

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE

al Proyecto de ley número 26 Cámara de 1989, "por la cual se toman medidas para reactivar económicamente la Concesión de Salinas".

Señor Presidente, demás miembros de la Cámara de Representantes:

Cumplo con el deber de rendir ponencia para segundo debate en la plenaria de la Corporación al Proyecto de ley número 26 de 1989, "por la cual se toman medidas para reactivar económicamente la Concesión de Salinas".

Origen y naturaleza legal.

El Instituto de Fomento Industrial, IFI, Concesión de Salinas, fue creado de conformidad con lo establecido en la Ley 41 de 1968 y su Decreto reglamentario 1263 de 1969 y de acuerdo con los términos del contrato de concesión tripartita suscrito entre el Gobierno Nacional, el Instituto de Fomento Industrial y el Banco de la República, materializado en la Escritura número 1753 de abril 2 de 1970 de la Notaría Séptima de Bogotá.

Facultades y funcionamiento del ente.

En desarrollo de la normatividad mencionada, el Gobierno Nacional, concedió al Instituto de Explotación de las yerbientes de agua salada y de todas las salinas marítimas y terrestres existentes en el territorio nacional, las cuales pertenecen al Estado colombiano en virtud de lo preceptuado en la Constitución de Colombia (Art. 202) en el Código Fiscal (Ley 110 de 1912) y en el Código de Minas (Decreto 2655 de 1988).

Tal facultad de explotación y las demás funciones que se desprenden de las disposiciones referidas encomendadas al IFI, las realiza éste a través del IFI Concesión de Salinas, ente que tiene su contabilidad, administración y tesorería independiente, pese a su organismo del propio IFI, como lo reitera el reglamento orgánico de la entidad, Resolución número 866 de 1989 de la Gerencia del Instituto.

Importancia económica y social de la concesión.

La Concesión de Salinas, cumple una singular importancia en las áreas económica y social del país. La explotación de la sal y su posterior proceso técnico y comercial hasta llevarlo al consumo y mercadeo en el territorio nacional, es indudablemente una actividad de las denominadas esenciales en la vida de la Nación, como quiera que el cloruro de sodio, no sólo es imprescindible para la vida humana, sino que también se constituye en materia prima básica para la industria química en general, y para la industria alimenticia, en particular; tiene igualmente uso agropecuario en la ganadería, en el proceso textil etc.

Sumado a lo anterior, la Concesión tiene en el Departamento de la Guajira, Municipio de Manaure, el mayor centro de producción de sal marina del país, alcanzando las sesenta mil toneladas métricas anuales, representando el 65% del consumo nacional. Sin embargo dicha producción se podría incrementar hasta en ochocientas ochenta mil toneladas, representándole a Colombia un excedente para exportación y cubrir expectativas de mercado del Brasil y Venezuela.

Ingresos, gravámenes y gastos.

La Concesión soporta sus ingresos con las ventas de la sal, afrontando con los ingresos por ellas, los gastos relativos a su sostenimiento, inversión e impositivos fiscales. Es pertinente y oportuno destacar aquí que las Salinas no reciben aportes oficiales ni partidas de ninguna naturaleza.

Las ventas y bienes que forman el patrimonio de la institución son, infortunadamente, objeto de gravámenes, aportes, recaudos y participaciones o rega-

lias, disminuyéndose su capacidad para enfrentar los pagos y por consiguiente su sostenimiento, mantenimiento e inversión.

Así las cosas tenemos que las Salinas es sujeto pasivo del pago de impuestos como los de industria y comercio, predial y valorización que ordena la Ley 14 de 1983.

Hace aportes a establecimientos como Instituto de Seguro Social, SENA, Subsidio Familiar e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar hasta en 21% del valor de la nómina y del precio oficial de venta de la sal.

De otro lado está obligado a dar participación o regalías a los municipios donde se efectúe explotación de salinas marítimas y terrestres hasta en un 12% sobre el producto bruto de tales explotaciones y hasta un 23% por igual circunstancia para el Departamento de la Guajira.

Pero además de los gravámenes referidos la Concesión soporta otra carga social que afecta su solidez económica, como en el caso del sostenimiento total por la empresa de la "Provisión de Aguas de la Guajira, Proaguas", cuyo presupuesto alcanza los trescientos millones (\$ 300.000.000) anuales sin encajar los fines de la provisión dentro del contrato de concesión para las Salinas.

Sumado a lo anterior las Salinas lleva a cabo la cosecha indígena o cosecha manual con una erogación anual de ochocientos millones aproximadamente. También la Concesión mantiene la explotación de las Salinas de Galerazamba y Upin, pese a registrarse pérdidas operacional importante, pero considerando el hecho de ser esta la única actividad económica de esas regiones.

También enfrente la Concesión las consecuencias de los azotes del huracán "JOAN", que ocasionó destrozos a la infraestructura de la entidad en el centro de producción de Manaure.

Como ustedes pueden analizar, honorables Representantes, la situación financiera de la Concesión requiere una reactivación económica que le permita consolidar la producción y comercialización de la sal y su estructura orgánica administrativa.

Las inversiones efectuadas en el último quinquenio muestran un natural incremento de ellas año por año.

Las inversiones programadas para los próximos cinco (5) años, nos dejan ver un considerable aumento hacia 1990 que produciría una reactivación en la producción y por tanto en los ingresos por ventas, reflejándose una disminución en la inversión hacia 1991 y 1992, es decir, para los próximos dos años. Dichas inversiones en equipo y obras de infraestructura le permitirán, como ya se dijo, incrementar su producción al punto de poder atender la demanda y exportar excedentes de sal.

Así tenemos, que entre 1990 y 1991 la producción se doblaría.

Arbitramento de recursos y reactivación económica.

Para canalizar los recursos necesarios que permitan cumplir los objetivos primordiales a que nos hemos referido, las Salinas cuentan con un acervo de bienes inmuebles que por su ubicación o por su conformación geológica no son de emple obligatorio para el logro de los fines propios de la Concesión y que por el contrario distraen su atención y le generan múltiples inconvenientes. Se persigue, entonces, en la reactivación económica de la Concesión mediante la venta de dichos inmuebles no necesarios para los fines de la empresa, para con esos recursos producto de las ventas rehabilitar y modernizar las Salinas terrestres y marítimas, esperando obtener unos mil quinientos millones de pesos (\$ 1.500.000.000), que le permitan hacer frente a las múltiples obligaciones y atender las diversas obras de inversión y así evitar los riesgos de una inminente parálisis. Lo que se busca es convertir en activo corriente, un activo fijo improductivo, para luego volverlo activo fijo productivo.

La venta de los inmuebles, obviamente se haría cumpliendo previamente los trámites legales y contractuales correspondientes sobre la materia.

En el debate en la Comisión Tercera, para mayor precisión se cambió el texto de los artículos 1º y 2º, lo mismo que el título del proyecto.

Por las razones consignadas, me permito rendir ponencia favorable y proponer:

Dése segundo debate al Proyecto de ley número 26 de 1989, "por la cual se toman medidas para reactivar económicamente la Concesión de Salinas".

Honorables Representantes,

Ernesto Velásquez Salazar.

PROYECTO DE LEY NUMERO 26 DE 1989

por la cual se toman medidas para reactivar económicamente la Concesión de Salinas.

(Texto definitivo aprobado en primer debate por la Comisión Tercera Constitucional Permanente de la honorable Cámara de Representantes).

El Congreso de Colombia,

DECRETA:

Artículo 1º El Gobierno Nacional reactivará económicamente a la Concesión de Salinas, administrada

por el Instituto de Fomento Industrial, para lo cual se podrán enajenar bienes inmuebles urbanos y rurales, que en este momento la administra la Concesión y que no requiere para los fines de la explotación económica de las Salinas. Estos recursos se destinarán únicamente a la rehabilitación y modernización de las Salinas terrestres y marítimas de la Concesión.

Artículo 2º La venta de los bienes inmuebles se hará previo avalúo de cada inmueble practicado por el Instituto Geográfico "Agustín Codazzi", una vez el Instituto determine la Junta Directiva del Instituto de Fomento Industrial con el voto favorable del Ministerio de Desarrollo Económico.

Parágrafo. La venta se podrá efectuar por negociación directa del referido avalúo no fuera superior a cinco millones de pesos (\$ 5.000.000); si fuera superior a esta cantidad, se realizará mediante licitación o subasta pública, de acuerdo con la norma sobre la materia.

Artículo 3º El Director del Instituto de Fomento Industrial, IFI, Concesión de Salinas, queda facultado para otorgar en nombre del Gobierno Nacional las escrituras correspondientes a las ventas que efectúe de conformidad con las autorizaciones de que trata la presente ley.

Artículo 4º La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial y deroga las normas que le sean contrarias.

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE

al Proyecto de ley número 37 de 1989 Cámara; 10 de 1989 Comisión, "por la cual se autoriza al Gobierno Nacional para construir el acueducto y alcantarillado de la población de Arboleda, en el Municipio de Mercaderes, Departamento del Cauca".

Honorables Representantes:

El honorable Representante Jesús Antonio Carvajal Gómez, presenta a la consideración del Congreso de la República, el proyecto de ley "por la cual se autoriza al Gobierno Nacional para construir el acueducto y alcantarillado de la población de Arboleda, en el Municipio de Mercaderes, Departamento del Cauca".

El autor del proyecto manifiesta en su exposición de motivos que la población de Arboleda es la principal despensa agrícola del Sur del Cauca sin que haya ese líquido vital para todo ser viviente como es el agua; que estando conformado ese núcleo de población por más de ocho mil habitantes no es justo que padezcan las inclemencias e incomodidades por falta de agua potable y menos aun cuando hay posibilidades de suplir esa deficiencia aprovechando la presencia del río Mayo que aunque dista de la población mencionada no es imposible proveer a esa comunidad del tan urgente servicio.

Se dice que con la descentralización administrativa y el incremento del impuesto de IVA a los municipios, éstos tienen que hacerse cargo de obras como éstas, pero en el caso del Municipio de Mercaderes como todos los del Sur del Cauca, les es físicamente imposible atender estos requerimientos comunitarios, puesto que con esos dineros simplemente se oxigenan un poco para poder poner en marcha la parálisis administrativa municipal y atender otros requerimientos urgentes como la educación, arreglo y construcción de vías, etc., etc.

Amén de las erogaciones que tiene que hacer de sus exiguos presupuestos para atender problemas de orden público que como ya es bien sabido golpean fuertemente a esa paupérrima región del Cauca.

Las razones antes expuestas son suficientes para entender y creer en la imposibilidad que tienen los municipios del Sur del Cauca para construir obras de acueducto, alcantarillado y plantas de tratamiento, obras estas indispensables y necesarias en el desenvolvimiento, crecimiento y progreso de esos conglomerados humanos.

Con base en todo lo anterior y acogiéndome a los numerales 11 y 20 del artículo 76 de la Constitución Política de Colombia, propongo:

Désele segundo debate al Proyecto de ley número 37 de 1989 Cámara; 10 de 1989, Comisión, "por medio de la cual se autoriza al Gobierno Nacional para construir el acueducto y alcantarillado de la población de Arboleda, en el Municipio de Mercaderes, Departamento del Cauca".

Miguel Antonio Gómez Carabali
Representante a la Cámara.
Ponente.

CAMARA DE REPRESENTANTES

SECRETARIA GENERAL

Comisión Sexta Constitucional Permanente. - Bogotá, 31 de octubre de 1989.

Autorizamos el anterior informe.

El Presidente,

Javier García Bejarano

El Secretario,

Jaime Arturo Guerra Madrigal

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE

al Proyecto de ley número 17 de 1989 Cámara; 8 de 1989 Comisión, "por la cual se autorizan los estudios y la construcción de una obra de riego en el Departamento de la Guajira y se dictan otras disposiciones".

Honorables Representantes:

Gustosamente cumpla con el deber constitucional de rendir ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 17 de 1989 Cámara, "por la cual se autorizan los estudios y la construcción de una obra de riego en el Departamento de la Guajira y se dictan otras disposiciones".

Analizando el proyecto de ley encuentro que tiene sus fundamentos legales en ley en lo referente a empresas útiles y al bien común de la Nación. La sola consideración de ser la Guajira zona fronteriza con la República de Venezuela, es suficiente para pensar que ella debe estar dotada de obras de vital importancia como así lo desea el autor del presente proyecto de ley, honorable Representante Hernando Samuel Iguarán Romero.

Observando el desarrollo general del país en sus distintos aspectos, podemos concluir que la Guajira es una zona de la más atrasada en la geografía patria no obstante su potencial en recursos naturales, por lo que una simple consideración de justicia y de integración aconseja la aprobación del proyecto de ley que comento.

Por las anteriores consideraciones, me permito proponer:

Dése segundo debate al Proyecto de ley número 17 de 1989 Cámara; 8 de 1989 Comisión, "por la cual se autorizan los estudios y la construcción de una obra de riego en el Departamento de la Guajira y se dictan otras disposiciones".

Atentamente,

Nicolás Vicente Sánchez
Representante a la Cámara.

CAMARA DE REPRESENTANTES

SECRETARIA GENERAL

Comisión Sexta Constitucional Permanente. - Bogotá, 31 de octubre de 1989.

Autorizamos el anterior informe.

El Presidente,

Javier García Bejarano.

El Secretario,

Jaime Arturo Guerra Madrigal.

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE

al Proyecto de ley número 20 Cámara de 1989, "por la cual se reglamenta el ejercicio de la locución en Colombia y se dictan otras disposiciones".

Honorables Representantes:

Cumpla con el deber de rendir ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 20 Cámara, "por la cual se reglamenta el ejercicio de la locución en Colombia y se dictan otras disposiciones", presentado por el honorable Representante Rafael Serrano Prada.

Este proyecto de ley busca profesionalizar el ejercicio de la locución, elevar su nivel cultural y ética profesional, otorgándoles a quienes opten el título algunos derechos y asignándoles deberes.

Para nadie es un secreto que la radio y la televisión han tenido en Colombia un auge que las coloca entre las más ágiles, avanzadas, versátiles y profesionales del mundo.

Podemos decir que la influencia de la radio y la televisión es cada vez mayor en todos los lugares de nuestra geografía y en dicha función, el locutor se ha convertido en un formador de opinión que transmite al público en general una serie de elementos culturales e informativos e inclusive impone costumbres a base del constante uso de ciertas expresiones lo que bien dirigido conlleva hacia el desarrollo social y al crecimiento cualitativo de los valores y conceptos que se forman en la población.

A nadie escapa que el derecho a estar bien informado demanda una formación integral que prepare al locutor para desarrollar eficazmente su actividad profesional. El locutor, como lo señala el autor del proyecto, está revestido de un poder que lo convierte en un punto de referencia obligado de toda una sociedad.

Sus manifestaciones y expresiones se convierten en patrones que adopta la sociedad debido a la influencia del medio y su constante aparición en el diario vivir de la sociedad.

Es indudable que la agilidad en la transmisión de la noticia y el comentario es superior a través de la radio y la televisión, lo que hace que los periodistas dedicados a esta modalidad lleven la iniciativa y por lo tanto es importante que éstos obedezcan a mínimas normas que no pueden apartarse de la locución que como en el caso del periodismo, si bien está dotada

de una capacidad intelectual demostrada deben adoptarse calidades de dicción indispensables en la radio-difusión y televisión.

Por esta razón, abogamos por una formación profesional del locutor para que una vez recibida una formación académica y cultural la que agregada a su vocación y virtudes personales le permitan desarrollarse adecuadamente ante la población colombiana.

Se establece en el proyecto el ejercicio de la locución como una profesión reconocida por el Estado a través de una formación académica regulada por el Icfes. Reconoce también los derechos de quienes actualmente ejercen la locución mediante licencia otorgada por el Ministerio de Comunicaciones. Facilita a los periodistas vinculados a la modalidad informativa de la radio y televisión ajustarse a las normas de la ley y establece medidas coercitivas para garantizar su cumplimiento.

Por las anteriores consideraciones, con respeto y admiración por los honorables Representantes, me permito proponer:

Dése segundo debate al Proyecto de ley número 20 Cámara, "por la cual se reglamenta el ejercicio de la locución en Colombia y se dictan otras disposiciones".

Mauricio Guzmán Cuevas.

Bogotá, D. E., 1º de noviembre de 1989.

CAMARA DE REPRESENTANTES

Comisión Quinta Constitucional Permanente. - Bogotá, D. E., 25 de octubre de 1989.

Se autoriza el presente informe.

El Presidente,

José Luis Salgado Haddad.

El Vicepresidente,

Alberto Zuluaga Trujillo.

La Secretaria General,

Emilia Meneses de Alvarez.

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE

al Proyecto de ley número 71 Cámara de 1989, "por la cual se ordena el préstamo gratuito a la comunidad de instalaciones deportivas de propiedad privada y oficial".

Señor Presidente y honorables Representantes:

He sido designado por la Presidencia de la Comisión Quinta de la Cámara de Representantes, ponente para segundo debate del proyecto de ley citado en la referencia el cual fue aprobado en sesión del día 25 de octubre del presente año, después de haberse estudiado ampliamente el articulado y escuchado los argumentos y conceptos jurídicos expuestos por su autor doctor Armando Estrada Villa, para la aplicación de la ley. Se analizaron las bondades de la iniciativa contenida en la ponencia para primer debate y en la amplia exposición de motivos.

Los miembros de la Comisión encontraron viable la aplicación de esta norma que viene a fomentar el deporte en nuestra juventud y por ende a conservarles la salud.

Todo lo anterior me lleva a solicitar a la honorable Cámara:

Dése segundo debate al Proyecto de ley número 71 Cámara de 1989, "por la cual se ordena el préstamo gratuito a la comunidad de instalaciones deportivas de propiedad privada y oficial".

Vuestra Comisión,

Rogelio González Ceballos.
Representante a la Cámara.

CAMARA DE REPRESENTANTES

Comisión Quinta Constitucional Permanente. - Bogotá, D. E., 25 de octubre de 1989.

Se autoriza el presente informe.

El Presidente,

José Luis Salgado Haddad.

El Vicepresidente,

Alberto Zuluaga Trujillo.

La Secretaria General,

Emilia Meneses de Alvarez.

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE

al Proyecto de ley número 41 de 1989 Cámara, "por medio de la cual se fija la reglamentación para la constitución y funcionamiento de las empresas de vigilancia privada".

Honorables Representantes:

Me ha designado la Mesa Directiva de la honorable Comisión Séptima de la Cámara, el estudio del Proyecto de ley número 41 de 1989 Cámara, "por medio del presente se fija la reglamentación para la constitución y funcionamiento de las empresas de vigilancia privada"; autor, el honorable Representante Jorge Tarazona Rodríguez.

Realizado el análisis de rigor, podemos argumentar lo siguiente: El proyecto de ley mencionado, se refiere a la reglamentación de estas entidades, en lo relacionado a su constitución y funcionamiento, y no se legisla sobre la conveniencia o inconveniencia de la existencia de las empresas de vigilancia privada, en razón a que su origen jurídico está basado legalmente en el Decreto 2137 de 1983, "por el cual se organiza la Policía Nacional", en el Capítulo II "de la vigilancia privada", artículos 149-150.

Vacios jurídicos y sociales han surgido sobre la autorización de estas entidades, sobre algunos el Poder Ejecutivo, ha dictado decretos para aglutinar normas que permitan esbozar una reglamentación acorde no sólo en la parte jurídica y social, sino también en lo laboral.

El Decreto 2810 de 1984 se expidió como una materialización de la necesidad existente de reglamentar los artículos 149 y 150 del Decreto 2137 de 1983, así: En 31 artículos el Poder Ejecutivo expedía un estatuto guía para la constitución y operación de las empresas de vigilancia privada, quedando algunos aspectos importantes que la norma no consideró. Las facultades otorgadas por el artículo 121 de la Constitución Nacional, sobre la turbación del orden público, originaron la expedición de otro Decreto, el número 334 de 1988.

La base jurídica que originó este Decreto manifiesta claramente, que la temporalidad de las normas allí consignadas está supeditada a la "turbación del orden público en el territorio nacional", comúnmente llamado "estado de sitio".

Al desaparecer la anomalía y el país retornar a su estado de paz, quedaría latente nuevamente un vacío social sobre la operación y régimen de las empresas de vigilancia privada, enfrentada a la sociedad en su todo, el descontrol que la carencia de legislación ocasionaría.

Es menester, por lo tanto, que el Congreso de la República legisle sobre estos aspectos reunidos en un solo cuerpo con carácter de ley lo que el Poder Ejecutivo ha dictado, recogiendo así mismo, la experiencia de quienes han representado a las diferentes empresas de vigilancia privada, como también las recomendaciones e inquietudes que diferentes sectores de la sociedad colombiana han aportado a través de debates y opinión en general.

Así, el proyecto de ley que presenta a la honorable Cámara el Representante Jorge Tarazona Rodríguez, es la materialización de lo anteriormente descrito con ciertas adiciones y reformas que la ponente considera deben discutirse en pliego de modificaciones que se presenta por separado.

Cabe agregar, que el proyecto, es constitucional y conveniente para los ciudadanos colombianos, por lo tanto me permito proponer a la honorable Comisión Séptima de la Cámara:

Dése primer debate al Proyecto de ley número 41 Cámara de 1989, "por medio de la cual se fija la reglamentación para la constitución y funcionamiento de las empresas de vigilancia privada", con el pliego de modificaciones que separadamente adjunto.

Honorables Representantes,

Luz Amparo Patiño Betancur
Representante Ponente.

Bogotá, 31 de octubre de 1989.

PLIEGO DE MODIFICACIONES

Artículo 1º (Modificado)

Artículo 1º Para los efectos previstos en la presente ley se entiende por empresas de vigilancia privada, las personas jurídicas cuyo objeto social sea la prestación remunerada de servicios de vigilancia privada que comprende:

Protección a bienes muebles e inmuebles, personas jurídicas, transporte de valores y demás actividades afines, dentro de las cuales, entre otras se comprende la comercialización de medios de seguridad, mecánicos, eléctricos y electrónicos.

Para artículo 2º, el artículo 2º del proyecto original.

Para artículo 3º, el artículo 3º del proyecto original.

Para artículo 4º, el artículo 4º y el párrafo 1º, el mismo del proyecto original; el párrafo 2º, el siguiente:

Parágrafo 2º Cualquier inexactitud de lo establecido en el presente artículo será motivo suficiente para negar o cancelar la licencia de funcionamiento o la renovación de la misma.

Para artículo 5º, el artículo 5º del proyecto original.

Para artículo 6º, el siguiente:

Artículo 6º Para obtener la licencia de funcionamiento o su renovación, las empresas de seguridad privada, deberán demostrar que poseen el siguiente equipo, de propiedad exclusiva de la empresa, como mínimo:

— Dos vehículos de supervisión, por los primeros cinco vigilantes y de allí en adelante, uno adicional por cada doscientos (200) vigilantes o fracción. Estos vehículos tendrán el logotipo de la empresa en las dos puertas delanteras.

— Un revólver o escopeta por cada tres (3) vigilantes.

— Un equipo de radio de consola para las oficinas de control y otro (1) por cada uno de los vehículos de supervisión, los cuales operarán en frecuencia exclusiva asignada por el Ministerio de Comunicaciones.

— Dotación de uniformes de conformidad con las disposiciones emanadas del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y leyes vigentes.

El parágrafo del artículo 6° El parágrafo del artículo 6° del proyecto original.

Para artículo 7° La razón social o denominación que adopten las empresas de vigilancia privada, en ningún caso podrá ser igual o similar a la de los organismos del Estado. Los integrantes de las empresas que presten el servicio de vigilancia tendrán la denominación de "vigilantes" y actuarán siempre bajo la responsabilidad de la entidad, mientras estén en el desempeño de sus funciones, sin perjuicio de la acción correspondiente, a que haya lugar contra ellos por infracciones a la ley.

Para artículo 8° (Modificado):

Artículo 8° Todas las empresas o sociedades particulares de seguridad privada deberán celebrar con una compañía aseguradora:

a) Contrato de seguros con el objeto de garantizar el cumplimiento de los contratos a favor del usuario del servicio por daños y perjuicios que pudieren ocasionarse con motivo de la no prestación del servicio;

b) Con el objeto de garantizar el cumplimiento de los servicios contratados y la responsabilidad civil ante los contratantes del servicio respecto de los bienes cuya vigilancia se le confía, la cuantía no será inferior a 250 salarios mínimos mensuales vigentes;

c) Póliza de responsabilidad civil extracontractual para responder ante terceros sobre riesgos en errores de puntería, y los daños que los vigilantes puedan hacer a personas o cosas (terceros), no al usuario, cuando están de servicio.

Parágrafo. La compañía de seguros "La Previsora", expedirá las pólizas a que alude este artículo y las empresas de vigilancia podrán contratar con esta compañía u otras compañías aseguradoras, las pólizas arriba mencionadas.

Para artículo 9°, el artículo 9° del proyecto original, adicionado con un parágrafo nuevo.

Parágrafo. El Ministerio de Defensa deberá notificar al representante legal de la empresa solicitante en los treinta días calendario siguientes a la presentación de la solicitud de la licencia de funcionamiento, si ha sido recibida la petición y se inicia su trámite respectivo. La expedición de este documento no implica obligatoriedad en otorgar la respectiva licencia.

Para artículo 10, el artículo 10 del proyecto original.

El artículo 11 del proyecto original se suprime.

Para artículo 11, el artículo 12 del proyecto original.

Para artículo 12, el artículo 13 (modificado).

Artículo 12. La licencia de funcionamiento o su renovación de las empresas, cooperativas o sociedades particulares de seguridad privada, tendrán validez de dos años, se expedirán a través de resoluciones administrativas y se iniciará su revalidación 60 días calendario antes del vencimiento de la licencia.

Para artículo 13, el artículo 14 del proyecto original.

Para artículo 14, el artículo 15 del proyecto original.

Para artículo 15, el artículo 16 (modificado) del proyecto original.

Artículo 15. Para la renovación de la licencia de funcionamiento se requiere el cumplimiento de los siguientes requisitos:

a) Solicitud, dirigida al Ministerio de Defensa Nacional, suscrita por el representante legal de la sociedad, tramitada por conducto de la Dirección General de la Policía Nacional, en la cual se pida la renovación.

b) Constancia de la Jefatura de Control de Comercio de Armas, Municiones y Explosivos del Comando General de las Fuerzas Militares, sobre la vigencia de los subconducidos para el correspondiente año.

c) Certificado de registro actualizado, de la empresa o sociedad, expedido por la Cámara de Comercio.

d) Contratos y pólizas de seguros respectivos de conformidad con lo exigido en la presente ley.

e) Fotocopia del acta o actas de inspección practicadas por la Policía Nacional.

f) Relación del personal administrativo y de vigilantes con su número de credencial, aprobada por la Dirección de Policía Judicial e Investigación (Dijín).

g) Relación de los usuarios del servicio.

h) Constancia del registro de los vehículos blindados, cuando se preste el servicio de transporte de valores.

i) Licencia de funcionamiento de la alcaldía correspondiente.

j) Patente de sanidad.

k) Recibo del último pago del ISS.

l) Recibo del pago de Industria y comercio.

m) Recibo del último pago a la Caja de Compensación Familiar, SENA e ICBF.

n) Certificado expedido por la Dirección de Policía Antinarcóticos, de los representantes legales y los socios.

o) Certificado judicial de los representantes legales y los socios.

p) Reglamento de higiene y seguridad industrial.

q) Reglamento interno, revisado y aprobado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

r) Resolución autorizando el trabajo de horas extras.

s) Paz y salvo de impuesto de renta.

t) Resolución del Ministerio de Comunicaciones, donde conste la adjudicación o aprobación de la frecuencia de comunicaciones correspondiente, a nombre de la respectiva sociedad.

u) Certificación del pago puntual de nómina, revisado y firmado por contador público.

v) Balance consolidado y corte de cuentas, debidamente diligenciado por contador público.

Parágrafo 1° (Nuevo). En el análisis y ponderación de los requisitos exigidos, arriba mencionados, tendrán un alto valor, la liquidez y reserva prestacional acreditadas en los documentos del literal v), del presente artículo.

Parágrafo 2° El parágrafo del artículo 16 del proyecto original.

Para artículo 16, el artículo 17 del proyecto original.

Para artículo 17, el artículo 18 (modificado) del proyecto original.

Artículo 17. El Director General de la Policía Nacional y los Comandantes de Departamento, podrán asumir el servicio de vigilancia privada, en determinado sector o instalación, por la ejecución de una tarea que así lo requiera.

Para artículo 18, el artículo 19 del proyecto original, sin el parágrafo.

Para artículo 19, el artículo 20 del proyecto original.

Para artículo 20, el artículo 21 del proyecto original.

Para artículo 21, el artículo 22 del proyecto original.

Para artículo 22, el artículo 23 del proyecto original.

Para artículo 23, el artículo 24 del proyecto original.

Para artículo 24, el artículo 25 del proyecto original.

Para artículo 25, el artículo 26 del proyecto original.

Para artículo 26, el artículo 27 del proyecto original.

Para artículo 27, el artículo 28 del proyecto original.

Para artículo 28, el artículo 29 del proyecto original.

Para artículo 29, el artículo 30 del proyecto original.

Para artículo 30, el artículo 31 del proyecto original.

Para artículo 31, el artículo 32 del proyecto original.

Para artículo 32, el artículo 33 del proyecto original, suprimiendo los literales g) e i).

Para artículo 33, el artículo 34 del proyecto original.

Para artículo 34, el artículo 35 del proyecto original.

El artículo 36 del proyecto original se suprime.

Para artículo 35, el artículo 37 (modificado) del proyecto original.

Artículo 35. Las unidades residenciales y las Juntas Administradoras de Edificios, deberán solicitar a la Dirección General de la Policía Nacional autorización para la prestación del servicio de vigilancia privada, acreditando lo siguiente:

Los literales a), b), c), d) y los incisos 1 y 2 del literal d), iguales a los literales e incisos respectivos en el artículo 37 del proyecto original.

Para artículo 36, el artículo 38 del proyecto original.

El artículo 39 del proyecto original se suprime.

Para artículo 37, el artículo 40 del proyecto original.

Luz Amparo Patiño Betancur
Representante Ponente.

ACTAS DE COMISION

COMISION SEPTIMA

ACTA NUMERO 016

Sesiones ordinarias.

Fecha: Miércoles 26 de octubre de 1988.
Lugar: Salón de Sesiones Comisión Séptima Constitucional Permanente Cámara de Representantes.
Hora: 11:20 a. m.

Mesa Directiva:

Presidente: Hernando Suárez Burgos.
Vicepresidente: Jorge Bolívar Muñoz Guevara.
Secretario: José Vicente Márquez Bedoya.

Asistencia, honorables Representantes:

Alberto Murcia S., Julio César Guerra Tulena, Ignacio Londoño Uribe, Luis Gonzalo Marín Correa, Hernando Suárez B., José Corredor Núñez, Gustavo Cortés González, Manuel Castrillón Cerón, Luz Amparo Patiño B., Jorge I. Tarazona R.

Excusas, honorables Representantes:
Carlos A. Ayala J., Jesús Orlando Gómez L. y José Gimber Tibadulza.

Orden del día para hoy miércoles 26 de octubre de 1988.

I

Llamada a lista y verificación del quórum.

II

Lectura y consideración del Acta anterior e informes varios.

III

Ponencia para primer debate al proyecto de ley número 101 Cámara de 1988, "por medio de la cual se crea el Fondo de Previsión Social de Notariado y Registro Fonprenor". Autor: Ministro de Justicia doctor Guillermo Flazas Alcázar. Ponente: honorable Representante Luis Gonzalo Marín Correa.

IV

Ponencia para primer debate al proyecto de ley número 90 Cámara de 1988, "por la cual se regulan las empresas asociativas de trabajo". Autor: Ministro de Trabajo y Seguridad Social, doctor Juan Martín Calcedo Ferrer. Ponente: honorable Representante Jesús Orlando Gómez López.

V

Lo que propongan los honorables Representantes.

El Presidente,

Hernando Suárez Burgos.

El Vicepresidente,

Jorge Bolívar Muñoz Guevara.

El Secretario,

José Vicente Márquez Bedoya".

Verificado el quórum decisorio y aprobado el orden del día, la Secretaría dio lectura a la ponencia para primer debate, del proyecto de ley número 101 Cámara de 1988, "por la cual se crea el Fondo de Previsión de Notariado y Registro - Fonprenor y se dictan otras disposiciones". Y al someter la Presidencia en consideración la proposición con que termina el informe del ponente, doctor Gustavo Cortés González, fue aprobado por los honorables Representantes miembros de la Comisión.

En ese orden se inició la lectura del articulado del proyecto de los artículos del 1 al 17, tal como aparecen en el texto definitivo, siendo aprobados por los honorables Representantes miembros de esta Comisión. Seguidamente, la Presidencia nombró como ponente para segundo debate al honorable Representante Gustavo Cortés González.

En igual forma se aprobó el Título y el preámbulo del mismo.

Proyecto de ley número 101 Cámara de 1988. "por medio de la cual se crea el Fondo de Previsión Social de Notariado y Registro, Fonprenor".

El Congreso de Colombia,

DECRETA:

Se levantó la sesión a las 12 meridiano.
Se convocó para el día 2 de noviembre de 1988 a las 10:00 a. m.

El Presidente,

Hernando Suárez Burgos.

El Vicepresidente,

Jorge Bolívar Muñoz Guevara.

El Secretario,

José Vicente Márquez Bedoya.